Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit

Soziale Arbeit im Spannungsfeld der Psychiatrie – Heute und Morgen!

Grundlegende Überlegungen und Reflexionen zum Handlungsfeld der Sozialen Arbeit in den Psychiatrischen Diensten Aargau AG zu Kompetenzen und Entwicklungspotenzial

Sanchez Amadeo

Eingereicht bei:

Merten Ueli

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz in Olten

Eingereicht am 17.12.2013 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Die vorliegende Bachelor Thesis setzt sich mit der Sozialen Arbeit im Spannungsfeld der Psychiatrie auseinander. In den Fokus wird dafür der tatsächliche IST-Zustand der Sozialen Arbeit im Behandlungsfeld der Psychiatrischen Dienste Aargau AG (PDAG) gerückt und diesem einen möglichen SOLL-Zustand gegenüber gestellt. Dafür wird zu Beginn auf die PDAG in ihrer geschichtlichen Bedeutung und Entwicklung bis in die aktuell gültigen Merkmale und Strukturen eingegangen. In einem weiteren Schritt wird auf die Soziale Arbeit allgemein und dann spezifisch in der PDAG eingegangen. Weiterhin wird in der Literatur auf aktuelle fachliche Diskurse in vergleichbaren Institutionen zurückgegriffen und miteinbezogen, wie diese mit einem unklaren Profil der Sozialen Arbeit umgehen. Zudem werden diverse geforderte fachliche und methodische, wie auch soziale und personenbezogene Kompetenzen aufgearbeitet, welche das Profil einer kompetenten und implementierten Sozialen Arbeit innerhalb eines multiprofessionellen Teams verdeutlichen soll. Abschliessend sollen die Erkenntnisse zusammengeführt und für eine präsente, kompetente und nachvollziehbare Soziale Arbeit im Behandlungsverlauf aufgezeigt werden.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 3
1.1 Begriffliche Klärungen 9
1.2 Klinik Königsfelden in seiner geschichtlichen Entwicklung 11
1.2.1 Rückblick zu Aufgaben und Position einer Fürsorgerin 12
1.3 Aufbauorganisation PDAG heute - Leitbild 13
1.3.1 Organigramm der Aufbauorganisation PDAG 17
1.4 Linienunterstellung der SA in der PDAG 17
1.4.1 Aufbauorganisation Matrix 18
1.4.2 Mitarbeiter in Ausbildung im Sozialdienst der Aufbauorganisation PDAG 19
1.4.3 Stellenbeschrieb der SA in der PDAG 19
1.5 Fazit 20
2 Öffnung des Spektrums der Sozialen Arbeit in vergleichbare Arbeitsfelder 21
2.1 Fachlicher Diskurs – Selbst- und Fremdbild in der Zusammenarbeit zu anderen Fachbereichen 21
2.2 Interinstitutionelle und multiprofessionelle Kooperation bei unklarem Profil der SA 23
2.3 Fazit 24
3 Heranführung an die Gegenwart der SA / Hauptteil 25
3.1 Das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit heute allgemein betrachtet 25
3.2 Soziale Arbeit in der Psychiatrie 28
3.3 Der bio – psycho – soziale Behandlungsansatz der PDAG 29
3.3.1 Die Soziale Arbeit in der PDAG 30
3.3.2 Tätigkeitsfelder der SA im Kontext der PDAG 30
3.3.3 Tätigkeitsbeschrieb der Sozialen Arbeit im Betrieb Abhängigkeit der PDAG 31
3.3.4 Für die Soziale Arbeit relevantes Fachwissen aus anderen Professionen zum Bereich Abhängigkeitserkrankungen 32
3.4 IST – Zustand: Die Soziale Arbeit im Behandlungsverlauf 34
3.5 Allgemeine Wissensbestände für methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit 36
3.5.1 Wissenschaftliche Vorgehensweise 37
3.5.2 Beobachtungs- und Beschreibungswissen 37
3.5.3 Erklärungs- und Begründungswissen 38
3.5.4 Wertewissen 38
3.5.5 Handlungs- und Interventionswissen 39
3.6 Nationaler Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz 39
3.6.1 Kurzer Exkurs - Richtlinien des ethischen Beirats in der PDAG 41
3.7 Zentrale berufliche Anforderungen und Fähigkeiten in der professionellen Sozialen Arbeit im Kontext von Kliniken / Psychiatrien 42

3.8 Fazit 43
4 Spezifische geforderte Aspekte in der Professionalisierung der Sozialen Arbeit in der PDAG 44
4.1 Das mögliche methodische Handeln in der Sozialen Arbeit 45
4.2 Die eigene Person als wichtiges Arbeitsinstrument 47
4.2.1 Ethische Reflexionskompetenz als wesentlichen Aspekt des professionellen Handelns 49
4.3 Voraussetzungen für eine gelingende Multiprofessionelle Kooperation 51
4.4 Klinische Sozialarbeit als Balanceakt zwischen Selbst- und Fremdbestimmung 53
4.5 Soziales Netzwerk als Stärke der Sozialen Arbeit 55
4.6 Die Entstehung des Dokument „Kurzassessment“ zur Indikation des Bedarfes an Sozialer Arbeit 56
4.7 Klinik Informations System – PDAG 58
4.8 Beratung (-sozial) 60
4.8.1 Motivierende Gesprächsführung als wichtige Grundlage in der Beratung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung 61
4.9 Die nachgehende Fürsorge 63
4.10 Fazit 65
5 Abschliessende Erkenntnisse 66
5.1 SOLL – Zustand: Die Soziale Arbeit im Behandlungsverlauf 67
5.2 Definierte Abläufe der Sozialen Arbeit in der PDAG standardisieren 70
5.3 Diskussion der Erkenntnisse und Beantwortung der Fragestellung 71
5.4 Ein Ausblick auf weiterführende Fragestellungen 74
5.5 Fazit und kritische Würdigung 74
6 Literatur- und Quellenverzeichnis 75

Anhang:

- Grafiken zur PDAG Heute
- Ausbildungskonzept für die Mitarbeiter in Ausbildung im Sozialdienst der PDAG
- Tätigkeitsbeschrieb der Sozialen Arbeit im Betrieb Abhängigkeit
- IST-Zustand der Sozialen Arbeit im Behandlungsverlauf des Klientel aus der Sicht der PDAG
- Dokument "Kurzassessment" der IPW Winterthur
- Dokument "Sozialanamnese" des Sozialdienstes der PDAG

Ehrenwörtliche Erklärung

1 Einleitung

Die Soziale Arbeit (SA) in den Psychiatrischen Diensten Aargau AG (PDAG) umfasst vielfältige Aufgaben, welche sich alle um die Prävention, Begleitung und Unterstützung von Menschen und ihrer Umwelt in herausfordernden Lebenslagen drehen. In der Psychiatrie gibt es eine grosse Anzahl an Fachbereichen und Mitarbeitern, welche aus unterschiedlichen Professionen stammen. Alle Fachbereiche verfügen über eine Ausbildung und Kompetenzen ihres Tätigkeitsfeldes. Jeder Bereich fokussiert sich auf seine Spezialisierung in der Arbeit mit den Patientinnen und Patienten. Alle zusammen bilden sie ein breites Netz im stationären Setting. Der Hintergrund, auf welchem die vorliegende Bachelor Thesis geschrieben wird, ist die SA in der PDAG, besser unter dem Begriff „Klinik Königsfelden" bekannt. Die PDAG oder die Klinik Königsfelden ist eine seit über hundertvierzig Jahren bestehende psychiatrische Klinik, unter der Leitung und Führung der Psychiaterinnen und Psychiater, der Psychologie, sowie der psychiatrischen Krankenpflege. Die SA wird ebenso wie die Fachbereiche Therapien im multiprofessionellen Team als Support-Dienst gesehen und eingesetzt. Im weiteren geht es der Frage nach zu gehen, wie sich die SA in der PDAG oder vergleichbaren Institutionen positioniert, welches Wirkungsfeld sie abdeckt und wie sie in den jeweiligen Behandlungsteams gewichtet wird. Die SA in der PDAG verfolgt diese Fragen kontinuierlich, und sieht sich dabei fortlaufend mit den anderen Fachbereichen bezüglich der Zusammenarbeit herausgefordert. In den alltäglichen Handlungen werden die Wirkungsfelder, sowie die Zusammenarbeit mit den anderen Fachbereichen, wie auch die Positionierung der SA im multiprofessionellen Team durch die Mitarbeitenden unterschiedlich erlebt und beschrieben. Dabei ist keine klare Form oder Richtung des Aufgabenfeldes oder des Professionellen in der SA auszumachen, vielmehr wird dem Prinzip des „Zufalls" oder der „besonderen" Bemühungen des Professionellen für das Gelingen Gewicht beigemessen. Die SA der PDAG hat in der Vergangenheit ihre Tätigkeitsbeschriebe für die diversen Departemente in der Psychiatrie überarbeitet und aktualisiert. Trotz dieser Beschreibungen ist der Auftrag an die SA nicht vollumfänglich klar. Bei den „Kernkompetenzen" der SA wird in der Praxis beobachtet, wie sich andere Fachbereiche in die Themen der SA eingeben und Handlungen von diesen übernehmen. Aufgrund dieser „Einmischung", wie auch anderen Fragen verfolgt die SA für sich eine Professionalisierung, welche ihr erlaubt, sich präziser von den anderen Fachbereichen abzugrenzen und sich in ihren Kompetenzen und Handlungen zu entfalten und zu entwickeln. Dieses insofern, um sich als professionelle in der SA innerhalb einer mit „gleichen" Instrumenten arbeitenden Gruppe zu entwickeln und Folge dessen ihre Position zu stärken. Hierin zu einer besseren Zusammenarbeit zu anderen Fachbereichen zu finden, sowie einer gelingenderen Beratung, Begleitung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten während ihrem Aufenthalt in der PDAG.

Die vorliegende Bachelor Thesis verfolgt in ihrem Kern die Auseinandersetzung mit der Professionalisierung der SA im Kontext der PDAG. Das mögliche Arbeitsfeld der SA ist weit und vielfältig, was eine Herausforderung für eine erwünschte Fokussierung in der Professionalisierung der SA mit sich zieht. Dies ist es auch, was mich persönlich in meinem alltäglichen Wirken herausfordert und an ihrer möglichen Entwicklung interessiert. Ich will mich in die diversen Erklärungen warum die SA dort steht wo sie ist vertiefen und besser verstehen, weshalb das so ist. Im erweiterten will ich versuchen einen Beitrag dazu zu leisten, die SA im multiprofessionellen Team in einem nachvollziehbareren Spektrum darzustellen, um auf diesem Weg die Kompetenzen und Abgrenzungen zu anderen Fachbereichen besser abzuzeichnen. Aufgrund meiner langjährigen Erfahrungen als Pflegefachmann für Psychiatrie und den Kenntnissen der möglichen Behandlungsprozesse im multiprofessionellen Team habe ich gewisse Vorteile. Diese nutze ich für mein tägliches Wirken, will jedoch versuchen unabhängig davon die Professionelle SA in der PDAG für sich sprechen zu lassen. Mit dieser Arbeit möchte ich die SA abgegrenzt zu den anderen Fachbereichen beleuchten, und im Zuge dessen deren Wichtigkeit für eine ganzheitliche und gewinnbringende Beratung und Begleitung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen darlegen. Im besten Fall dient diese Bachelor Thesis einer Sensibilisierung für gewisse Themenbereichen und Kompetenzen der SA und deren Professionalisierung in der PDAG oder vergleichbaren Kliniken. Dies könnte bereits als Erfolg für die SA in ihrem Wirkungsfeld, Position und Anerkennung in der PDAG gewertet werden.

Aufgrund der bisher genannten Bereiche liegt das Erkenntnisziel dieser Bachelor Thesis im Handlungsspektrum der SA in der PDAG unter Berücksichtigung der Fachkenntnisse und Kompetenzen und den Grenzen in der Zusammenarbeit zu den anderen Fachbereichen, um auf diesem Weg als sozial Arbeitender durch die gewonnen Erkenntnisse eine Sensibilisierung für die Wahrnehmung, Reflexion, Handeln und Entwicklung der SA in der PDAG und des beruflichen Handelns allgemein, insbesondere der Professionalisierung zu gewinnen. Die zentrale Fragestellung dieser Bachelor Thesis ist demnach:

Wie gelingt es der SA im Kontext der PDAG durch seine Fachkenntnisse und Kompetenzen zu einem professionelleren Partner im multiprofessionellen Team zu wachsen? (Exemplarisch aus dem Bereich Abhängigkeiten in der PDAG)

Hypothesen zum gewählten Thema:

- *Die SA in der PDAG ist durch ihre Vorgeschichte und ihren Status in den Kliniken ein noch nicht gleichwertiger Partner zu den Fachbereichen Psychiatrie, Psychologie und Pflege.*

- *Der SA in der PDAG gelingt es nicht vollständig, ihre Schwerpunkte und Handeln gegenüber den anderen Fachbereichen ausreichend durchzusetzen.*
- *Die SA der PDAG verfügt nicht über ausreichend gemeinsame Instrumente, um sich in den Behandlungsprozessen professionell auszuzeichnen.*
- *Die als soziale Arbeitende Person in der PDAG gelingt es nicht, sich gegenüber den Fachbereichen der Psychiatrie, Psychologie und der Pflege weitgreifend einzubringen und ihren Beratungsumfang umzusetzen.*

In dieser Bachelor Thesis wird vom Allgemeinen zum Speziellen vorgegangen, also von den allgemeinen Herausforderungen der Professionalisierung der SA in Kliniken oder vergleichbaren Institutionen, hin zur Professionalisierung der SA in der PDAG. Der Gegenstand der Professionalisierung der SA in der PDAG soll im Verlauf dieser Arbeit immer weiter eingeengt werden. Aus den Themen und Beobachtungen der letzten Jahre der SA in der PDAG drängt sich eine Auseinandersetzung und damit eine Vertiefung in die Eigenheiten, Arbeitsweisen und Ziele der SA in der PDAG auf. Hierbei beschäftigt auch die Frage: Welches sind die gestellten Anforderungen an die SA in Kliniken insbesondere der PDAG? Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachbereichen wird von den sozial Arbeitenden in der PDAG teilweise als herausfordernd und umständlich beschrieben. Schwierigkeiten bereiten unter anderem intransparente Abläufe, unklare Motivationen und Zielvereinbarungen, sowie „verwirrende" Zuständigkeiten in den Prozessen der Begleitungen der Patientinnen und Patienten. Die SA in der PDAG ist sich unklar wo genau ihre Position in der Kooperation zum multiprofessionellen Team liegt, sowie auch ihre Kompetenzen und Aufgabenbereiche im Hinblick als eigenständige Profession im Behandlungsteam.

Die SA strebt gegenüber den Fachbereichen der Psychiatrie, Psychologie und Pflege mehr „Mitsprache", sowie eine stärkere Gewichtung in den Behandlungsverläufen der Patientinnen und Patienten an. Wie sich dieses genau umsetzen lässt ist nicht das primäre Ziel dieser Arbeit. Vielmehr geht es darum aufzuzeigen, wie die aktuelle Lage der SA in der PDAG aussieht, um daraus Ziele zu entwickeln, wo sie hinführen möchte im Hinblick auf eigenes Denken und Handeln, wie auch in der Auseinandersetzung zu den anderen Fachbereichen und der Beratung von Patientinnen und Patienten. Die SA in der PDAG will sich entwickeln! Es werden gemeinsam genutzte Arbeitsinstrumente angestrebt, wie zum Beispiel die Sozialanamnese der Patientinnen und Patienten oder die Dokumentation in den Fallbegleitungen. Die SA in der PDAG will sich ebenso in den Begleitungen der Patientinnen und Patienten verbessern, sich dabei auch zu den anderen Fachbereichen klarer positionieren und somit ihre Profession und ihre Rolle innerhalb der PDAG stärken und sie dahin führen, wo sie aufgrund ihrer Fähigkeiten, Kompetenzen und Möglichkeiten in den diversen Prozessen hingehört.

Hans Thiersch beschreibt im Vorwort des Buches von Maja Heiner, dass sich die SA schwer tut, ihre eigenen Leistungen und Qualitäten gegenüber dritten auszuweisen, obwohl sie sich in den letzten zwanzig Jahren breit etabliert hat. Ähnliches durchlebt die SA in ihrem Wirkungsfeld der PDAG. Obwohl gewisse Punkte erreicht werden konnten und sich das Wirkungsfeld der SA in den letzten Jahrzehnten erweitert hat, zeigt sich die SA mit dem Erreichten nicht zufrieden und strebt weiter nach Verbesserungen in der Zusammenarbeit, sowie der Übernahme von spezifischen Kompetenzen in den diversen Prozessen der PDAG. Die SA agiert in Institutionen, deren Strukturen das professionelle Handeln punktuell behindern und erschweren können. Dies wird durch die sozial Arbeitenden der PDAG nicht gleichermassen bestätigt. Auffallend dazu ist, dass die Rückmeldungen durch die sozial Arbeitenden sehr unterschiedlich ausfallen. Während sich einige über klar einschränkende Strukturen durch die Institution beklagen, melden andere zurück, von den gegebenen Strukturen und Abläufen für ihr Handeln zu profitieren. Was hervorgehoben werden kann, ist die Tatsache, dass sich viele sozial Arbeitende auf sich selbst gestellt erleben. Sie stehen meistens als Einzelperson ihres Bereiches in der Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen da, welche in der Regel mehrere Mitarbeitende der gleichen Berufsgruppe zählen. Dabei nutzt der sozial Arbeitende den Austausch zu Mitarbeitenden der gleichen Berufsgruppe für sein Denken, seine Reflexionen und sein Handeln. Dass dies durch andere Berufsgruppen nicht gleichermassen gesehen und gewichtet wird, ist naheliegend, sollte jedoch aufgrund dessen nicht vernachlässigt werden. Der sozial Arbeitende sucht für sein Denken und Handeln in seinem Wirkungsfeld Bestätigung, wenn dieses Umfeld nicht von ähnlich oder gleich denkenden Personen besetzt ist, stellt sich die Situation für den sozial Arbeitenden über eine längere Zeitspanne als ermüdend dar. Die SA in der PDAG agiert im Zeichen von Ganzheitlichkeit, sprich im gesamten Feld der Lebenslagen, welche die Patientinnen und Patienten in die Institution mitbringen. Dass um diesem zu entsprechen, den Strukturen und Arbeitsabläufen der jeweiligen Institution eine wichtige Rolle zugetragen wird, liegt auf der Hand. Diesem Anspruch gerecht zu werden hinkt die SA in der PDAG hinterher. Dies nicht vollumfänglich und doch entscheidend in den verschiedenen Aspekten und Schwerpunkten der Abläufe und der Mitsprache der SA in der PDAG. Hans Thiersch beschreibt am Schluss des Vorwortes des Buches von Maja Heiner, dass die sorgfältig erarbeiteten Informationen aus dem empirischen Material dazu führen sollten, dass in den Bereichen der Bildung ebenso wie in der Praxis die Diskussionen intensiviert würden, um auf diesem Weg neue Arbeitskonzepte zu erproben und daraus die SA in ihrer Leistungsfähigkeit optimiert eingesetzt würde und offensiv zum Vorschein kommt (vgl. Heiner. Professionalität in der Sozialen Arbeit. 2004:7-11).

Wiederkehrend werden in der vorliegenden Bachelor Thesis die Begriffe der Sozialen Arbeit, Professionalisierung, Psychiatrie, Abhängigkeitsdepartament, psychische Beeinträchtigung,

Fachbereiche in der Psychiatrie und die Multiprofessionelle Kooperation genannt. Diese Begriffe sollen im Einführungsteil der Bachelor Thesis in einem ersten Schritt bearbeitet werden. Damit soll das Begriffsverständnis verbessert und somit möglichen Missverständnissen begegnet werden, um dem Wunsch nach professioneller SA näher zu kommen.

Soziale Arbeit

Professionalisierung

Psychiatrie

Abhängigkeitsdepartament

Psychische Beeinträchtigung

Fachbereiche in der Psychiatrie

Multiprofessionelle Kooperation

Zu Beginn der Bachelor Thesis wird die PDAG oder eben die Klinik Königsfelden in ihrer geschichtlichen Entwicklung dargestellt, sowie die SA und ihre Entwicklung in ihrem über 140-jährigen Bestehen aufgezeigt. Daraufhin sollen ausführliche Informationen über den Stand und die Entwicklungen in der aktuellen PDAG, sowie Leitbilder der PDAG folgen. Zudem wird das Organigramm der Aufbauorganisation aufgezeigt. Eine weitere zeitlich aktuelle Information folgt in der Entscheidung der Klinikleitung die diversen Fachbereiche, unter diesen die SA, in eine Linienunterstellung zu bringen. Dieses insofern, um dem strukturellen Entscheid der PDAG, dem Model einer „Matrix Aufbauorganisation" zu folgen, welches ebenfalls kurz vorgestellt wird. Welche Rolle dabei den Mitarbeitenden in Ausbildung zukommt und an welchen Unterstellungen sie sich orientieren soll ebenfalls kurz benannt sein. Den Abschluss der Einleitung der vorliegenden Bachelor Thesis macht der Stellenbeschrieb der SA in der PDAG, welcher ebenfalls eine wichtige Orientierung der SA und ihren Kompetenzen und Handlungen offenbart.

Im zweiten Teil wird auf den aktuellen fachlichen Diskurs in der Literatur eingegangen. Dies soll den Rahmen der Bachelor Thesis öffnen und dabei auf andere vergleichsweise ähnliche Institutionen und Erfahrungen eingehen. Die Vergleiche sollen helfen den Horizont der eigenen Institution zu erweitern und die Erkenntnisse daraus für die eigenen Reflexionen beizuziehen.

Im dritten Teil wird dann konkret an die SA in ihrer Aktualität herangeführt, beginnend mit der allgemeinen SA, darauffolgend an die SA in Psychiatrien, um dann den Eingang in die SA in der PDAG und spezifisch im Abhängigkeitsdepartament zu finden. Daraufhin soll auf die Suchtarbeit in sozialen Diensten allgemein eingegangen werden, dieses vor allem um den spezifischeren Bedarf dieses Bereiches in der Psychiatrie aufzuzeigen. Ein wichtiger Moment stellt die Erarbeitung des IST-Zustandes der SA in der PDAG dar, in welchem die SA im Prozessverlauf des Klientel zu den anderen Fachbereichen der PDAG dargestellt

wird. In der Absicht der ersten Heranführung an die SA ein „Gerüst" zu verleihen, werden die allgemeinen Wissensbestände für methodisches Handeln in der SA aufgearbeitet. Weiter wird im dritten Teil auf den nationalen Berufskodex der SA eingegangen, um die „Bezüge" der SA für ihr Denken und Handeln aufzuzeigen. Den Abschluss des dritten Teils bilden Ausführungen zu „zentralen" beruflichen Anforderungen der SA aus der Literatur. Insofern sollen hiermit nochmals Aussagen gemacht werden, wo die SA in ihren Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten tatsächlich steht.

Im vierten Teil soll dann breit auf geforderte Aspekte von Professionalisierung in der SA eingegangen werden. Die Aspekte sollen hierin einzig einführend aufgezeigt werden. Eine Vertiefung ist aufgrund des Umfanges der Bachelor Thesis nicht möglich. Die gewählten Aspekte der Professionalisierung sind dabei nicht willkürlich gewählt, sondern folgen vielmehr der geforderten Haltung, Kompetenzen und Arbeitsweisen von professioneller SA in der PDAG und/oder vergleichbaren Institutionen. In diesem Teil werden auch idealtypische Kompetenzen für die SA in der Psychiatrie aufgezeigt, mit dem Hintergrund, dass sich der sozial Professionelle auch mit Methoden und Handlungsweisen auskennt, welche dieser nicht direkt in seine Handlungen einbringen kann, jedoch wichtig sind für das allgemeine Verständnis des Professionellen.

Im abschliessenden fünften Teil sollen die Erkenntnisse aus den vorausgegangen Teilen zusammengeführt und verständlich gemacht werden. Welche Erkenntnisse sollen oder müssen hervorgehoben werden, wenn die SA eine Professionalisierung anstrebt? Welche Anforderungen an die SA müssen erfüllt werden und welche neuen Ansätze müssen eingearbeitet werden, um eine Professionalisierung voranzutreiben? Ein Schwerpunkt darin stellt der SOLL-Zustand der SA in der PDAG dar. Hierin soll aufgezeigt werden, wo und wie die SA in den Prozessverlauf mit einbezogen werden könnte, sowie wo ihre Schwerpunkte im Behandlungsverlauf des Klientel gelegt sind. Diese Erkenntnisse sollen kritisch hinterfragt werden und in neue weiterführende Fragestellungen formuliert werden. Abschliessend folgt noch eine kritische Würdigung meines Erarbeiteten und dem tatsächlichen Nutzen für die Praxis.

Die sprachliche Gleichbehandlung von Frau und Mann will dadurch gegeben sein, dass beide Geschlechter explizit genannt werden oder auf einen Begriff zurückgegriffen wird, welcher sich an beide Geschlechter gleichermassen wendet. Der mögliche Einfluss des Geschlechtes auf das Thema und die darin verfolgten Schwerpunkte in der Professionalisierung der SA wird in der Erarbeitung der Bachelor Thesis ausgelassen.

Die vorliegende Bachelor Thesis sucht die Vertiefung in der Professionalisierung der SA in der PDAG und greift einzig vereinzelt und oberflächig in die anderen Bereiche ein. Sie grenzt sich auch dort ab, wo es um Strukturen und Abläufe des Sozialdienstes als Organisationseinheit der PDAG geht. Die Bachelor Thesis strebt unter anderem dort eine

Vertiefung an, wo es um den einzelnen sozial Arbeitenden in der PDAG geht, und wie sich dieser eindeutiger positionieren und in die vielfältigen Herausforderungen des Alltags gegenüber dem multiprofessionellen Team, wie auch den Patientinnen und Patienten gegenüber einbringen kann. Die vorliegende Arbeit begrenzt sich auf das Sozialarbeiterische Wirkungsfeld und grenzt sich gegenüber den anderen Fachbereichen der PDAG klar ab. Auch grenzt sich die vorliegende Theoriearbeit von der direkten Patientinnen und Patienten Arbeit ab, welche sich im stationären Rahmen Hilfe in ihrer Lebenslage holen. Diese Arbeit grenzt sich also dort ab, wo die SA ihren eigentlichen Schwerpunkt in der Psychiatrie hat, dies ab dem Punkt, wo es um die Zusammenarbeit oder Kooperation geht, also an einem Punkt, wo vom Gegenüber „etwas" erwartet wird. Die vorliegende Bachelor Thesis grenzt sich auch gegenüber Kritik oder Entwicklungsbedarf an den Strukturen und Methoden der Institution und Leitung der PDAG ab.

Der Beizug der Literatur wird aufgrund ihrer Themen Nähe, Herausforderungen oder Stolpersteine, wie auch ähnlichen Zielsetzungen in der SA und der Psychiatrie gewählt und durch persönliche Erfahrungen erweitert und vertieft. Dazu herangezogen wird auch Literatur aus den Nachbardisziplinen Psychiatrie, Pflege und Psychologie. Die Literatur wird in den diversen Bereichen der Bachelor Thesis Einfluss finden. Der rote Faden der vorliegenden Arbeit wird sich immer wieder am Kontext der Psychiatrie und den Strukturen darin, sowie den spezifischen Handlungsfeldern der SA darin bewegen. Es erscheint mir wichtig und naheliegend, dass sich die Vertiefungen und Entwicklungen welche angestrebt werden, immer wieder an der tatsächlichen Praxis orientieren. Die „Ausflüge" in übergeordnete und/oder theoretischen Erklärungen betreffend der Fragestellung dieser Bachelor Thesis sind wichtig und sollen einzig dem Praxisbezug und einer möglichen Vertiefung und Sensibilisierung der SA in der PDAG und darin dem Abhängigkeitsdepartement dienen.

1.1 Begriffliche Klärungen

Soziale Arbeit ursprünglich als Beruf zur Korrektur von sozialen Problemen in der Industrialisierung und der Urbanisierung entstanden, um in diesem „soziale Hilfe" und „Erziehungshilfe" zu erbringen. Heute führt der Beruf professionell ausgeübte personenbezogene Dienstleitungen zum sozialstaatlichen Kernbereich aus. Nach Auftrag und Selbstverständnis soll die Soziale Arbeit der Befähigung und Unterstützung von Menschen in herausfordernden Lebenslagen dienen und zur Vermeidung und Bewältigung von sozialen Problemen beitragen (vgl. Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 2011:773).

Professionalisierung ist die Begründung und Entwicklung einer Berufsausübung auf der Grundlage der Wissenschaftlichkeit im Bildungsprozess einer Habitualisierung (=verinnerlichte Haltung zur Ausübung einer stellvertretenden Krisenbewältigung). In einer Gesellschaft, welche durch „funktionale Differenzierung" gekennzeichnet ist, vollzieht sich

dies idealerweise durch ein langandauerndes akademisches Studium. Im Studium und der Praxis werden die zentralen Kompetenzen, z.B. der Sach-, Sozial- und Selbstkompetenz erworben, welche für die oder den Professionellen für eine gewohnheitsmässige Deutung der Welt, in welcher die Orientierung an Zentralwerten und berufsspezifischen ethischen Grundhaltungen unabdingbar sind. Dieses verlangt eine stetige berufliche Weiterbildung und kollegiale Selbstkontrolle auf wissenschaftlicher Begründungsbasis (vgl. ebd. :669).

Psychiatrie umschreibt ein Fachgebiet der Medizin. Dieses hat das Ziel der Erkennung, der Behandlung in Form von Therapien, sowie der Rehabilitation, der Prävention und der Begutachtung von psychischen Auffälligkeiten und Krankheiten (synonyme lauten: psychisch kranke Menschen oder seelische Behinderung). Geschichtlich betrachtet war für die Entwicklung einer humaneren und wissenschaftlicheren Psychiatrie entscheidend, dass der französische Psychiater P. Pinel im Jahre 1793, die „Geisteskranken" von den Ketten befreite. Die Arbeit der Diagnosenstellung in der Psychiatrie berücksichtigt eine multifaktorielle Betrachtungsweise, da stetig von körperlichen, psychologischen und sozialen Sachverhalten ausgegangen wird (bio-psycho-soziales Model), welche die Betroffenen umgeben (vgl. ebd. :673-674).

Das *Abhängigkeitsdepartament* in der PDAG umschreibt diesen Bereich, in welchem sich die Arbeit um die Zielgruppe von Menschen mit einer Abhängigkeit und einer möglichen psychischen Beeinträchtigung dreht. Abhängig ist ein Mensch, welcher ein beherrschendes Verlangen zur Änderung seines Gemütszustandes durch die Einnahme bewusstseinsverändernder Substanzen hat. Der Erfüllung dieses Verlangens werden alle anderen Bedürfnisse untergeordnet. Eine Abhängigkeit entwickelt sich in der Regel schleichend. Der Konsum von Suchtmitteln erfolgt zu Beginn mit dem Ziel von positiven Reaktionen wie Entspannung, intensives Erleben, leichtere Kontaktaufnahme. Zur Erreichung dieser Effekte benötigt es im Laufe der Entwicklung immer höhere Dosen. Dabei entwickelt sich in individuellen Zeiträumen eine Abhängigkeitserkrankung mit meist körperlicher und psychischer Abhängigkeit. Unter dem Begriff der Abhängigkeitsmittel werden zwischen legalen Mitteln: Alkohol, Tabak und Medikamente, sowie illegalen: Cannabis, Heroin Kokain, Ecstasy, Amphetamine etc. unterschieden. Auch andere Abhängigkeiten wie z.B. die Spielsucht benötigen immer grössere Intensität, um den erwünschten „Kick" zu spüren (vgl. ebd. :889).

Der Begriff der *„Psychischen Beeinträchtigung"* bedeutet eine Abgrenzung zum Begriff der „körperlich Kranken". Noch bis ins 20. Jahrhundert hinein war die Bezeichnung von „Irren" geläufig. In der Folge unterschied man zu „Geisteskranken", wobei auch der Begriff „Geisteskranke" zunehmend als diffamierend angesehen wurde. Dennoch sind Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung heute noch dem Verdacht des „Verrücktseins" und damit der Stigmatisierung und der Diskriminierung ausgesetzt. Oft löst das Erleben von

Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung Befremden, Betroffenheit, Angst und Abwehr aus. Ein Mensch mit einer psychischen Beeinträchtigung weicht von der Norm ab, indem dieser mit Veränderungen des subjektiven Erlebens und des objektiven Verhaltens reagiert. Daraus ergibt sich die anspruchsvolle Anforderung an Erfahrungen und Selbsterfahrungen für alle Mitarbeitenden in entsprechenden Bereichen (vgl. ebd. :676).
Mit dem Begriff *„Fachbereiche" in der Psychiatrie* möchte ich differenzieren, dass es sich bei diesem um einen Teil einer Organisation in der Psychiatrie handelt, welches sich auf ein bestimmtes Fachgebiet in der psychiatrischen Arbeit spezialisiert hat und auf diesem sein Mitwirken begründet. Umfassend sind für den Behandlungsprozess in der Psychiatrie folgende Bereiche hervorzuheben: Medizin, Psychiatrie, Pflege, Psychologie, Agogik, Therapien aus den Bereichen Ergo-, Kunst- und Bewegung, sowie die Soziale Arbeit. Diesen Bereichen unterliegt die Herausforderung gemeinsam an Fällen, Prozessen und Entwicklungen mit zu wirken.
Der Begriff der *Multiprofessionellen Kooperation* soll die Zusammenarbeit von mehreren Berufsgruppen und Professionen beschreiben. Insofern liegt die Herausforderung in der Kooperation. Die geplante Kooperation bildet den anthropologischen Kern von sozialen Institutionen und Organisationen. Allgemein gehalten umschreibt der Begriff Kooperation die interaktive Organisation der Erstellung von Leistungen in komplexen Arbeitsbereichen. Sie baut sich auf der Koordination der tatsächlichen Anforderungen auf und setzt die erforderlichen Ressourcen voraus. Im wesentlichen geht es darum, den wechselseitigen Austausch zwischen den beteiligten Akteuren anzustreben, welcher auf Dauer ausgelegt ist und zu Standardisierungen und Formalisierungen führen soll (vgl. ebd. :531).

1.2 Klinik Königsfelden in seiner geschichtlichen Entwicklung

Wann genau die Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen begann, ist schwierig zu beantworten. Was man weiss ist, dass 1530 eine Aufnahme und Herberge für seelisch kranke Menschen in Königsfelden entstand. Damals, sowie in den folgenden Jahrhunderten brachte man seelisch Leidenden wenig Verständnis entgegen. Man unterwarf sie unmenschlichen Exorzismen, sperrte sie mit Verbrechern zusammen, versuchte sie mit Prügeln zu heilen, schloss sie in Toren- und Tollenkisten ein, gab sie der öffentlichen Neugierde preis, verwies sie des Landes oder verbrannte sie als Zauberer und Hexen. Paracelsus' Buch „von den Krankheiten, die der Vernunft berauben" wurde 1520 geschrieben, jedoch erst im Jahre 1567 veröffentlicht. Erst in Kenntnis dieser Hintergründe vermag man zu ermessen, was es bedeutet, wenn Königsfelden nachweislich seit dem Jahr 1530 ununterbrochen seelisch erkrankte Menschen aus dem ganzen Kanton Bern aufnimmt und beherbergt. In den bernischen Ratsmanualen steht geschrieben, dass am 20. Juni 1530 ein „Toubhüssli" (Tobzelle) erstellt wurde. Mit diesem Datum beginnt nachweislich die

psychiatrische Tätigkeit in Königsfelden. Ab 1804 nach der Kantonsgründung betrieb der Aargau in den Klostergebäuden in Königsfelden eine kantonale Armen-, Kranken-, Tollen- und Hebammen-Anstalt (vgl. Buchs Otto. 2013:1).

Am 1. Oktober 1872 konnte die neue Heilanstalt bezogen werden, ein vom Baustil her spätklassisches Bauwerk in Form eines Hufeisens, welches für 250 Patientinnen und Patienten Unterkunft bot. Zitat aus dieser Zeit: „Es muss überhaupt als Fortschritt der neueren Psychiatrie bezeichnet werden, wenn die Einrichtung einer Anstalt so getroffen sind, dass bei aller Sicherheit gegen Entweichung der Kranken das Gefühl der Internierung so viel als möglich erspart bleibt." 1878 gab es weder Krankenkassen noch einen Sozialstaat, welche die Unterbringung von erkrankten Menschen bezahlten. Dies stellte die Angehörigen trotz niedriger Taxen oftmals vor unlösbare Probleme. So entstanden vielerorts dank öffentlicher Wohltätigkeiten der sogenannte „Irrenhülfsverein", um auf diesem Weg die nötige Finanzierung der Behandlung und eine Entlastung der Angehörigen zu gewährleisten (vgl. ebd. :3-4).

Seit der Gründung der Heilanstalt im Jahre 1872 leiteten sechs Direktoren und bis heute der zweite Chefarzt aus der allgemeinen Medizin und Psychiatrie die Institution. Jeder Direktor oder Chefarzt prägte und prägt die Klinik Königsfelden mit seinen Schwerpunkten und Ideen. Ein Zitat vom aktuellen Chefarzt lautet: „Primäres Ziel ist es nicht, die beste Klinik der Schweiz zu sein, sondern wir wollen ein Signal setzen, dass wir uns weiterentwickeln. Königsfelden soll mit einer lebenden und lernenden Institution gleichgesetzt werden" (vgl. ebd. :3f). Die unterschiedlich gesetzten Schwerpunkte durch die Direktoren und Chefärzte hier weiter auszuführen, würde den Rahmen der Einführung in die Geschichte der Klinik Königsfelden, heute unter dem Namen „Psychiatrische Dienste Aargau AG" (PDAG) bekannt, überschreiten.

1.2.1 Rückblick zu Aufgaben und Position einer Fürsorgerin

Seit 1942 besteht auch die Fürsorge in Königsfelden und Gertrud Walker schildert ihren Arbeitsbereich folgendermassen: „Seit Januar 1942 arbeite ich als Fürsorgerin für Königsfelden, vorerst nur halbtagesweise, dann aber ab dem 1. Januar 1943 ganztags, denn die Aufgaben zeigten sich erst nach und nach. Es gilt sich an mich zu gewöhnen, dass eine Fürsorgerin da ist, die bereit ist, vieles zu tun, für das die Zeit der Ärzte und des Pflegepersonals nicht reicht, und das doch im Interesse der Patienten und ihrer Angehörigen getan werden sollte. Auf eine lange Dienstperiode kann ich nun allerdings noch nicht zurückschauen, aber es soll von den hauptsächlichen Aufgaben der Fürsorgerin erzählt werden" (vgl. Buchs Otto. Familienpflege. 2010:12).

Was ist eigentlich Fürsorge?

Der Name drückt es bereits aus; sie will für andere sorgen durch ihren Rat und ihre Taten. Die Ausbildung zur Fürsorgerin kann in einem zweijährigen Studium abgeschlossen werden. In diesem lernt die zukünftige Fürsorgerin die sozialen Einrichtungen der Schweiz kennen, hauswirtschaftliche Aufgaben sowie die Pflege und Erziehung von Kindern bilden weitere Schwerpunkte im Studium. Einen wichtigen Punkt nimmt das Studium des Zivilgesetzbuches sowie anderen Gesetzgebungen in Anspruch. Weiterhin werden Themen zur Psychologie und Pädagogik, wie auch die Probleme in der Volkswirtschaft besprochen. Auch praktische Bereiche wie die Gesundheitslehre, Buchführung und die Freizeitgestaltung finden ihren Raum. Die Schulblöcke werden durch praktische Arbeiten in Erziehungsanstalten, Spitälern oder als Hilfe einer Fürsorgerin ergänzt. In der Praxisarbeit der Fürsorgerin in einer Heil- und Pflegeanstalt zeigt sich, dass es hier viele Menschen gibt, welche Rat brauchen. Dies zeigt sich vor allem in der Nachsorge, bei welchem die Fürsorgerin eine Stelle für den Austretenden sucht, oder sie wird ihn gelegentlich Zuhause besuchen, um mit diesem Schwierigkeiten oder Missverhältnisse zu besprechen. Beim Eintritt von Patientinnen und Patienten kann es sein, dass die Fürsorge die Angehörigen Zuhause aufsucht, um das Umfeld aus dem der Erkrankte kommt kennenzulernen und dem Arzt darüber berichten kann. Die Fürsorgearbeit steht ganz unter der Kontrolle der Ärzte. Gertrud Walter äussert ebenso: „Mein Wunsch als Fürsorgerin von Königsfelden geht dahin, möglichst vielen zu dienen in harmonischer Zusammenarbeit mit Ärzten und dem Pflegepersonal“ (vgl. ebd. :13-14).

1.3 Aufbauorganisation PDAG heute - Leitbild

Die Psychiatrischen Dienste Aargau AG (PDAG) verfolgen den Auftrag die psychiatrische Grundversorgung der im Kanton Aargau heimischen Bevölkerung sicherzustellen. Innerhalb dieses Auftrages ist die PDAG für alle Krisen und Notfälle zuständig, welche im ambulanten oder teilambulanten Rahmen nicht befriedigend behandelt werden können. Die PDAG bietet eine vierundzwanzig Stunden verfügbare psychiatrische Behandlung und Betreuung an (vgl. Psychiatrische Dienste Aargau AG. Geschäftsbericht. 2012:23).

Die Psychiatrische Klinik Königsfelden (PKF) ist für die stationäre Versorgung zuständig. Der Externe Psychiatrische Dienst (EPD), behandelt Menschen im ganzen Kanton Aargau. Dies auch in den Kantonsspitälern Aarau und Baden. Im weiteren sind dem EPD vier Ambulatorien, zwei Tageskliniken und vier Tageszentren angeschlossen. Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst (KJPD) versorgt Kinder und Jugendliche unter Einbezug ihrer Angehörigen und Kontaktpersonen. Dem KJPD sind vier Ambulatorien, eine Kinderstation in Rüfenach, die Jugendstation PSJ in der PDAG, sowie eine jeweilige Beratung in den Kantonsspitälern Aarau und Baden angeschlossen. Die PDAG beschäftigt an 20

unterschiedlichen Standorten 900 Mitarbeitende. Im Jahre 2008 leistete die PDAG rund 138`000 Pflegetage bei einem finanziellen Aufwand von 92 Millionen Franken (vgl. Psychiatrische Dienste Aargau AG. Unternehmensstrategie. 2012).

Die Klinikleitung verfolgt das Ziel die Spezialisierungen der verschiedenen Fachbereiche voranzutreiben und gleichzeitig Partnerorganisationen aus den Bereichen Pflege- und Altersheime, oder Einrichtungen für Menschen mit psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen mit Wissen vor Ort zu unterstützen und zu fördern (vgl. Psychiatrische Dienste Aargau AG. Geschäftsbericht. 2012:23).

Bei Krankheitsverläufen von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen ist es wichtig, dass das externe Helfernetz und die PDAG eng zusammenarbeiten und den Behandlungsverlauf gemeinsam besprechen. Auf dieser Basis können Menschen trotz Krise länger in ihrer vertrauten Umgebung wohnen bleiben und bei Bedarf doch kurzfristig in die Akutversorgung der PDAG übertreten (vgl. ebd.).

Die allgemeine Psychiatrie der PDAG ist in ihrem Schwerpunkt auf die Psychose Erkrankungen und die Affektiven Störungen fokussiert. Im Schwerpunkt der Psychose Erkrankungen wurde die Zusammenarbeit mit einer externen Organisation intensiviert. Nebst akuten Krisen Bewältigungen in der PDAG leisten Mitarbeitende dort zusätzliche Beratungsdienste. Sie beraten den zuständigen Arzt bei komplexen medizinisch-psychiatrischen Fragestellungen und unterstützen Mitarbeitende in herausfordernden Betreuungssituationen (vgl. ebd.).

Im Unterschied zur Allgemeinpsychiatrie hat der psychiatrische Fachbereich Geronto eine langjährige Tradition in der Beratung und Zusammenarbeit mit anderen Diensten. Diese guten Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Alters- und Pflegeheimen und der damit gewachsenen Vernetzung führten schlussendlich dahin, die Beratungstätigkeit auch im Bereich der Institutionen für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung auszuweiten. In der Zwischenzeit hat die Gerontopsychiatrie mit diversen Institutionen Vereinbarungen getroffen, um Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung zu versorgen, welche neben ihrer kognitiven Beeinträchtigung psychisch erkrankt sind. Abklärungen von Menschen mit demenzieller Erkrankung oder anderen neuropsychiatrischen Störungen bilden eine der ambulanten Schwerpunkte der Gerontopsychiatrie (vgl. ebd.).

In der stationären psychiatrischen Versorgung konnte in vier Fachbereichen der Klinik Königsfelden Versorgungslücken geschlossen werden. Für privatversicherte Menschen steht in der Gerontopsychiatrie mit der Privatstation 55+ eine gezielte Krisen- und Notfallstation bereit. In der allgemeinen Psychiatrie wurde im Bereich der affektiven Störungen ein Angebot für Mutter und Kind geschaffen. In diesem können Frauen mit posttraumatischen depressiven Erkrankungen eine angepasste Behandlung wahrnehmen, bei welcher sie auf Wunsch ihr Kleinkind hinzuziehen können. Im forensischen Bereich wurde im Jahre 2012

eine zweite Therapiestation zur Behandlung von Straftätern mit tatrelevanter psychischer Erkrankung eröffnet (vgl. ebd.).

Im Fachbereich der Abhängigkeitserkrankungen wurde mit einer Konzeptänderung einer offenkundigen Versorgungslücke begegnet: Alkoholkranke, Drogensüchtige und neuerdings auch Menschen mit sogenannter Doppeldiagnose können eine spezifische Behandlung ihrer Erkrankungen wahrnehmen. Menschen mit einer Doppeldiagnose leiden an einer psychischen Beeinträchtigung sowie einer Abhängigkeitserkrankung (vgl. ebd. :24).

Fachbereichsübergreifend hat die Klinik Königsfelden in die Behandlungsqualität der Mitarbeitenden investiert. Auf allen Stationen wurden die Mitarbeitenden in den Behandlungsteams in Gewalt- und Aggressionsmanagement weitergebildet. In diesem wurden und werden Mitarbeitende geschult, angespannten, aggressiven und verängstigten Patientinnen und Patienten angemessen zu begegnen und einer gegenseitigen Überforderung der Situation vorzubeugen (vgl. ebd.).

Die Bettenauslastung betrug über das ganze Jahr 2012 gesehen beinahe 100%. Die markante Steigerung der ambulanten Angebote und Leistungen, sowie die zunehmenden administrativen Aufgaben aller Mitarbeitenden haben die Anforderungen zusätzlich gesteigert. Im weiteren wird die Rekrutierung neuer Mitarbeiter, die Verbesserung der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten, der zunehmende verwalterische Aufwand im Gesundheitswesen, die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben, der Anspruch mehr Zeit beim Patienten zu sein auch in nächster Zeit die zentralen Herausforderungen bilden (vgl. ebd.).

Weitere angepasste Ausbauschritte hin zu einer qualitativ verbesserten Psychiatrie gilt es weiter zu verfolgen. Für die nächsten Jahre ist der Ausbau des psychotherapeutischen Behandlungsbereiches geplant und nicht zu vergessen – der vermehrte Einbezug und die Begleitung der Angehörigen von Patientinnen und Patienten (vgl. ebd.).

Leitbild der PDAG

Unsere *Vision ist es,* die PDAG in der schweizerischen Psychiatrielandschaft in Bezug auf Patientenorientierung, Qualität, Leistung, Innovation und Kundenfreundlichkeit zu einer der besten Institutionen wachsen zu lassen. Die PDAG möchte eine anziehende und dynamische Arbeitsstätte sein, welche für alle Berufsgruppen ein Magnet sein soll, um auch in Zukunft Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung kompetent begleiten zu können. Die PDAG orientiert sich vorausschauend am medizinischen Fortschritt und Marktveränderungen im Gesundheitswesen und entwickelt sich als lernende Organisation weiter (vgl. Psychiatrische Dienste Aargau. Leitbild. 2013).

Die PDAG setzt ihre *Behandlung* und *Pflege* im Fokus und dem Wohl der Patientinnen und Patienten an, denn dieses steht im Zentrum der Arbeit. Die PDAG orientiert sich am

Menschenbild, welches die Würde, den respektvollen Umgang, die Privatsphäre, die Lebensweise, die Bedürfnisse und Entwicklungsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten, sowie der Bezugspersonen in den Fokus legt (vgl ebd.).

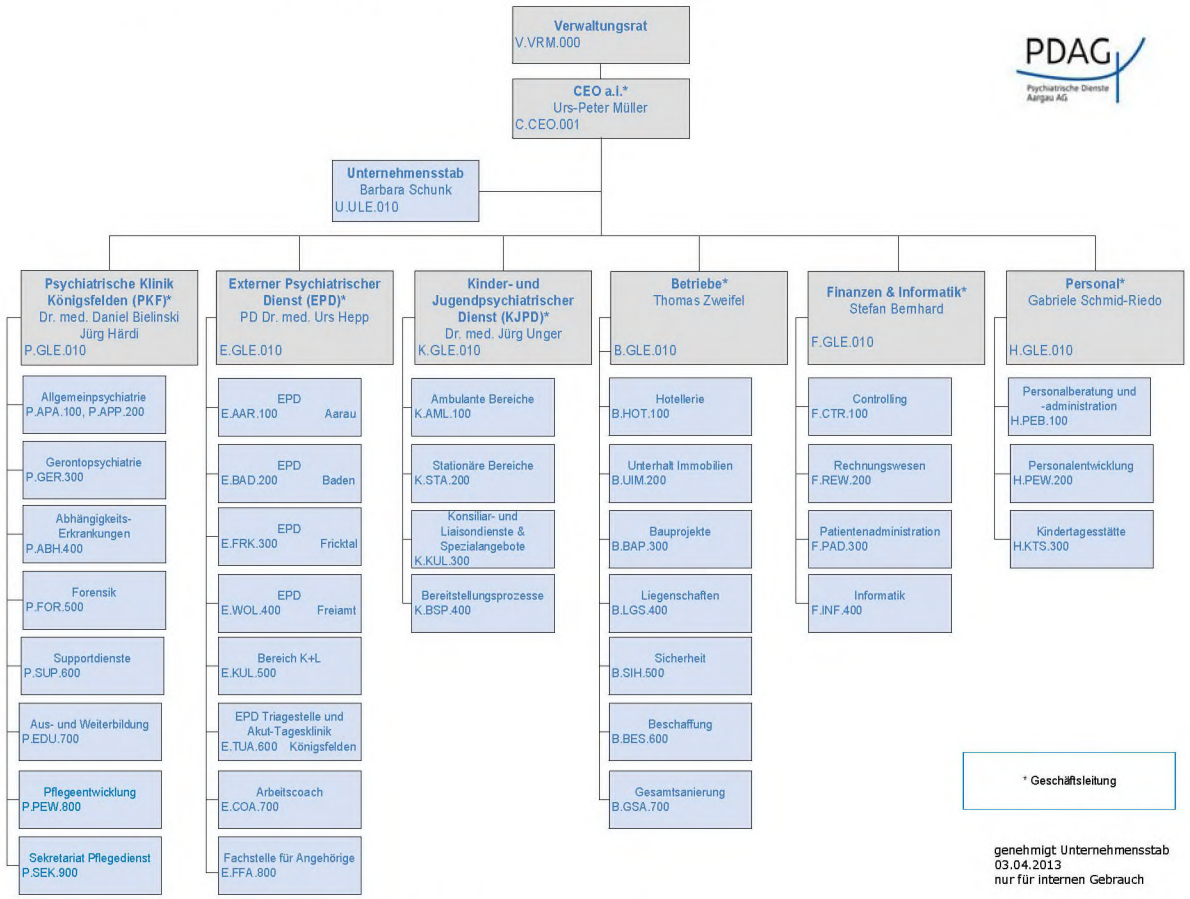
Mit *den externen Partnern* strebt die PDAG eine *Zusammenarbeit* an, welche auf der Basis der Transparenz und Fairness basiert. Hierin verfolgt die PDAG stetig eine Win-Win-Situation zu schaffen, welches nebst den externen Partnern den Patientinnen und Patienten entgegen kommen soll (vgl. ebd.).

Die PDAG ist sich der Wichtigkeit bewusst, *wie sie mit dem Umfeld umgehen möchte* und dass die Gesellschaft dieses aufmerksam verfolgt. Die PDAG strebt ein offenes Verhältnis zum Umfeld an und setzt sich zum Ziel, insofern ein Verständnis zu wecken, welches die Patientinnen und Patienten, sowie deren Bezugspersonen unterstützen sollen. Hierin ist sich die PDAG der begrenzten Ressourcen bewusst; versucht jedoch diese gezielt einzusetzen (vgl. ebd.).

Unter *Qualität versteht die PDAG*, dass diese auf starken Grundsteinen wie die der Ethik und der Wissenschaftlichkeit aufgebaut sein müssen. Einzig auf diesen kann eine Behandlung und Pflege der ihnen anvertrauten Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung versucht gerecht zu werden. Die PDAG verfolgt die wissenschaftlichen Fortschritte mit grosser Aufmerksamkeit und stellt die Qualität der Behandlung durch die fortlaufenden Weiter- und Fortbildungen der Mitarbeitenden sicher. Zudem wird die fortlaufende Überprüfung und Verbesserung der Arbeitsabläufe durch Selbst- und Fremdbeurteilungen angestrebt (vgl. ebd.).

Wie die PDAG die *Zusammenarbeit* und das *Führen* in der Zusammenarbeit gewichtet: Die PDAG sieht in den Mitarbeitenden die wichtigsten Akteure, da diese die Qualität in der täglichen Arbeit und dem direkten Kontakt zu Menschen umsetzen. Die Zusammenarbeit soll auf Wertschätzung, Respekt und Toleranz aufgebaut sein. Die Führung setzt auf Vertrauen, Eigenverantwortung, Initiative und Transparenz, sowie auf eine offene Kommunikation. Damit soll der Beitrag an ein gesundes Arbeitsverhältnis, die Basis für gesunde leistungsfähige Mitarbeitende, gelegt werden. Das Ziel der PDAG ist eine offene Feedback Kultur. Die PDAG will die Mitarbeitenden in ihrer Weiterentwicklung stärken und sieht Schwächen und Fehler als Lernchancen. Die Mitarbeitenden werden aufgefordert, Bestehendes zu hinterfragen und Verbesserungsvorschläge einzubringen. Die Freude an der Arbeit soll die Mitarbeitenden auch in belastenden Situationen ihren Sinn für Humor nicht vergessen lassen (vgl. ebd.).

1.3.1 Organigramm der Aufbauorganisation PDAG



(Psychiatrische Dienste Aargau AG. Geschäftsbericht)

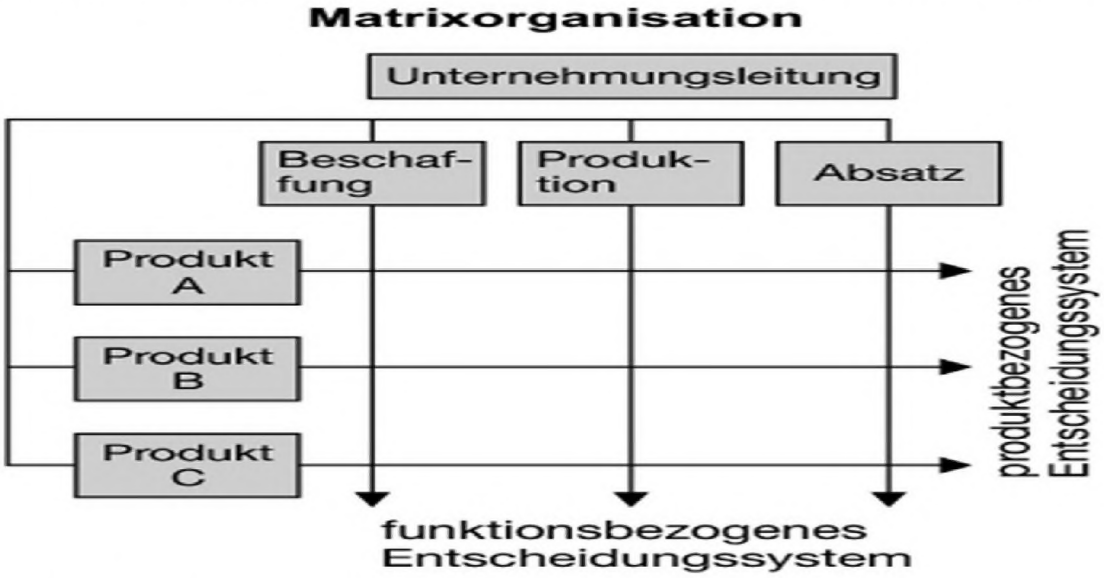
1.4 Linienunterstellung der SA in der PDAG

Im Rahmen der Reorganisation der Organisationsstrukturen der diversen Fachbereiche in der PDAG wurde auch für den Sozialdienst eine Neuorientierung vorgesehen. Die Direktion der Psychiatrischen Klinik Königsfelden (PKF) hat sich zum Ziel gesetzt zukünftig auf zentrale Dienste der diversen Fachbereiche zu verzichten. Bereits im Juni 2012 wurde an einer Sitzung der Geschäftsleitung PKF festgehalten, dass die sozial Arbeitenden der PDAG neu ins Behandlungsteam der jeweiligen Betriebe und Stationen integriert werden sollen. Eine konkrete Veränderung bedeutete demnach die direkte Unterstellung an die jeweilige oberärztliche Leitung der Station. Eine weitere Veränderung und Konsequenz davon ist die „Auflösung" des Team Sozialdienst. Die konkrete Umsetzung dazu wurde auf den ersten Januar 2013 festgelegt. Im Rahmen der Neuorientierung wurden die sozial Arbeitenden der jeweiligen Betriebe aufgefordert, den in ihrem Bereich und aus ihrer Sicht geforderten Bedarf und die Anforderungen zu erarbeiten. Für dieses Unterfangen wurde der bestehende und allgemein gehaltene Tätigkeitsbeschrieb der SA in der PDAG hinzugezogen. Im darauffolgenden Prozess wurde dieser komplett neu strukturiert und inhaltlich auf den aktuellen Bedarf der jeweiligen Betriebe angepasst. Im Rahmen von erweiterten Ressourcenprüfungen durch die Linienunterstellung der sozialen Arbeit wird die jeweilige

Oberärztin/Oberarzt zukünftig mitentscheiden nicht nur welche, sondern auch in welchem Ausmass der sozial Arbeitende im Rahmen seines Wirkens in der PDAG Leistungen erbringt. Im Prozess der Linienunterstellung der sozial Arbeitenden zu den Oberärztinnen/Oberärzten musste auch das Aufgabenspektrum der Leitung des Sozialdienstes neu definiert werden. Die Leitung des Sozialdienstes wird neu unter dem Begriff Fachleiter geführt. Dieser bleibt weiterhin zentrale Ansprechperson für Belange des Sozialdienstes und wird unverändert für Fragen oder andere Anliegen im Zusammenhang zur Sozialen Arbeit in der PDAG zur Verfügung stehen. (Informelles Wissen über den benannten Zeitraum an den Teamsitzungen)

1.4.1 Aufbauorganisation Matrix

In der PDAG sind die diversen Fachbereiche mit dem Ziel der konstruktiven und direkten Zusammenarbeit gefordert. Um diesem Gelingen in Struktur und Abläufen gerechter zu werden, setzt die Leitung der PDAG auf die Strukturen einer „Matrixorganisation". Im folgenden soll die Matrixorganisation näher beschreiben werden. Kurzdefinition: Die Matrixorganisation ist eine Organisationsmöglichkeit, in welcher Kompetenzen zugesprochen werden, um Abläufe in einer Organisation zu leiten. Eine Matrixorganisation verbindet zwei Bereiche zueinander. Bei diesem handelt es sich um eine Mehrlinienorganisation, bei welcher ein Mitarbeiter mehreren Vorgesetzten unterstellt ist. So kann dieser an Weisungen von einer Oberärztin/Oberarzt, sowie an Weisungen des fachlichen Leiters gebunden sein.



(vgl. Grafik Matrixorganisation. Elektronische Quelle)

Der Aufbau ist somit gleichzeitig an zwei Kriterien gebunden. In der Praxis wird in diesem auch von einer Verrichtungs-Objekt-Matrix gesprochen. Durch die Überschneidungen in den Weisungen und Entscheidungskompetenzen entsteht ein höherer Kommunikationsaufwand, sowie unklare Verantwortlichkeiten und Kompetenzen, da Mitarbeiter gleichzeitig zwei

Leitern unterstellt sind. Hierin kann jedoch die Flexibilität der Mitarbeitenden, sowie die Innovationsfähigkeit im Rahmen einer solchen Organisation ein Vorteil bedeuten. Aufgrund der doppelten Weisungsbefugnis kann jedoch das Problem- und Konfliktpotenzial deutlich gesteigert sein, als wenn einzig eine Verrichtungsmatrix vorliegt. Ein weiterer Vorteil kann sein, dass in Gruppenarbeiten gleichzeitig an verschiedenen Projekten ein Fortschritt vorangetrieben werden kann. Bei der Matrixorganisation handelt es sich demnach um eine Verrichtungs-Objekt-Matrix, welche flexibel und innovativ auf Problemstellungen reagiert, aber die Herausforderung der doppelten Weisungsgebundenheit und Entscheidungskompetenz aufweist. (vgl. Projektmanagement. Elektronische Quelle)
In der kurzen Beschreibung über Idee und Strukturen einer Matrixorganisation und den sich daraus ergebenden Vor- und Nachteile für eine Organisation kann bereits gut herausgelesen werden, worin die Herausforderungen auch für die SA im Kontext der PDAG zu den anderen Fachbereichen und darüber hinaus zum Klientel liegen.

1.4.2 Mitarbeiter in Ausbildung im Sozialdienst der Aufbauorganisation PDAG

Von der Linienunterstellung nicht betroffen sind die Mitarbeiter in Ausbildung im Sozialdienst der PDAG (Studierende in der Anstellungsform der studienbegleitenden Praxisausbildung an der Hochschule für Soziale Arbeit). Für diese bleibt der fachliche Leiter neben den Praktikumsanleiterinnen und -anleiter (PA) zentrale Ansprechperson. Im Prozess der Begleitung der Mitarbeiter in Ausbildung hat der fachliche Leiter mit den PA's das bestehende Ausbildungskonzept neu überarbeitet und ausgeweitet (das Ausbildungskonzept ist im Anhang dieser Bachelor-Thesis abgelegt). Es unterliegt ebenfalls dem fachlichen Leiter des Sozialdienstes die Mitarbeiter in Ausbildung nach seiner Überprüfung der Situation und dem Bedarf auf den diversen Departementen und Stationen der PDAG, einzustellen und einzusetzen. (Informelles Wissen über den benannten Zeitraum an den Teamsitzungen)

1.4.3 Stellenbeschrieb der SA in der PDAG

Die Stellenbeschreibung der Sozialen Arbeit orientiert sich an den Beschreibungen der PDAG. Der Organisationsbereich ist der Sozialdienst der Psychiatrischen Dienste Aargau AG. Der Sozialdienst hat einen fachlichen Leiter, welchem die sozial Arbeitenden der PDAG ebenfalls unterstellt sind (siehe Linienunterstellung). Ziele der SA in der PDAG sind: Die soziale und berufliche Rehabilitation von Patientinnen/Patienten, die Vermittlung von konkreter Sachhilfe, der Steigerung der individuellen Autonomie und Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe trotz psychischer Beeinträchtigung, sowie die Implementierung der SA innerhalb des interdisziplinären Behandlungsteam als wichtiger Bestandteil der ganzheitlichen Behandlung. Die Aufgaben des sozial Arbeitenden liegen in der Begleitung und Beratung von Patientinnen/Patienten und deren Bezugspersonen in

sozialversicherungsrechtlichen, finanziellen und rechtlichen Fragestellungen, der bestmöglichen Begrenzung der Benachteiligung aufgrund einer vorliegenden psychischen Beeinträchtigung in den Bereichen Arbeit, Wohnen und Finanzen, der Vernetzung zum externen Helfernetz und Bezugspersonen mit dem Ziel der Reintegration, der Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team und Ergänzung der Lebenslage des Patienten aus der Sicht der SA und der sozialen Beratung der Patienten mit dem Ziel von System- und Ressourcenerarbeitungen. Der sozial Arbeitende verpflichtet sich kontinuierlich im Rahmen des spezifischen Institutions-Bedarfes zum Wohle des Patienten weiterzubilden. Der sozial Arbeitende zeigt sich in der Datenverarbeitung verantwortungsvoll und hält die beschriebenen Datenschutzregelungen ein. Der sozial Arbeitende verhält sich in der Vertretung der PDAG im Austausch zu externen Hilfesystemen loyal. Die Grundanforderungen des sozial Arbeitenden in der PDAG lauten: Diplom in der Sozialen Arbeit, Mithilfe bei der weiteren Erarbeitung der „Sozialanamnese", erwartet wird ein empathischer und professioneller Umgang mit Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung, theoretische Kenntnisse über psychiatrische Krankheitsbilder, die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit medizinischen Themen, welche für die SA wichtig sind, sowie die Akzeptanz der formalen und institutionellen Rahmenbedingungen der PDAG. Allgemein wird die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team erwartet, regelmässig vorkommende Informationsaustausche mit externen Bezugspersonen erfolgen erst nach Absprache mit dem betroffenen Patienten, Ausnahmen bilden Lebenslagen von Patienten, welche gegen ihren Willen in Behandlung sind. Abschliessend verpflichtet sich der sozial Arbeitende zu einer konstruktiven Zusammenarbeit mit externen Hilfesystemen (vgl. Psychiatrische Dienste Aargau AG. Personaldienst. Human Ressources. Stellenbeschreibung. 2013).

1.5 Fazit

Der erste Teil der vorliegenden Bachelor-Thesis verfolgt das Ziel der Einleitung und der Einführung in das Thema der Professionalisierung der SA im Kontext der PDAG sowie darüber hinaus zu Geschichte, den Hintergründen und Erfahrungen der PDAG. Alles Aspekte welche einen wichtigen Anteil einnehmen, um dem Leser Entwicklungen, Strukturen und Handeln von verschiedenen Bereichen nachvollziehbarer darzulegen. Ebenso findet in der Einleitung eine erste Klärung von Begrifflichkeiten statt, welche in der vorliegenden Bachelor Thesis immer wieder Dreh- und Angelpunkt darstellen. Im Organigramm der PDAG ist ersichtlich (oder eben nicht), dass die SA in den Supportdiensten untergebracht ist und keine eigenständige Einheit im Bereich der PDAG darstellt. Ebenso sind Fakten zu aktuellen Veränderungen und Verantwortungen mit der Linienunterstellung für die sozial Arbeitenden in der PDAG benannt. Kurz beschrieben ist auch die Unterstellung der Mitarbeiter in

Ausbildung zum fachlichen Leiter des Sozialdienstes. Den ersten Teil abschliessend, finden auch Ausführungen zum Stellenbeschrieb der Sozialen Arbeit in der PDAG statt, welche im weiteren Verlauf der Bachelor-Thesis, aus noch anderen Perspektiven beleuchtet werden soll, um auf diesem Weg zu einer möglichst objektiven Darstellung der Lage der Sozialen Arbeit in der PDAG zu gelangen.

2 Öffnung des Spektrums der Sozialen Arbeit in vergleichbare Arbeitsfelder

Im Rahmen der Einführung zum Thema der „Professionalisierung der SA im Kontext der PDAG" erscheint es wichtig, neben den Erfahrungen und Gegebenheiten im Sozialdienst der PDAG, andere Erfahrungen und Schwerpunkte in vergleichbaren Institutionen/Kliniken und in der Literatur zu berücksichtigen. Es drängt sich deshalb auf, in dieser Bachelor Thesis auf andere Erfahrungen zurückzugreifen, mit der Absicht den Horizont zu vergrössern und somit auf eine breitere Argumentationsbasis, den Bedarf der Professionalisierung von SA aufzubauen.

Im darauffolgenden Teil geht es darum den Stand der Professionalität in der SA und den unterschiedlichen Erfahrungen darin genauer zu betrachten. Hierbei geht es um eine Analyse des tatsächlichen Handlungsfeldes, den Schwierigkeiten und den Erfolgen der SA in vergleichbaren Kliniken. Maja Heiner ist einem Lehr- und Forschungsprojekt an der Tübinger Universität nachgegangen, mit dem Ziel die SA in ihrer Professionalität zu theoretischen Konzepten, Modellen und empirischen Perspektiven weiter zu bringen (vgl. Heiner Maja. Professionalität in der Sozialen Arbeit. 2004:12).

2.1 Fachlicher Diskurs – Selbst- und Fremdbild in der Zusammenarbeit zu anderen Fachbereichen

Für sozial Arbeitende stellen Institutionen allgemein betrachtet keine Bedrohung der beruflichen Identität dar. In Tätigkeitsfeldern bei denen sozial Arbeitende mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten, welche über eine grössere soziale Anerkennung verfügen und/oder gegenüber der SA in Fragen des Konzeptes oder der Finanzen Entscheidungsträger sind, sieht die Lage jedoch anders aus. Hier entstehen eher Differenzen, was die SA leisten sollte. Fachkräfte der SA berichten in solchen Kontexten über Herausforderungen, ihre beruflichen Standards gegenüber den anderen Fachkräften durchzusetzen (vgl. ebd. :118).

In psychiatrischen Kliniken mit hierarchischen Strukturen und der Beherrschung durch Ärztinnen und Ärzte ist es besonders schwierig, eigene fachliche Methoden durchzusetzen. Was hierbei zum besseren oder weniger gutem Gelingende beiträgt, lohnt daher ein genaueres Hinschauen auf allgemeine Beschreibungen, sowie einzelne Aussagen (vgl. ebd. :118f).

Im ersten Beispiel beschreibt Frau Endress die therapeutischen Prozesse ihres Alltags, von denen sie fasziniert scheint. Was in ihrem eigenen Wirkungsfeld liegt, beschreibt sie nur im Ansatz. Obwohl sie sich als gleichwertiges und anerkanntes Mitglied eines interdisziplinären Teams sieht, wird aus ihren Ausführungen klarer, dass sie einzig als unterstützende Fachkraft in den therapeutischen Prozessen teilnimmt und selber wenig Einfluss darauf nimmt. In den weiteren Ausführungen von Frau Endress und auf die Frage nach behindernden Aspekten in ihrem Alltag, wird dann doch ihre „Randposition" und ihre Ansatzweise Ohnmacht im Team klar. Sie berichtet wie schwer es ist, sich gegenüber Ärzten und Psychologen durchzusetzen, wenn sie versucht, ihre eigene Sichtweise dem Team zu präsentieren und umzusetzen. Trotzdem stellt Frau Endress das hierarchische System oder ihre Position nicht in Frage. Sie zeigt auch keine eigenen Vorstellungen von einer anderen Rolle der SA in der Klinik auf. Frau Endress ist zwar über das mangelnde Gewicht ihrer Rolle im Team verärgert, kann jedoch nicht nachvollziehen, dass dieses auf einen fehlenden Tätigkeitsbeschrieb und ihrer nicht existenten beruflichen Identität zurückzuführen sein könnte (vgl. ebd. :119).

Frau Günther erfährt ähnliche Schwierigkeiten und leidet häufig unter ihrem unklaren beruflichen Profil. Regelmässig ist sie aufgefordert den Ärzten und Therapeuten zu erklären, dass sie nicht einzig für die Abklärung des Taschengeldes zuständig ist. Selber war es ihr jedoch nicht möglich, ihre spezifischen Kompetenzen auszuführen. Sie äussert sich gekränkt wenn austretende Patientinnen und Patienten sich in ihrer Abschiedsrunde einzig bei den Ärzten und Therapeuten bedanken, obwohl sie durchaus auch präsent war in der Behandlung. Sowohl Frau Günther wie auch Frau Endress verfügen nicht über ein eigenständiges professionelles Verständnis. Beide rechtfertigen die dominante Position der Ärzte und Therapeuten (vgl. ebd. :119f).

Herr Kollert nimmt die Klinik nicht als einen stark hierarchisch organisierten Betrieb wahr, in welchem sich die verschiedenen Berufsgruppen untereinander konkurrieren und die SA keine wichtige Rolle in den Prozessen einnehmen würde. Vielmehr erlebt er, dass jede Berufsgruppe, welche einen Anteil zur Bewältigung der anstehenden Aufgaben wahrnehmen kann, auch ihren Raum in den diversen Prozessen erhält. Allerdings gesteht Herr Kollert ein, dass es in der Praxis dann doch anders aussehen kann. Übergangen werden nach seiner Auffassung vor allem diese Personen, welche ihre Beteiligung prinzipiell einfordern würden, ohne etwas bieten zu können. Herr Kollert stellt fest, dass in den letzten zwei Jahrzehnten ein Statusgewinn für die SA in der Klinik stattgefunden habe. Er habe sich in der Klinik vor allem eine Position geschaffen, indem er sich in den Bereichen Abklärung von sozialrechtlichen und versicherungstechnischen Fragen, sowie der Organisation von Nachsorgehilfe konzentriert habe. Ein weiterer Punkt für das gestiegene Ansehen der SA in der Klinik beruht aber auch darin, dass Herr Kollert die Kompetenz der

Konzeptionsentwicklung, Angebotsplanung und Infrastrukturentwicklung eingebracht hat. Das Ziel welches Herr Kollert verfolgt ist das des ganzheitlichen Ansatzes der SA, nicht einzig die seelische Gesundung des Betroffenen, sondern auch die soziale und materielle Stabilisierung von diesem. Es ist die Vermittlungs-, Organisations-, Konzeptions- und Planungskompetenz der SA, welche in dieser Klinik zu einer eigenen Rollendefinition und Anerkennung einer spezifischen Kompetenz-Domäne geführt hat (vgl. ebd. :120f).

Die drei Beispiel verdeutlichen, dass die Herausforderung wahrscheinlich im Zusammenspiel von persönlichem Selbstbild, mangelnder beruflicher Identität aufgrund fehlender berufsspezifischer Kompetenzen, geringem Status und wahrscheinlich auch von geringer persönlicher Durchsetzungskraft zu suchen ist. Das Team wird hingegen als wichtige, emotionale Unterstützung angesehen. Dieses tritt jedoch kaum aktiv in Erscheinung und man einigt sich nur in seltenen Fällen auf gemeinsames fachliches Vorgehen oder Prinzipien (vgl. ebd. :122).

Heiner (2004:122) hebt hervor, dass *„was der Sozialen Arbeit am meisten zu fehlen scheint und in der Kooperation mit anderen Berufen deutlicher wird als in anderen Tätigkeitsfeldern, ist die Fähigkeit, das eigene Profil zu verdeutlichen und z.B. die Offenheit und Flexibilität des alltagsorientierten Vorgehens offensiv zu begründen und in ein Konzept ganzheitlicher Problembearbeitung einzuordnen."*

2.2 Interinstitutionelle und multiprofessionelle Kooperation bei unklarem Profil der SA

Professionelles Handeln kann sich nicht als heldenhafte Einzelleistung manifestieren. Vielmehr bedarf das professionelle Handeln der institutionellen Unterstützung und der ins Besondere Umsetzung durch das Team und den Vorgesetzten. Es ist ein hervorzuhebendes Merkmal, dass sich die SA mit vielfältigen und komplexen Problemlagen auseinandersetzen tut, dazu gesellt sich die doppelte Aufgabenstellung durch die Beeinflussung des Klientel und den Hilfesystemen, welche im besonderem Masse die Fähigkeit erfordert, mit diversen Organisationen und Berufen zu kooperieren, um gezielte Problemlösung anzugehen und umzusetzen. Um den Anforderungen der ganzheitlichen Problemlösung und Kooperation gerecht zu werden, wird bis zu einem Viertel oder mehr von seiner Arbeitszeit dafür beansprucht. Allein dieser Hinweis beweist die Aufwendigkeit der Kooperationen. Im Anschliessenden soll es vor allem um die Anforderungen gehen, welche sich aus der Kooperation mit anderen Professionen ergeben. (vgl. Heiner Maja. Soziale Arbeit als Beruf. 2010:472).

Heiner hebt bei komplexen, multiprofessionellen Kooperationsformen drei denkbare Formen von Konstellationen hervor:

1. *Eine kontinuierliche Zusammenarbeit* mit Fachkräften innerhalb oder ausserhalb der

gleichen Organisation. Wichtig hierzu erscheint die Kontinuität in den Kooperationsprozessen, welche eine Annäherung in Aufgabenverständnisse und Arbeitsstile erleichtern soll.

2. Eine *kurzfristige, punktuelle Kooperation* mit unterschiedlichen Fachbereichen und die *Vermittlung* an Leistungserbringer ausserhalb der eigenen Organisation, ohne das es zu einer weiterführenden, fallbegleitenden Zusammenarbeit kommt.

3. Eine *dauerhafte,* jedoch *inhaltlich begrenzte Zusammenarbeit* mit Fachbereichen, welche sich ausserhalb der eigenen Organisation befinden und als Auftraggeber an die SA herantreten (vgl. ebd. :473).

Weiter beschreibt Heiner (2010:474), dass sich die Ausgangslage der SA zunächst dadurch kennzeichnet,

„dass ihr umfassender Arbeitsauftrag kein so klares berufliches Profil ergibt wie bei anderen Berufen. Teilweise sind ihr Selbstverständnis, ihre Zuständigkeit und ihre Kompetenzen (in doppeltem Sinne) umstritten. So ist eine der zentralen Herausforderungen für die Kooperation zunächst eine Klärung der jeweiligen Aufgabenstellung und der damit einhergehenden Arbeitsteilung zwischen den Berufen".

Oftmals ist jedoch in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen die wechselseitige Akzeptanz zusätzlich erschwert, weil jeder Fachbereich seine eigene Fachkultur und Selbstverständnisse verfolgt, und somit die anzustrebende Konsensfindung zusätzlich erschweren (vgl. Fegert/Schrapper 2004. Zit. nach ebd. :474).

2.3 Fazit

Im zweiten Teil der vorliegenden Arbeit vollzieht sich eine erste Öffnung in Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Handlungsfeld der Sozialen Arbeit in vergleichbaren Institutionen. In diesem werden Erfahrungen aus der Zusammenarbeit zwischen der Sozialen Arbeit und anderen Fachbereichen beschrieben, und wie diese konkret umgesetzt werden, sowie auch Herausforderungen im Wirkungsfeld der Sozialen Arbeit gegenüber anderen Fachbereichen aufgezeigt. Im weiteren werden Kooperations Verläufe aus der Sicht von einem unklarem Profil der Sozialen Arbeit beschrieben, welche das „Bild" einer möglichen sozialarbeiterischen Landschaft darstellen sollen.

Heiner (2004:122) hält unter anderem fest, dass „die methodischen Besonderheiten einer oftmals alltagsbegleitenden Tätigkeit (z.B. wie das „aktive Warten" als beobachtende Strategie) oder die umfeldbezogene, koordinierende, planende und infrastrukturbezogene Vorgehensweise der Sozialen Arbeit stellen dabei charakteristische Elemente einer ganzheitlichen, lebensweltorientierten und sozialökologisch ausgerichteten Problembearbeitung dar, die benachbarten Berufen eher fremd ist."

Aufgrund den oben aufgeführten Erfahrungen und Tatsachen, *lässt sich der Mangel vor*

allem in der Transparenz und Fachlichkeit des sozial Arbeitenden feststellen, nämlich die eigene, spezifische Sozialarbeiterische Vorgehensweise – mit entsprechenden Zielen und Methoden im Rahmen eigenständiger Prozesse anderen gegenüber, zu verdeutlichen (vgl. ebd. 2004:122).

Insofern sollen die erarbeiteten Erfahrungen, Erkenntnisse und Herausforderungen im sozialarbeiterischen Wirken in vergleichbaren Institutionen nicht vollständig vergessen werden, wenn im dritten Kapitel vorerst über allgemeine SA gesprochen wird, um allmählich in das Wirkungsfeld der SA in der PDAG, wie darüber hinaus auf wichtige Wissensbestände in der allgemeinen SA vor zu stossen.

3 Heranführung an die Gegenwart der SA / Hauptteil

Der Beginn des dritten Teils der Bachelor-Thesis soll der Thematik der Heranführung an die SA allgemein, der SA in der Psychiatrie, sowie im spezifischen an die SA in der PDAG und dem Abhängigkeitsdepartament dienen. Für die eben benannte Erarbeitung wird auf bestehende Kenntnisse in der Literatur, im spezifischen dem Tätigkeitsbeschrieb der SA in der PDAG und dem Abhängigkeitsdepartament, sowie auf persönlich erschlossene Erfahrungen und gewonnene Kenntnisse im sozialarbeiterischen Wirken zurückgegriffen. Die darauf aufbauenden Vertiefungen sollen aufzeigen, wie die SA in der PDAG ihre Schwerpunkte legt und wo sie im multiprofessionellen Team in der Zusammenarbeit tatsächlich steht. In einem weiteren Schritt werden Wissensbestände für das methodische Handeln in der SA aufgearbeitet, dies vor allem deswegen, weil die SA in ihren Argumentationen für ihr Handeln gegenüber anderen Fachbereichen wichtige Begründungen daraus für sich bezieht. Eine weitere Vertiefung stellt die „Analyse" des Berufskodexes der SA dar, welche die Ziele und Haltung der SA beschreiben soll. Aus diesen Vertiefungen sollen sich Aspekte erschliessen und/oder Merkmale herauskristallisieren, welche für eine professionellere SA allgemein, sowie im Kontext der PDAG speziell berücksichtigt werden sollten.

3.1 Das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit heute allgemein betrachtet

Das Spektrum der Arbeitsfelder in denen „mit Menschen" gearbeitet wird ist breit. Die Fachbereiche unterscheiden sich durch ihre Schwerpunkte und ihre strategische Herangehensweise. Diese orientieren sich wiederum an die durch die Historie gewachsenen Aufgabenfeldern, ihren durch die Gesellschaft definierten Aufgaben und den diesen zugrunde liegenden gesetzlichen Grundlagen, sowie nach den von Profession und Disziplin eigenständig definierten Aspekten des Berufsfeldes. Aus den benannten Schwerpunkten und der Hervorhebung dass „mit Menschen" gearbeitet wird, drängen sich sogenannte Eigenschaften der beruflichen Handlungsstruktur auf. Damit diese Berufsfelder nicht zum

Selbstzweck werden, muss sich ihr berufliches Handeln an den Besonderheiten der Anforderungen ausrichten (vgl. Von Spiegel Hiltrud. 2004:19).

Die Anforderungen an die Soziale Arbeit werden unter anderen von folgenden Fragen geleitet: Wie kann genauer festgehalten werden, was diesen Beruf ausmacht? Worauf richtet sich das berufliche Bemühen? Was soll bewegt oder erreicht werden? Was steht im Zentrum der Sozialen Arbeit? Welches Selbstverständnis können Fachkräfte der Sozialen Arbeit aus dem gewonnen Wissen ziehen? (vgl. ebd. 2004:19).

Soziale Arbeit erbringt gleich wie andere Professionen einen wichtigen Anteil zur sozialen Funktionsfähigkeit unserer Gesellschaft. Obwohl die Basis sozialer Arbeit das Individuum und sein mögliches familiäres System sind, fokussieren sich die Massnahmen und Organisationen schlussendlich auf Individuen oder Gruppen als Mitglieder und Teilsysteme der Gesellschaft. So orientieren sich beispielsweise Massnahmen zur beruflichen Qualifizierung zum einen am einzelnen Menschen, welcher nur schwer oder keinen Zugang zum Arbeitsmarkt finden, zum anderen sollen durch diese Angebote auch die gesamtgesellschaftlichen Kosten von Arbeitslosigkeit verringert werden. Die sozialarbeiterischen Bemühungen bewegen sich somit im Spannungsfeld von individuellen Bedürfnissen und dem ermittelten und anerkannten Bedarf an gesellschaftlichem Interesse. Grundsätzliches Ziel der SA ist es, die Verbesserung der Austauschprozesse zwischen Individuen und Gesellschaft zu gewährleisten (vgl. Bosshard Marianne, Ebert Ursula, Lazarus Horst. 2010:47).

SA hat sich im Verlauf des 20. Jahrhunderts, welches Hans Thiersch als das sozialpädagogische Jahrhundert bezeichnet, immer mehr zu einem dritten Sozialisationsbereich entwickelt, welcher Entwicklungs- und Lebensverläufe entlang des menschlichen Lebens unterstützt und begleitet. Sozial Arbeitende wirken in Kindergärten, Jugendarbeit, Familienberatung oder in Wohneinrichtungen für Senioren. Sie gestalten Entwicklungs- und Lernräume, welche Gelegenheiten für Begegnungen und Austausch bieten, sowie auch Vorbereitungen zur Entfaltung von kognitiven, sozialen und emotionalen Fähigkeiten von Individuen oder Gruppen beinhalten. Im Zentrum stehen reguläre und „normale“ Entwicklungsaufgaben, welche sich entlang des menschlichen Lebens erschliessen und wesentlich sind in den Individuations- und Sozialisationsprozessen. Zum grossen Teil nehmen die Klienten an diesem Angebot freiwillig teil. In Bezug auf den gesellschaftlichen Bedarf kommt die Sozialpädagogik in diesem Zusammenhang wichtigen Erziehungs- und Bildungsaufgaben nach, welche aufgrund von gesellschaftlichem Wandel und veränderten gesellschaftlichen Anforderungen von privaten und familiären Systemen nicht mehr oder zumindest nicht ausreichend nachgekommen wird (vgl. ebd. 2010:48).

SA bietet darüber hinaus auch begleitende, unterstützende und stabilisierende Angebote für Einzelne oder Gruppen an, welche sich in schwierigen Lebenssituationen befinden und im

Laufe von entwicklungsbedingen Veränderungen, Status- und Rollenveränderungen oder kritischen Lebensereignissen auftreten können. Im Unterschied zu den regulären Lebensverläufen handelt es sich hierbei um Lebensereignisse und Belastungen, welche durchaus zur „Normalbiographie" eines Menschen gehören können, aber nicht zwangsläufig von allen Menschen gleich wahrgenommen und durchlebt werden. Inwiefern und ob überhaupt Menschen im Zusammenhang mit kritischen Lebenslagen professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen, hängt im wesentlichen von den ihren zur Verfügung stehenden Ressourcen ab. SA bietet mit diesem Hintergrund vor allem für die Menschen Leistungen an, welche aufgrund unzureichender Ressourcenausstattung derartige Lebensereignisse unter erschwerten Bedingungen bewältigen müssen. Das Leistungsspektrum reicht von verschiedenen Angeboten der Beratung und Begleitung, welche den Fokus in der Problemlösungsfähigkeit der Klientel aktivieren, bis zur Bereitstellung von materieller Hilfe (vgl. ebd. 2010:49).

SA übernimmt auch die Aufgabe eines sozialen Wächteramtes und bietet unterschiedliche Dienste zum Ausgleich von individuellen- und/oder strukturellen Benachteiligungen an. In diesem handelt es sich eher um problem- und defizitorientierten Massnahmen, wie z. B. bei psychosozialen Begleitprogrammen zur Wiedereingliederung von psychisch und kognitiv beeinträchtigten Menschen, betreutem Wohnen, niederschwellige Angebote in der Suchtberatung, psychosoziale Begleitung von Substituierten und ähnlichem mehr. Sozial Arbeitende treffen hier auf ein Klientel, deren selbständige Lebensführung bereits durch eine Vielzahl von Anforderungen empfindlich beeinträchtigt ist und welche daher eine längerfristige Begleitung und Unterstützung bedürfen. Diverse Einzelleistungen müssen miteinander verknüpft werden und zu einem ganzheitlichen funktionierenden Konzept für den Betroffenen verbunden werden. Hilfeplanung und Case Management nehmen in diesem Spektrum einen wichtige Position ein (vgl. ebd. 2010:49).

Sozial Arbeitende sind darüber hinaus an der Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen beteiligt, welche auf die Verbesserung von strukturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen aus sind und für spezifische gesellschaftliche Gruppen eine verbesserte, und gesellschaftlich angenommene Formen ermöglichen soll. Zu diesen gehören z.B. die Neuorganisation der sozialen Dienste, die Kooperation mit Selbsthilfevereinigungen, die Unterstützung von sozialpolitischen Initiativen auf Gemeindeebene und ähnlichem mehr. Im Fokus stehen spezifische Aufgaben- und Problemstellungen des Sozial-, Gesundheits- und Bildungssystems, wie z.B. eine angepasste Versorgungsstruktur der Suchtberatungen in der Region, die Vernetzung der regionalen und vorhandenen psychosozialen Dienstleistungen oder die Entwicklung und Unterstützung von gesellschaftlichem Engagement (vgl. ebd. 2010:50).

Im psychiatrischen Versorgungssystem öffnet sich die ganze Breite und Vielfalt an sozialpädagogischer Tätigkeiten und Aufgabengereichen. Sozial Arbeitende agieren in stationären oder teilstationären Einrichtungen, sowie Einrichtungen des gemeindepsychiatrischen Verbundes. Sie begleiten, beraten und unterstützen Menschen und deren Umfeld in herausfordernden Lebenslagen, gestalten in betreuten Wohnformen geeignete Strukturen, beantragen Hilfe zum Lebensunterhalt von Betroffenen und koordinieren in besonderer Weise die individuellen aufkommenden Anforderungen (vgl. ebd. 2010:51).

3.2 Soziale Arbeit in der Psychiatrie

In welcher Form und unter welchen Voraussetzungen sozial Arbeitende tätig werden, liegt weder in ihrer alleinigen Entscheidung, noch im individuellen Ermessen des Klientel. Die Institutionalisierung sozialer Hilfeleistungen beinhaltet nicht einzig, dass Hilfe als eine zu erwartende und gegebenenfalls einklagbaren Leistung ausserhalb des privaten und familiären Netzes wird, sondern auch, dass Hilfen im Rahmen von staatlicher und gesetzlich normierter Verpflichtung erbracht werden soll. Hilfe und Eingriffe sollen nicht der Willkür oder dem Zufall unterstellt werden, sondern sollen innerhalb von zielgerichteten Strukturen bereit gestellt und erbracht werden können. Soziale Arbeit als ein Element staatlicher Sozial-, Gesundheits- und Bildungspolitik soll nicht einzig einem gesellschaftlichen Auftrag – Hilfe und Kontrolle unterstellt werden, sondern auch in ein Helfernetz aus rechtlichen und bürokratischen Regelungen eingebunden werden. Aufgrund ihres breiten Aufgabenspektrums ist sie zur Kooperation mit den verschiedensten Professionen und Institutionen dem Versorgungssystem verpflichtet (vgl. ebd. 2010: 68).

Sozial Arbeitende sind in ihrem alltäglichen Wirken mit einer Vielzahl von Aufgaben und Tätigkeiten befasst. Sie führen Falldokumentationen, stellen einen Antrag auf ambulante Hilfe zum selbständigen Wohnen. Sie sprechen mit Klientinnen und Klienten, beraten Angehörige und informieren mögliche gesetzliche Ansprechpersonen über die geplante Entlassung eines Klienten/In. In Teamgesprächen werden Aufgaben verteilt, Probleme besprochen. Sozial Arbeitende führen Beratungsgespräche, nehmen an Stationsbesprechungen teil und sitzen in den Hilfeplankonferenzen. Ihre Leistungen müssen dokumentiert und mit Kostenträgern abgerechnet, Beurteilungen erstellt werden. Sozial Arbeitende leiten eine psychoedukative Gruppe, bieten Alltagsorientierung an, führen Krisengespräche und planen Treffen. Sie nehmen an der Teamsupervision teil und besuchen Fort- und Weiterbildungen. Aufgrund der vielfältigen Anforderungen im Alltag der SA ist ein planvolles Handeln unverzichtbar. Planvolles Handeln meint nicht, den Berufsalltag und die darin vorkommenden Menschen dem Plan unterzuordnen. Gerade weil vieles schwierig zu planen ist, pädagogische Situationen stets offene Handlungsräume sind und der Situation

entsprechendes Reagieren erfordert, kommt dem planvollen und methodischen Vorgehen eine wichtige Rolle zu. Methodisches Handeln dient der Strukturierung des Arbeitsfeldes und beinhaltet die sinnhafte Verbindung zu institutionellen Rahmenbedingungen und spezifischen Methoden (vgl. ebd. 2010:81).

3.3 Der bio – psycho – soziale Behandlungsansatz der PDAG

Die PDAG strebt auf den Grundlagen des bio-psycho-sozialen Behandlungsansatzes eine möglichst ganzheitliche Behandlung und Rehabilitation der Patientinnen und Patienten an. Das verfolgte Ziel ist eine angemessene Befriedigung der grundlegenden biologischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse des zu behandelnden Menschen. Inhalt und Ziel der Behandlung in der Psychiatrie und darin in der PDAG sind die Besserung, Heilung und Rückfallprävention von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung anzustreben. Dieses basiert auf den drei Säulen:

- Biologisch-somatische Therapieverfahren mit Einbezug der Psychopharmaka Therapie
- Psychotherapie
- Soziotherapie

Mit dem bio-psycho-sozialen Behandlungsansatz und dem damit verbundenen mehrdimensionalem, multiprofessionellem Behandlungs- und Rehabilitationskonzept, versucht die PDAG den Anforderungen einer Ganzheitlichkeit gerecht zu werden. Auf diesem Hintergrund wird versucht einer angemessenen Krankheitsverarbeitung nachzukommen, in welcher auch arbeitsbezogene und soziale Faktoren in den Behandlungsverlauf mit einbezogen werden, sowie auch Wege vermittelt werden um diese zu erreichen. Insofern gilt es zu beachten, Art und Stadium der vorliegenden psychiatrischen Erkrankung zu beurteilen, sprich liegt der Behandlungsschwerpunkt im somatischen / pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen oder dem soziotherapeutischen Bereich, oder beinhaltet der vorliegende Fall eine Kombination von Schwerpunkten (vgl. Möller/Laux/Deister 2001:465).

Die psychiatrische Behandlung erfolgt insbesondere im stationären Setting durch ein multiprofessionelles Team. Das Team ist durch Ärzte/Psychiater, psychiatrisches Pflegepersonal, Psychologen, Arbeits- und Bewegungstherapeuten, sowie Sozialarbeiter besetzt. Aufgrund dessen wird verdeutlicht, welche Bedeutung dem bio-psycho-sozialen Gesamtbehandlungskonzept und der Notwendigkeit im Individuum zentrierten Gesamtbehandlungsansatz zugetragen wird (vgl. Möller et al. 2001:466).

3.3.1 Die Soziale Arbeit in der PDAG

Der Sozialdienst der PDAG und hierin die sozial Arbeitenden haben ihren Fokus auf der sozialen und beruflichen Rehabilitation der stationierten Patientinnen und Patienten. Ihr konkretes Aufgabengebiet liegt in der

- Sozialberatung von Patientinnen und Patienten, sowie deren Angehörigen und anderen Bezugspersonen,
- in der Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Wohn- und Arbeitssituationen,
- der Abklärung von finanziellen und sozialversicherungsrechtlichen Themen,
- sowie der Vernetzung zum externen Helfersystem der Patientinnen und Patienten.

Ziel ist es, Patientinnen und Patienten durch eine adäquate Hilfestellung zu befähigen, eigene Anliegen möglichst selbständig und eigenverantwortlich anzugehen und umzusetzen. Bei einer durchschnittlichen Aufenthaltszeit der Patientinnen und Patienten von 30 Tagen, gilt es den Behandlungsschwerpunkt auf die aktuelle Krisensituation zu setzen. Der sozial Arbeitende versteht sich während dem stationären Aufenthalt der Patientinnen und Patienten in folgenden Bereichen verantwortlich:

- Arbeit
- Wohnen
- Finanzen
- Soziale Beziehungen
- Sozialversicherungen
- Vormundschaftliche Massnahmen

Jegliches aktiv werden seitens des sozial Arbeitenden gegenüber Patientinnen und Patienten vollzieht sich nach Absprache mit dem zuständigen Oberarzt oder leitenden Arzt der Station und/oder in der Zusammenarbeit mit den anderen Fachbereichen des multiprofessionellen Behandlungsteams (vgl. PDAG. Elektronische Quelle).

3.3.2 Tätigkeitsfelder der SA im Kontext der PDAG

Das Angebot der PDAG und damit die Tätigkeitsfelder für die sozial Arbeitenden liegen gemäss der in der Schweiz üblichen Spezialisierungen in die vier Fachbereiche Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Abhängigkeit und Forensik. Innerhalb dieser Fachbereiche findet eine weitere Differenzierung im Sinne von Schwerpunktangeboten und Bedarf statt.

In der *allgemein Psychiatrie* mit Schwerpunkt in den *affektiven Erkrankungen* befinden sich Menschen mit den Diagnosen Depression und Angst, bipolare und psychosomatische Erkrankungen.

In einem weiteren Teil der *allgemein Psychiatrie* mit Schwerpunkt der *Psychosen* befinden sich Menschen mit der Diagnose und/oder dem Verdacht auf Ersterkrankung, Mehrfacherkrankung, Krisenintervention und dem Arbeits- und Wohntraining.
Im *Gerontobereich* werden Menschen ab dem 65. Altersjahr aufgenommen und bringen psychiatrische Erkrankungen aus dem nicht dementiellen sowie dem dementiellen Formenkreis mit.
Im Bereich der *Abhängigkeiten* werden Menschen mit einer *Abhängigkeitserkrankung v*on legalen und/oder illegalen Suchtmitteln sowie mit Doppeldiagnose behandelt, womit eine Suchterkrankung und eine psychische Beeinträchtigung gemeint ist.
Die *Forensik* ist der vierte Bereich und ein Teilgebiet der Psychiatrie, in welchem Menschen mit einer *psychischen Beeinträchtigung*, mit Hintergrund von möglichem Strafrecht, Straf- und Massnahmevollzug, Zivil- und Versicherungsrecht stationiert sind (vgl. http://www.pdag.ch/diagnose-behandlung/).

3.3.3 Tätigkeitsbeschrieb der Sozialen Arbeit im Betrieb Abhängigkeit der PDAG

Im Rahmen meiner Anfänge in der SA der PDAG war es mir möglich in Zusammenarbeit mit anderen Mitarbeitenden des Sozialdienst, den Tätigkeitsbeschrieb neu zu überarbeiten. Auch aufgrund dieser Erfahrung war es mir möglich, Veränderungen und Entwicklungen im Tätigkeitsfeld der SA in der PDAG anzugehen und mitzugestalten. Diese Auseinandersetzung half mir somit, das Tätigkeitsfeld der SA in der PDAG zu präzisieren und zu definieren. Die durchlaufenen Erfahrungen und Erkenntnisse mit der Erarbeitung des Tätigkeitsbeschriebes der SA im Abhängigkeitsdepartament waren sehr mannigfaltig. Zuallererst zeigte sich, dass sich die Mitarbeitenden des Sozialdienst selbst nicht einig waren, wo genau ihre Schwerpunkte in der SA der PDAG lagen. Dies konnte vor allem auf die Tatsache zurückgeführt werden, dass die jeweiligen Mitarbeitenden in verschiedenen Bereichen der PDAG die SA leisteten und infolgedessen unterschiedliche Schwerpunkte verfolgten. Dabei kam hinzu, dass jeder sozial Arbeitende seine Kompetenzen und Schwerpunkte in der SA unterschiedlich definierte. Aufgrund dessen wurde entschieden, dass die Tätigkeitsbeschriebe nahe am spezifischen Departement erarbeitet werden sollten. Insofern lag die Erarbeitung des Tätigkeitsbeschriebes im Abhängigkeitsdepartament auch in meiner Verantwortung. Die Erarbeitung der SA im Abhängigkeitsdepartament ergab neun Schwerpunkte in den Bereichen:

- Psychosoziale Beratung und Begleitung
- Multiprofessionelle Zusammenarbeit
- Anschlusssituationen
- Wohnen
- Arbeit und Beruf

- Finanzen
- Sozialversicherungen
- Vormundschaftliche Massnahmen
- Justiz

Aus den folgenden Leitsätzen wurden die Schwerpunkte erarbeitet:

- Wir arbeiten subsidiär zu den sozialen Leistungserbringern die da lauten; Gemeinden, soziale Dienste, Kinder- & Erwachsenenschutzdienste etc.,
- wir befähigen Patientinnen/Patienten und deren Bezugspersonen zur möglichsten Selbsthilfe,
- durch das Erarbeiten neuer Perspektiven mit den Patientinnen/Patienten unterstützen wir deren psychische, wie soziale Stabilisierung massgeblich,
- wir ermöglichen eine rasche Rückkehr in das angestammte Umfeld und eine weiterführende Behandlung im bisherigen Helfernetz,
- Angehörige, Bezugspersonen und Partnerorganisationen sind als Ressourcen in die Behandlung mit einbezogen und leisten wichtige Hilfestellungen.

Die Erarbeitung des Tätigkeitsbeschriebes vollzog sich im Zeitfenster 2012 aus mehreren individuellen, sowie in der Gruppe gehaltenen Sitzungen. Der erarbeitete Tätigkeitsbeschrieb soll als Orientierung und Kompetenz Ausweis für die SA selbst, wie auch gegenüber anderen Fachbereichen der PDAG dienen. Der Tätigkeitsbeschrieb der SA im Abhängigkeitsdepartament der PDAG befindet sich in ausgedruckter Form zur möglichen Sichtung und Ergänzung im Anhang dieser Bachelor-Thesis. (Informelles Wissen über den benannten Zeitraum aus den diversen Team- und Abhängigkeitsdepartament Sitzungen)

3.3.4 Für die Soziale Arbeit relevantes Fachwissen aus anderen Professionen zum Bereich Abhängigkeitserkrankungen

Suchtarbeit ist komplex und anspruchsvoll und beinhaltet sowohl somatische, psychische, juristische und soziale Themen. Suchtverhalten stellt erlernte Bewältigungsstrategien dar, welche sich zum Ausgleich von Spannungszuständen etabliert haben. Die abhängige Person zeigt mit ihrem Suchtverhalten, wie sie mit Spannungszuständen umgeht. Aufgrund der stetig gleichen Bewältigungsstrategie von Problemen, verhindert die betroffene Person andere Lösungswege für Problemlagen kennenzulernen. Daraufhin wird die stetig gleiche Bewältigungsstrategie, nämlich das Suchtverhalten, für die Betroffenen selber zum Problem. Häufige Begleiterscheinungen zum Suchtverhalten sind sozialer Rückzug, Abhängigkeit vom Suchtmittel, Gewalt, Kriminalität. Suchtverhalten kann eine Veränderung erfahren, wenn dahinter liegende Verhaltensmuster erkannt werden und nach neuen Wegen gesucht wird. Sucht versteht sich als bio-psycho-soziales Phänomen, und sollte deshalb in Institutionen mit interprofessioneller Behandlungsmöglichkeit angegangen werden (vgl. Güdel 2013:37).

In der Begleitung von Menschen mit Suchtverhalten drängt es sich auf, das Suchtproblem möglichst früh zu erkennen und anzugehen. Die Soziale Arbeit ist für die sozialen Bereiche der Sucht zuständig, konkret für Faktoren welche zur Entstehung von Sucht beitragen oder Folgen von diesem sind:

- Wo ein Ausschluss aus sozialen Systemen droht (Familie, Beruf, Bekanntenkreis) und das Abtauchen ins Suchtmillieu verbunden mit Kriminalität, Prostitution, Obdachlosigkeit droht
- Sozialer Rückzug und Vereinsamung
- Der Verlust der Autonomie durch die Abhängigkeit zum Suchtmittel, und der möglichen Folge in eine psychische und/oder somatische Erkrankung
- Keine ausreichenden finanziellen Mittel
- Stress
- Differenzen und Konflikte in der Familie mit teilweise unwiderruflichem Ausmass

Die Lebensbereiche in der obigen Aufzählung sind alle miteinander verbunden und können weitere Probleme hervorrufen. Die SA verfolgt mit Menschen trotz Suchtverhalten, stetig die weitest mögliche gesellschaftliche Integration. In der Begleitung setzt die SA bei der individuellen Lebensführung an und unterstützt Betroffene bei der Bewältigung der Sucht über die Stärkung ihrer Autonomie. Die SA berät und informiert die Betroffenen bezüglich Sucht und anderen anstehenden Problemen wie: Abklärungen bei einer Sozialversicherung, Gemeinde, oder Übernahme von administrativen Angelegenheiten etc.. In Aspekten der Sucht bei welchen die SA nicht kompetent beraten und unterstützen kann, verweist sie auf andere Institutionen, Organisationen, Hilfesysteme oder Professionen (vgl. ebd. :39).

Begleitung und Beratung zur Veränderung

In der Suchtberatung, oder der Suchtarbeit allgemein in der SA benennen Vogt/Schmid (2007) vier wichtige Dimensionen welche es zu beachten gilt:

„*Geschlechterperspektive*: Aus unterschiedlichen Machtverhältnissen zwischen Männern und Frauen entstehen unterschiedliche Suchtkarrieren und Ausstiegsoptionen. Bedeutung der Beziehung: Wie in allen Beratungen ist die Arbeitsbeziehung auch in der Suchtberatung bedeutend. Süchtige KlientInnen handeln ambivalent, was sich in der Praxis z.B. im Nichteinhalten von Terminen widerspiegelt.

Ressourcenorientierung: Diese gilt auch in der allgemeinen Sozialhilfe-Praxis.

Zielorientierung: Wichtig in der Suchtarbeit sind kleine Schritte und der Fokus, dass diese nicht mehr nur auf Abstinenz ausgerichtet sind, sondern z.B. auch auf kontrollierten Konsum, Safer-use-Beratung, Sichern des Überlebens und palliative Begleitung“ (ebd. :39).

Die Beratungsansätze sollen sich an der jeweiligen Situation und Fall orientieren und darauf basierend handeln, z.B. mit einem systemischen oder lösungsorientierten Ansatz zu

begleiten. Auch in der Suchtberatung durch die SA ist es wesentlich, beim Klientel eine Veränderungsmotivation aufzubauen (vgl. ebd. :40).

Kompetenzen des sozial Arbeitenden

Fach- und Methodenkompetenz: Als zentrales Merkmal in der SA gilt die Beratungskompetenz. Die Fähigkeit komplexe Probleme zu bearbeiten und die Sucht stetig als mehrdimensionales Phänomen zu verstehen und anzugehen sowie flexible Fähigkeiten in der Prozessgestaltung der Suchtarbeit, um „neue" Probleme immer wieder aufeinander zu beziehen. Gute Kenntnisse und Fähigkeiten in der Dokumentation sind notwendig, unter anderem, um seine eignen Leistungen darzustellen.

Sozialkompetenz: Der sozial Arbeitende ist gefordert auch in unfreiwilligen Situationen konstruktive Beziehungen und darauf aufbauend Kooperationen eingehen zu können. Zentral dabei ist, die individuellen Lebenslagen des Klientel und deren Fähigkeiten umfassend zu analysieren. Die Kompetenz vernetzt zu arbeiten kann entscheidend sein, dabei geht es darum zu bestehenden Kenntnissen und Informationen zu gelangen, diese zu filtern und weiter zu leiten.

Selbstkompetenz: Die Fähigkeit kompetent zu reflektieren bedeutet vor dem Hintergrund von Sucht die Dynamiken hinter der Sucht zu sehen und zu verstehen und dabei wissenschaftliche Erkenntnisse beizuziehen, was helfen soll, die Lebenswelt des Klientel besser zu verstehen, um eine angepasste Beratung und Begleitung anzubieten.

Fachwissen: In der Suchtarbeit braucht es Wissen über Suchtmittel, ihrer Wirkungen und Auswirkungen. Weiter gehören zur Suchtarbeit Kenntnisse zum Betäubungsmittelgesetz, der Alkoholgesetzgebung und des Rechtssystems. Zentrale Bedeutung für die SA ist das Wissen über soziale Aspekte und den möglichen Folgen von Sucht, gestützt auf empirischen Studien. Weiter ist ein suchtspezifisches medizinisches Wissen unentbehrlich, darin z.B. Formen der Entzugsbehandlung, Substitution, Folgeerkrankungen von Sucht, HIV und Hepatitis C. (vgl. ebd. :40).

3.4 IST – Zustand: Die Soziale Arbeit im Behandlungsverlauf

- in grüner Farbe, die SA in ihrem aktuellen Wirkungsfeld des Prozessverlaufes des Klientel
- in roter Farbe, die aktuellen „Risikofaktoren" aus der Sicht der SA im Prozessverlauf kurz benannt

Zeit	*Schwerpunkte*	*Umsetzung Verantwortliche*	*„Risiken"*
Eintritt	Eintritt des Patienten Aufnahmegespräch	 Durch Assistenzärzte (AA), Pflege	 „Sozialanamnese" durch AA/Pflege

	Gemeinsame Behandlungsvereinbarung	Durch Oberarzt (OA), AA, Psychologie, Pflege	„Sozialanamnese“ durch OA, AA, Pflege umgesetzt
Behandlung	Sozialanamnese	Bei Indikation durch Behandlungsteam Einbezug der SA Klärung der spezifischen Themen des Klienten durch SA	**Sozialanamnese** =Fehler- oder Mangelhaft
	Multiprofessionelle Zusammenarbeit zum Behandlungsteam an Rapporten, Visiten	Zusammenarbeit zu anderen Fachbereichen	**Zusammenarbeit** =Fehler- oder Mangelhaft
	Kommunikation	Kommunikation zum Behandlungsteam	**Kommunikation** =Fehler- oder Mangelhaft
	Sozialberatung	Sozialberatung des Klientel durch SA betreffend aktueller Lebenslage	**Beratung** =Fehler- oder Mangelhaft
	Dokumentation	Erbrachte Leistungen & Informationen fortlaufend im KIS/ORBIS erfassen	**Dokumentation** =Fehler- oder Mangelhaft
Austritt	Austrittsplanung	Austrittsplanung Nachsorge einleiten und planen	**Austrittsplanung**
	Kommunikation	Im Behandlungsteam ist besprochen, wer – welche Abklärungen trifft & Informationen weiterleitet	=interne und/oder externe ***Kommunikation***,
	Vernetzung	Sind alle relevanten externen Personen über den geplanten	***Vernetzung***,

	Dokumentation Austritt des Patienten	Austritt informiert Erbrachte Leistungen & Informationen fortlaufend im KIS/ORBIS erfassen & abschliessen	***Dokumentation*** =Fehler- oder Mangelhaft

Der Behandlungsansatz der SA im Prozessverlauf des Klientel tabellarisch dargestellt soll dazu dienen, dem Leser eine grobe Übersicht zu geben, wann die SA an die Fälle heran kommt und wo ihre Behandlungsschwerpunkte liegen. Das Schwerpunkte gleichbedeutend mit möglichen Fehlerquellen sind liegt auf der Hand. Insofern dienen die Hervorhebungen der Schwerpunkte auch zu einer ersten Sensibilisierung in den Behandlungsansätzen der SA in der PDAG. Im vierten Teil der vorliegenden Bachelor Thesis werden die benannten Anforderungen an die SA nochmals aufgenommen und differenzierter ausgeführt. Der Behandlungsansatz der SA in der PDAG soll weiterhin aufzeigen, wie die SA zum multiprofessionellen Team implementiert ist und die Zusammenarbeit vollzogen wird. Die Tabellarische Aufzählung verschafft eine Sicht darüber welchen Bedarf die SA zum multiprofessionellen Team und dem Klientel erbringt, ohne eine Aussage darüber zu machen, wie diese aufgrund der tatsächlichen Möglichkeiten, sowie den individuellen und situativen Ressourcen des sozial Arbeitenden tatsächlich ausfallen könnte. Dabei liegt das Interesse der Erarbeitung der vorliegenden Bachelor Thesis genau darin. Wie versteht der sozial Arbeitende im Kontext der PDAG den Bedarf seines Wirkungsfeldes im Behandlungsverlauf des Klientel, und wie setzt dieser diese um? Wie definiert der sozial Arbeitende seine Rolle in der SA und mit welcher Haltung begegnet er den mannigfaltigen Herausforderungen seines Alltags? Viele Fragen welche sich aus der tabellarischen Darstellung erschliessen lassen und welche im Verlauf der vorliegenden Arbeit versucht werden sollen, zumindest teilweise zu beantworten. (Im Anhang der vorliegenden Bachelor Thesis, befindet sich aufgrund der vorgegebenen Seitenzahl, der mögliche „Behandlungsverlauf des Klientel aus der Sicht der PDAG im IST-Zustand“ abgelegt)

3.5 Allgemeine Wissensbestände für methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit

Was wird unter dem Begriff des wissenschaftlich erzeugten Wissens verstanden? Auf welchem Wissen baut sich das methodische Handeln auf? In den folgenden Ausführungen werden die Prozesse und die Regeln für die Produktion von wissenschaftlichen Theorien kurz beschrieben, sowie den möglichen Nutzen von Theorien für die praktische Arbeit. Die anschliessende Differenzierung, nach der Beschreibung von der Vorgehensweise für

wissenschaftliches Arbeiten, erfolgt in den vier Kategorien nach ihrer Funktion für das methodische Handeln, durch „Von Spiegel“ eingeteilt: „Beobachtungs- und Beschreibungswissen, Begründungs- und Erklärungswissen, Wertewissen, sowie Handlungs- und Interventionswissen“ (vgl. Von Spiegel Hiltrud. 2004:59).

3.5.1 Wissenschaftliche Vorgehensweise

Von Spiegel definiert das wissenschaftliche Vorgehen als eine „ Produktion von Aussagesystemen (Theorien), die auf begründbaren und überprüfbaren Erkenntnissen beruhen. Es konstituiert sich durch einen definierten *Untersuchungsgegenstand* (Erkenntnisobjekt), durch die Bildung von *Kategorien* (präzise definierte Begriffe, Fachsprache), die sachlogisch aufeinander bezogen sind und durch besondere *Verfahren* der Erkenntnisgewinnung (Forschungsmethoden). Wissenschaftlich gewonnenes Wissen unterscheidet sich vom Alltagswissen durch die *methodische Vorgehensweise*, die *Systematisierung von Erkenntnissen* und die Norm der *interpersonalen Überprüfbarkeit* von Aussagen bzw. Ergebnissen (vgl. ebd. :59).

Die Vorteile des wissenschaftlichen Vorgehens liegen vor allem im Versuch der Distanzierung und Objektivierung des Problems, um auf diese Weise zu einer anderen Sichtweise zu finden, als dies das Alltagswissen ermöglicht. Die theoretisch begründeten und Kriterien geleiteten Konzeption sollen eine Überwindung der individuellen Begrenzungen möglich machen (vgl. ebd. :63).

3.5.2 Beobachtungs- und Beschreibungswissen

Beobachtungs- und Beschreibungswissen beschreibt nach Von Spiegel die „Kenntnisse über die Wahrnehmung einer aktuellen Situation oder eines Problems; es ist „diagnostisches“ Wissen, wie es dazu beiträgt, möglichst angemessen zu klären, „was der Fall ist“ und was daraufhin zu tun ist“ (ebd. :62).

In der SA sind Begriff und Verfahren der „Diagnose“ sehr umstritten. Die Diagnose wird aufgrund ihrer Nähe zur Medizin und zur Naturwissenschaft eher dem objektivistischen (technologischen) Verfahren zugerechnet, welche besser als die Adressatin/Adressat weiss, wo die Probleme liegen und wie diese anzugehen sind (vgl. ebd. :63).

Von Spiegel übernimmt dafür eine Sichtweise von Heiner (2001a, 253), welche den Grund für die kritische Einstellung,

„auf der Sorge um die Gefährdung von drei zentralen Anliegen Sozialer Arbeit beruht: (1) dem Bemühen, das Klientinnen als Partnerinnen zu begreifen und ihnen einen entsprechenden Einfluss auf einen partizipativ angelegten diagnostischen Prozess zu ermöglichen, damit sie ihre ganz persönliche Sicht der Probleme geltend machen können und nicht zu passiven Objekten eines expertokratischen Diagnoseverfahrens degradiert

werden; (2) dem Bemühen, ein möglichst facettenreiches, ressourcen- und entwicklungsorientiertes Bild der Personen und ihrer Situation zu entwerfen und sie nicht aufgrund der aktuellen Probleme im Rahmen einer vorwiegend negativen Diagnose zu etikettieren und abzuwerten; (3) dem Bemühen, möglichst vorsichtige, betont hypothetische und vorläufige Urteile zu formulieren, um so der begrenzten Prognostizierbarkeit menschlicher Entwicklungen Rechnung zu tragen und nicht mit scheinbar gesicherten und objektiven Urteilen den Eindruck der Steuerbarkeit sozialer Prozesse und der Vorhersagbarkeit menschlichen Verhaltens durch Experten zu erwecken" (ebd. :63).

3.5.3 Erklärungs- und Begründungswissen

Mit dem Erklärungs- und Begründungswissen ist die Interpretation von wahrgenommenen Situationen und Problemen gemeint. Diese wird dazu beigezogen, um hypothetisch konstruierte Zusammenhänge zu erklären. In einem ersten Schritt interpretiert man diese Mithilfe des Alltagwissen und vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrungen bzw. der äusseren Gewohnheiten. Das methodische Handeln erfordert jedoch, nebst den „persönlichen" oder „institutionellen" Instrumenten und Interpretationen, für das Problemverständnis auch Theorien und wissenschaftlich geprüfte Erkenntnisse beizuziehen (vgl. ebd. :65).

Von Spiegel führt weiter aus: „wissenschaftlich gewonnene Theorien sind *generalisierende* Beschreibungen bzw. Erklärungen von Zusammenhängen, die sich auf einen definierten Gegenstand beziehen. Sie helfen, das Typische einzelner Elemente oder Probleme in einer Situation zu erklären. Es geht als um das *Allgemeine* typisierbarer und typisierter Fälle. In ihrer Abstraktheit „verfehlen" sie daher systematisch den Einzelfall. Daher ist die Forderung des „Anwendungsbezuges" von Theorien allgemein und speziell für die Soziale Arbeit ein Irrweg. Es ist überdies nicht möglich, in einer „Rahmentheorie" festzulegen, welche Theorie für welchen Fall oder welches Standardproblem „brauchbar" sind, da sich Konstellationen individuell und kontextbezogen darstellen. Die Soziale Arbeit profitiert von der Theorieproduktion vieler > Bezugsdisziplinen" (ebd. :65-66).

3.5.4 Wertewissen

Von Spiegel hebt in seiner Definition von Werten hervor: „Werte sind ideal gedachte religiöse, philosophische und politische Vorstellungen über Menschenbilder bzw. gesellschaftliche Idealzustände. Es gibt keine universal gültigen Werte oder Wertesysteme, sondern es sind Setzungen (Postulate), denen man sich anschliesst. Es gibt Wertesysteme, die gesellschaftlich weitgehend geteilt werden und daher als Grundwerte (formuliert als *Grundrechte*) (...) verankert sind. Andere Werte oder Wertesysteme sind eher partikular oder werden von verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen unterschiedlich gewichtet. Jeder

Mensch bildet im Laufe seiner Biografie individuelle Wertestandards (Sinnkonstruktionen) aus; diese bilden eine „persönliche Konstruktion" der gesellschaftlichen Werteangebote" (ebd. :67). Auch aufgrund von solchen Definitionen, gilt es dem so genannten Wertewissen in der SA besondere Aufmerksamkeit zu widmen (vgl. ebd. :67).

3.5.5 Handlungs- und Interventionswissen

In der SA umfasst das Handlungs- und Interventionswissen ein wachsendes Angebot an „Methoden", „Techniken" oder „Fertigkeiten". Dieser Wissenstyp wird nicht durch die wissenschaftliche Vorgehensweise produziert. Vielmehr sind es erprobte Planungs-, Handlungs- oder Auswertungshilfen, welche sich empirisch bewährt haben und sich zu einem Wirkungszusammenhang zusammenfügen haben lassen. In den meisten Fällen sind sie auf konstruierte Handlungs- oder Prozessverläufe ausgerichtet und funktionieren auch in entsprechenden Rahmenbedingungen kohärent. Demzufolge besteht das Handlungs- und Interventionswissen aus einem Repertoire von Handlungsvorschlägen unterschiedlicher Aufgabenbereiche für definierte Zwecke in einem dafür definierten Kontext. Unter diesen Bedingungen sind es Ideen über Bündel von Handlungsweisen, welche jedoch ähnlich wie Theorien das praktische Handeln nicht in seiner Ganzheit anleiten kann. Jede einzelne vorgelagerte Methode oder Technik muss der spezifischen Handlungssituation in der Praxis angepasst werden (vgl. ebd. :72).

3.6 Nationaler Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz

Der Berufskodex der Schweiz folgt den internationalen ethischen Richtlinien für die SA des International Federation of Social Workers (IFSW) – Definition von Sozialer Arbeit:
Die vorliegende Definition ersetzt die 1982 angenommene IFSW Definition betreffend professioneller SA. Sie betont die auf Dynamik und Entwicklung fördernden Aspekte der SA und wurde in der Gewissheit verabschiedet, dass keine Definition als vollumfänglich angesehen werden kann (vgl. Knoll Andreas. Professionelle Soziale Arbeit. 2010:227).
Nach mehrjährigem Diskussionsprozess wurde im Jahre 2000 die neue Definition von Sozialer Arbeit an der Konferenz der IFSW auf der Joint International Conference of International Associating of Schools of Social Work (IASSW) in Montreal verabschiedet. Im darauffolgenden Jahr wurde diese auch von der IASSW angenommen und kann deshalb als Dokument angesehen werden, welches sowohl von der Praxis der SA, wie auch von den Universitäten, Fachhochschulen und Fachschulen anerkannt ist (vgl. ebd. :227).

<u>Definition von Sozialer Arbeit</u>

„Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen, um ihr

Wohlbefinden zu heben. Unter Nutzung von Theorien menschlichen Verhaltens und sozialer Systeme vermittelt Soziale Arbeit am Punkt, an dem Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken. Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit für die Soziale Arbeit fundamental" (ebd. :228).

Kommentar

Die SA richtet sich in ihrer Unterschiedlichkeit stetig auf die mehrfachen, ineinander verflochtenen Wechselbeziehungen der Menschen untereinander und den sie umgebenden Faktoren. Ihr Ziel dabei ist, allen Menschen Möglichkeiten zu erschliessen, damit diese ihr Potenzial entwickeln können, ihr Leben bereichern und sozialen Einschränkungen vorbeugen können. Die Professionelle Soziale Arbeit fokussiert sich auf die Lösung von sozialen Problemen, wie auch der Veränderung von sozialen Verhältnissen. Infolgedessen wirkt die SA aktiv im sozialen Wandel innerhalb der Gesellschaft, wie auch innerhalb der Lebenswelten der Individuen, Familien und sozialen Organisationen ein (vgl. ebd. :228).

Werte

Dazu schreibt Knoll: „Soziale Arbeit entfaltet sich aus humanitären und demokratischen Idealen heraus und ihre Werte basieren auf dem Respekt vor der Gleichheit, Besonderheit und Würde aller Menschen. Seit ihren Anfängen vor über einem Jahrhundert konzentriert sich die Praxis Sozialer Arbeit auf menschliche Bedürfnisse und die Förderung individueller und kollektiver Handlungsfähigkeit zu deren Befriedigung. Die Menschenrechte und die Ideale sozialer Gerechtigkeit dienen als Motivation und Begründung des sozialberuflichen Handelns. Solidarisch mit denen, die benachteiligt sind, bemüht sich die Profession Armut zu lindern und Menschen aus Wehrlosigkeit und Unterdrückung zu lösen, um die soziale Integration zu fördern. Die nationalen und internationalen codes of ethics beinhalten diese Werte der Sozialen Arbeit" (ebd. :228-229).

Theorie

„Soziale Arbeit gründet ihre Methodologie auf einen durch Forschung und evaluierter Praxis reflektierten Bestand an abgesichertem Wissen, das jeweils zusammen mit stellenspezifischen und persönlichem Erfahrungswissen der konkreten Situation entsprechend präzisiert wird. Dieses Wissen bildet die Komplexität des Zusammenspiels vom „Mensch-Sein" und vom „Mensch-in-Gesellschaft-Sein" realistisch ab, genauso wie die Fähigkeit der Menschen von den mehrfachen Einwirkungen auf ihr Sein und dessen somato-psycho-sozialen Faktoren gleichzeitig betroffen zu sein und sie beeinflussen zu können. Die Profession Soziale Arbeit bezieht sich auf Theorien individueller Entwicklung und menschlichen Verhaltens sowie sozialer Systeme, um komplexe Situationen zu analysieren und um individuelle, organisationelle, soziale und kulturelle Veränderungen zu erleichtern" (ebd. :229).

Praxis

Soziale Arbeit wendet sich in seinem Wirken den Grenzen der Ungleichheit und Ungerechtigkeit zu, welche in der Gesellschaft vorkommen. Sie orientiert sich an Krisen und Notlagen, sowie an alltäglichen persönlichen und gesellschaftlichen Problemen. Soziale Arbeit setzt dabei auf fachliches Können und Wissen, welches versucht ihrer ganzheitlichen Sicht von den Menschen und deren Umfeld gerecht zu werden. Das Arbeitsspektrum der Sozialen Arbeit reicht von primär auf Individuen gerichtete psychosoziale Handlungen bis hin zur Teilnahme an sozialpolitischen Diskursen. Soziale Arbeit schliesst Beratung, stationäre Betreuung, die Arbeit mit Gruppen etc. mit ein, um den Menschen gesellschaftliche Dienstleistungen und Ressourcen zu erschliessen. In allen ihren Bemühungen versucht die Soziale Arbeit möglichst ganzheitlich zu handeln, und orientiert sich dabei an den unterschiedlichen Normen und Gesetzen der Länder und Epochen, wie auch daran was die kulturellen und sozioökonomischen Bedingungen zulassen (vgl. ebd. :229-230).

3.6.1 Kurzer Exkurs - Richtlinien des ethischen Beirats in der PDAG

Der ethische Beirat in der PDAG wurde mit dem Hintergrund gegründet, die vor cirka drei Jahren begonnen Enthospitalisierungsprozesse der Menschen auf den Langzeitstationen in der PDAG zu begleiten. Die Enthospitalisierungsprozesse wurden und sind durch die jeweiligen multiprofessionellen Teams der Stationen begleitet. In der anspruchsvollen Arbeit der Enthospitalisierungsprozesse, wollte man mit der Gründung des ethischen Beirats möglichen zukünftigen Konflikten ein „Instrument“ zur „Analyse“ des jeweiligen Falles zur Verfügung stellen. Der ethische Beirat orientiert sich am Leitbild der PDAG und an den vier bio-ethischen Prinzipien wie: „Gutes Tun“, „Schaden vermeiden“, „Autonomie“ und „Gerechtigkeit“. Im Wesentlichen stützt sich der ethische Beirat auf das Papier: „Ethische Grundlagen in der Sozialen Arbeit – Richtlinien für interdisziplinäre Behandlungsteam“ vom 20.07.2010.

Besteht innerhalb des Teams grundsätzlich Uneinigkeit über das eingeschlagene Behandlungsprocedere, so kann der ethische Beirat angerufen werden. Mit dem ethischen Beirat analysiert das Team den Sachverhalt und entwickelt Handlungsmöglichkeiten. Ziel der jeweiligen Prozesse ist es, dem Behandlungsteam wichtige Impulse zu geben, um die bestehende ethische Konfliktsituation aufzulösen und die Handlungsfähigkeit wieder herzustellen (vgl. Psychiatrische Dienste Aargau AG. Ethische Grundlagen für die Auslagerung von Patientinnen und Patienten der Departamente 2/Gerontopsychiatrie und 3/Rehabilitation).

3.7 Zentrale berufliche Anforderungen und Fähigkeiten in der professionellen Sozialen Arbeit im Kontext von Kliniken / Psychiatrien

Zur konkreten Darstellung der theoretischen Überlegungen und auf der Grundlage von empirischen Untersuchungen soll im Folgenden ein arbeits- und tätigkeitsfeldübergreifendes Modell vorgestellt werden, welches den Ansprüchen von Professionalisierung und professionellem Handeln in der SA dienen soll. Das Model ist in sechs Bereiche eingeteilt, welche jeweils möglichen, entsprechenden Handlungsalternativen zugeteilt wurden. Die Handlungsalternativen werden als Möglichkeit gesehen und nicht als zwingende Wahl. Vielmehr soll das Modell ein Spektrum von möglichem professionellem Handeln aufzeigen (vgl. Heiner Maja. Soziale Arbeit als Beruf. 2010:429).

Heiner Maja (2010) stellt das Rahmenmodell zur Analyse und Planung von professionellem Handeln in der SA folgendermassen vor:

Berufliche Anforderungen in der Sozialen Arbeit im gegebenen Kontext	**Erforderliche Kompetenzen: Fähigkeit der angemessenen Positionierung zwischen folgenden Polen möglicher Interventionen**
Reflektierte Parteilichkeit und hilfreiche Kontrolle In der Vermittlung zwischen Individuum und Gesellschaft	- Orientierung an gesellschaftlichen Anforderungen und individuellen Bedürfnissen - Hilfe und Kontrolle - Selbst- und Fremdbestimmung - Druck und Anreiz - Inklusion und Exklusion
Entwicklung realisierbarer und herausfordernder Ziele angesichts ungewisser Erfolgsaussichten In unterstrukturierten Tätigkeitsfeldern	- Offenheit und Strukturierung - Hohe und niedrige Anforderungen - Fern- und Nahziele - Leistungs- und Wirkungsziele - Prozess- und Ergebnisqualität
Aufgabenorientierte, partizipative Beziehungsgestaltung und begrenzte Hilfe in alltagsnahen Situationen	- Aufgaben- und Personenorientierung - Symmetrie und Asymmetrie der Beziehung - Flexibilität und Konsequenz - Verantwortungsübernahme und –übergabe - Zurückhaltung und Engagement - Nähe und Distanz
Interinstitutionelle/multiprofessionelle Kooperation bei unklarem und/oder umstrittenen beruflichen Profil	- eigenverantwortliche Fachlichkeit und abhängige Zuarbeit - Spezialisierung und umfassende Zuständigkeit - Aufgabenerledigung und –delegation - segmentäre und komplementäre Spezialisierung - Konsenssuche und Konfrontation - Profilierung und Zurückhaltung

Weiterentwicklung der institutionellen und infrastrukturellen Rahmenbedingungen Eines sozialstaatlichen abhängigen Berufes	- Gemeinwohl- und Organisationsinteresse - Organisations- und KlientInnen-interesse - Klienten- und systembezogene Arbeit - Innovation und Konsolidierung
Nutzung ganzheitlicher Deutungsmuster als Fundament entwicklungsoffener Problemlösungsansätze auf wissenschaftlicher Basis angesichts komplexer Problemlagen und der prinzipiellen Ergebnisungewissheit der meisten Interventionen	- generalisierende und spezifizierende Aussagen - lineare und zirkuläre Erklärungsmuster - klientInnen- und interventionsbezogene Reflexion - bedingungs- und personenbezogene Ursachenattribution - defizitbezogenes und ressourcenorientiertes KlientInnebild - erfahrungsbasierte Intuition, wissenschaftliche Fundierung und systematische Reflexion

(ebd. :430-431).

Im Modell wurden jedem Anforderungskomplex mögliche Handlungsmuster zugeordnet welche je nach beruflicher Anforderung geeignet sind. Die Kompetenzen wurden so aufgebaut, dass sie ein Spektrum von professionellem Handeln für die Fachkraft aufweisen. Welche genaue Position oder Mischverhältnis im Spektrum dabei die „richtige" ist, muss je nach Situation und Fall erarbeitet, entschieden und begründet werden. Um über die „richtige" Platzierung im Spektrum zu entscheiden drängen sich vor allem Planungs- und Reflexionskompetenzen beim professionellen in der SA auf, welche in der Umsetzung der Entscheidung in der Praxis, zu den Interaktions- und Kommunikationskompetenzen von Hilfe sind (vgl. ebd. :431-432).

3.8 Fazit

Im dritten Teil der vorliegenden Bachelor Thesis liegt der Fokus in der Heranführung zum Kernthema der vorliegenden Arbeit beginnend mit einer anfänglich allgemein gehaltenen Beschreibung der Handlungsfelder der SA. Darauf aufbauend folgt die SA im Kontext von psychiatrischen Kliniken und einige mögliche Schwerpunkte und Herausforderungen der SA. Weiterführend wird die SA in der PDAG aufgezeigt wie sie tatsächlich im multiprofessionellen Team integriert ist und wie sie darauf handelt. Darüber hinaus präsentiert sich die SA der PDAG aus ihrem Kompetenzen und Tätigkeitsbeschrieb, mit der Öffnung in Bereiche wo sie in Wirklichkeit Zuhause ist. Mit den Ausführungen zu relevantem Fachwissen im Bereich Abhängigkeiten, wird ein Vertiefungswissen aufgezeigt, welches wesentlich in der Zusammenarbeit mit Menschen mit einer Abhängigkeit ist, will man den Betroffenen den gerecht werden. Wo die SA in der PDAG tatsächlich steht wird im Behandlungsansatz gegenüber anderen Fachbereichen im IST-Zustand besonders gut dargestellt. Aufgrund von

diesen Erkenntnissen sieht sich die SA in der PDAG herausgefordert, ihr Mitwirken im Behandlungsprozess gegenüber dem Klientel und den anderen Fachbereichen zu verbessern. Wie die SA den Bedarf und ihr Können für die Praxis begründet, sind ein weiterer Bestandteil des dritten Teils mit dem Hintergrund der Wissenschaftlichkeit und der allgemeinen Wissensbestände in der SA, darauf ausführend der Miteinbezug des nationalen Berufskodex der SA, mit dem Hintergrund der Wichtigkeit in der Begründung, Orientierung und Entwicklung in der allgemeinen SA zu sich selber, den Klientinnen und Klienten, sowie den anderen Fachbereichen und Institutionen/Organisationen gegenüber. Den Abschluss bilden die allgemein gehaltenen Anforderungen der SA im Kontext von vergleichbaren Institutionen und darauf aufbauend die erforderlichen Kompetenzen des sozial Arbeitenden, will dieser sein Wirken in den sich aufdrängendem Bedarf angemessen einbringen und sich selber gegenüber in den unterschiedlichen Polen und Bereichen positionieren. Der dritte Teil soll die Basis der diversen Herausforderungen, Unklarheiten und Entwicklungsbedarfen in der SA der PDAG aufzeigen, welches vor allem aus der Erarbeitung des IST-Zustandes im Behandlungsansatz der PDAG herauskommt. Darauf zurückblickend soll im vierten Teil eine mögliche Anpassung im Wirkungsfeld und der Positionierung der SA in der PDAG gegenüber sich selber, wie auch in der Zusammenarbeit zu den anderen Fachbereichen angegangen werden.

4 Spezifische geforderte Aspekte in der Professionalisierung der Sozialen Arbeit in der PDAG

In denen in der Folge hervorgehobenen Aspekte einer möglichen Professionalisierung der SA geht es um eine Auswahl getroffener Schwerpunkte, welche sich aus den Erkenntnissen des Wirkens des sozial Arbeitenden im Kontext der PDAG ergeben haben, die sich aufdrängen verfolgt zu werden. Hierin werden auf Aspekte des Menschen als sozial Arbeitenden selbst, sowie auch auf verschiedene Fach- und Methoden Kompetenzen gleichermassen eingegangen. Das eine bedingt das andere und auch dabei wird versucht einer Ganzheitlichkeit gerecht zu werden. Die folgenden Hervorhebungen ergeben sich weiter aus dem Bedarf der SA im Kontext der PDAG nach vermehrter Abgrenzung und damit einhergehend einer eigenen „Spezialisierung“ und folglich Professionalisierung in seinen Kompetenzen anzustreben. Aufgrund der aktuellen Literatureinsicht und einer weit verbreiteten Einschätzung betreffend der Methodendiskussion in der Sozialen Arbeit zeigt sich, dass diese nicht zum besten steht. Bereits 1926 fasste Alice Salomon zusammen: „Aller Fortschritt der sozialen Fürsorge hängt nicht nur von den zu Gebote stehenden Mitteln ab, sondern mehr noch von den zu Gebote stehenden Kräften und Methoden der Arbeit“ (vgl. Galuske Michael 2009:20). Eine Aussage welche trotz des vorliegenden Zeitfensters immer noch seine Gültigkeit hat und deswegen in die aktuellen Überlegungen betreffend

Professionalisierung in der Sozialen Arbeit mit berücksichtigt werden sollte. Die nachfolgenden Gewichtungen bauen auf der Grundlage des Studiums einer Fachhochschule in Sozialer Arbeit auf, benötigen jedoch, um ihre vollständige Wissens- und Handlungskompetenz zu erreichen, ebenso der praktischen Vertiefung in diesem Bereich. Die weiterführende Erarbeitung hat zum Ziel, die sich aufdrängenden und erforderlichen Fach-, Methoden- und Sozialkompetenzen zu erfüllen, welches einem ganzheitlicheren sozialen Handeln und gleichwertigeren Zusammenarbeit mit den anderen Fachbereichen, vor allem den medizinischen und pflegerischen Fachbereichen gegenüber, in der PDAG und dem Abhängigkeitsdepartament, gerecht werden soll.

4.1 Das mögliche methodische Handeln in der Sozialen Arbeit

Um das Thema des methodischen Handelns zu eröffnen, soll eine Frage beigezogen werden, welche den Bedarf der vorliegenden Arbeit wiedergeben soll. Die Frage lautet: Welche Wege und/oder Vorgehensweisen soll der sozial Arbeitende einschlagen, um die Probleme und Anforderungen seines spezifischen Bereiches anzugehen? Mit möglichen (Handlungs-) Methoden aus der Sozialen Arbeit soll versucht werden Ordnung zu schaffen (vgl. Galuske 2009:14). Jedoch - was wird unter methodischem Handeln verstanden? Burkhard Müller formuliert methodisches Handeln folgendermassen: „Versteht man unter Methoden in einer vorläufigen Annäherung eine hilfreiche Unterstützung und Anleitung zum praktischen Arbeiten in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit, so steht im Zentrum der folgenden Ausführungen die „handwerkliche" Seite sozialpädagogischer Kompetenz. Wie die Schreinerin Säge, Feile, Bandschleife usw. gezielt bedienen muss, um einen alten Schrank zu restaurieren und der Arzt eine strategische Operationsplanung und chirurgische Techniken zu beherrschen hat (so hoffen wir jedenfalls von dem Eingriff), um einen Blinddarm sachgerecht zu entfernen, so muss auch der professionelle Sozialpädagoge über Strategien, Methoden und Techniken verfügen, wie er seine berufsspezifischen Themen und Problem angeht und bearbeitet" (ebd. :14).

Anders und etwas ausführlicher und spezifischer definiert Von Spiegel (2004) das methodische Handeln in der Sozialen Arbeit folgendermassen: „*Methodisches Handeln* bedeutet, die spezifischen Aufgaben und Probleme der Sozialen Arbeit situativ, eklektisch *und* strukturiert, kriteriengeleitet und reflexiv zu bearbeiten, wobei man sich an Charakteristika des beruflichen Handlungsfeldes sowie am wissenschaftlichen Vorgehen orientieren sollte. Die Auswahl der Interventionen sollte transparent und intersubjektiv überprüfbar sein und im Hinblick auf die spezifischen Aufgaben bzw. das Problem und in Koproduktion mit den Adressaten erfolgen. Fachkräfte sollten ihre Handlungen berufsethisch rechtfertigen, bezüglich ihrer fachlichen Plausibilität unter Zuhilfenahme wissenschaftlicher und erfahrungsbezogener Wissensbestände begründen und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit

bilanzieren“ (ebd. :118).

Von Spiegel (2004:118-119) differenziert und strukturiert die vorausgegangene Definition mittels Beizug von Regeln zum besseren Verständnis nochmals weiter.

Regeln im Fokus der Charakteristika des beruflichen Handlungsfeldes:

- sorgfältige Analyse der spezifischen Arbeitsaufträge und der eigenen Rolle im Bewusstsein der doppelten Verwiesenheit auf die Institution und die Lebenswelt der Adressatinnen sowie gesellschaftliche Definitionsprozesse von Hilfebedürftigkeit und gesellschaftsstrukturelle Hintergründe individueller Problemlagen
- multiperspektivische und dialogische (bzw. stellvertretende) Deutung von Situation, Motiven und Sinnkonstruktionen der Adressatinnen
- revidierbarer Entwurf begründeter Hypothesen über Beschaffenheit und Erklärungen der Situation bzw. des Problems im Prozess der Verständigung mit den Beteiligten
- Konstruktion von revidierbaren Wirkungszusammenhängen als hypothetische Kombination der (ausgehandelten) Problemdefinition und deren Erklärung, des angestrebten Zustandes (Zielsetzung) sowie der denkbaren Interventionen (inkl. Alternativen) und ihrer möglichen Folgewirkungen
- verantwortliche und professionelle Gestaltung der Aktivitäten in den verschiedenen Handlungsbereichen bei gleichzeitiger Achtung der Autonomie der Adressatinnen und deren Nutzenerwartung im Prozess der Koproduktion

Regeln im Fokus der wissenschaftlichen Vorgehensweise:

- explizite Offenlegung des Vorverständnisses und Erkenntnisinteresses (z.B. durch Hypothesenbildung zu „Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen“)
- kriteriengeleitete Erfassung von Wirklichkeit mithilfe konzeptioneller Raster
- Reflexion der individuellen Wertestandards durch Relationierung mit anderen Sichtweisen
- berufsethische Rechtfertigung der ausgehandelten Ziele und Interventionen
- fachliche Begründung der konstruierten Interventionen
- Dokumentation der Hypothesen und Interventionen als Grundlage für fachöffentliche Nachprüfbarkeit, Evaluation und gegebenenfalls Revision

Regeln im Fokus des institutionellen gestützten Einsatzes der „Person als Werkzeug“:

- reflektierter Einsatz der eigenen „Person als Werkzeug“
- verantwortliche Balancierung systematischer Fehlerquellen (Paradoxien) im Hinblick auf institutionelle Aufgaben und berufsethische Postulate
- (kritische) Akzeptanz der Organisation als Interpretations- und Entscheidungssystem
- Nutzung der institutionellen „Stützgerüste“ (z.B. Konzeption und Schlüsselprozesse)

Müller (220:725) beschreibt das methodische Handeln als ein Zusammenschluss von *Analyse-, Planungs- und Reflexionsstrategien*, welche helfen sollen, die

Informationsbearbeitungs- und Deutungsprozesse in jeweiligen Fallkonstruktionen besser zu strukturieren (vgl. Von Spiegel 2004:119).
Die Basis der Ausführungen zum „methodischen Handeln" sollen helfen, die weitere Konstruktion und Abgrenzung in der Professionalisierung der SA in der PDAG und im speziellen des Abhängigkeitsdepartament in eine „gewinnbringende" Richtung zu lenken.

4.2 Die eigene Person als wichtiges Arbeitsinstrument

Wenn berufliches Handeln durch Wissensbestände geleitet ist, welche Rolle kommt dann der beruflichen Haltung zu? Ein wesentlicher Faktor in der Untauglichkeit von gut entworfenen Methoden ist die Haltung und Umsetzung durch Menschen. Hinter jeder Handlung steht ein Mensch mit seiner ganz individuellen Haltung. Mensch und Haltung gehören zusammen – das darf beim Einsatz der „Person als Werkzeug" nicht unterschätzt oder vernachlässigt werden. Aufgrund dessen sind Fachkräfte aufgefordert, an ihrer beruflichen Haltung zu arbeiten (vgl. Von Spiegel. 2004:109).
In der reflexiven Arbeit zur beruflichen Haltung ist der Mensch in seinem Willen und seinen Fähigkeiten in der biographischen Selbstreflexion gefordert. Die Haltung alleine auf der Basis von Willen zu verändern ist nicht möglich. Insofern sollte in Gefässen wie Supervisionen, kollegialen Beratungen und allgemeinen Seminaren versucht werden daran zu arbeiten. Ohne Kenntnisse und Evaluation der eigenen Haltung ist es nicht möglich, zu einer reflektierten beruflichen Haltung zu finden. Folgende Aspekte zu einer Reflexion hebt Von Spiegel (2004:109-110) hervor:
Reflexion individueller Berufswahlmotive: Die Berufswahl Soziale Arbeit ist eine individuelle motivierte Wahl, was in der Folge darauf auch das Arbeitsfeld und die Zielgruppen mit beeinflusst. Es ist daher nahe liegend, dass sich das Individuum die Geschichte zur Entscheidung der Berufswahl vergegenwärtigt, um besser verstehen zu können, was reflektiert und teilweise auch verändert werden sollte (vgl. ebd.).
Reflexion individueller Wertestandards: Fachkräfte müssen sich bewusst sein, dass trotz ihrer Leistungen im Auftrages der „Normalisierungsarbeit", sie nicht das Mass aller Dinge sind. Fachkräfte handeln teilweise unter dem „engen" Verständnis, wie Menschen ihr Leben gestalten sollen. Aufgrund der möglichen Folgen von ihrem „Eingreifen" muss ihnen bewusster sein, dass Abweichungen von ihren eigenen Vorstellungen ihren Raum benötigen, ohne dabei handlungsunfähig zu sein (vgl. ebd.).
Reflexion in den Zuschreibungen von Schuld und Verantwortung: Fachkräfte müssen ein Sensorium dafür entwickeln, wo sie die Ursachen der Probleme sehen. Sucht der sozial Arbeitende vor allem nach Defiziten oder Ressourcen? Fachkräfte müssen ihre Wahrnehmung mit ihrem Wissen über Wechselwirkungen in gesellschaftlichen Situationen und individuellen Lebenslagen abgleichen, um mit diesem individuelle

Schuldzuschreibungen zu vermeiden (vgl. ebd.).

Einübung einer professionellen Distanz: Im Umgang mit Patientinnen und Patienten erschliessen sich Gefühle wie Sympathie oder Antipathie, Mitgefühl oder Aggressionen, welche mit eigenen Prägungen einhergehen. Fachkräfte müssen auch hier ihre eigenen Verstrickungen reflektieren, um auf diesen aufbauend, den individuellen Fall angemessen begleiten zu können. Fachkräften welche ihre Emotionen reflektieren können, gelingt es besser eine professionelle Distanz in herausfordernden Situationen einzunehmen und wenn nötig, die Fallbegleitung abzugeben (vgl. ebd.).

In der Orientierung an beruflichen Wertestandards für die Soziale Arbeit hebt Von Spiegel (2004:110-111) vier Standards hervor:

- Die *Achtung der Autonomie der Patientinnen und Patienten* – und mit diesem die berufliche Haltung, welches die Betroffenen als autonome Subjekte betrachtet, welche das Potential haben, ihr Leben selbstverantwortlich zu gestalten,
- eine *anerkennende Wertschätzung* in den Werten: eigene Bedürftigkeit, eigene Urteilsbindung und der eigenen Fähigkeiten von Betroffenen,
- die *Akzeptanz individueller Sinnkonstruktionen* im Hinblick auf Gleichberechtigung der Wirklichkeits- uns Sinnkonstruktionen von Patientinnen und Patienten,
- sowie einer *Ressourcenorientierung* in Bezug auf berufliche Haltung und der wiederholten Thematisierung und Analyse von Individualisierung und Stigmatisierung bei Betroffenen.

Erweiterte und entscheidende allgemeine Schlüsselkompetenzen in der Ausübung des Berufes Soziale Arbeit formulierten Schuler und Barthelme (1995), und zusammengefasst durch Cordes (1997, 80) folgendermassen:

- „*Neugier, Eigeninitiative und Interesse* am Lerngegenstand, an neuen Situationen und anderen Menschen
- *Kommunikationsfähigkeit* als Fähigkeit, auf andere Menschen zuzugehen in unterschiedlichen Rollen (z.B. als Kollegin, Freund, Ratsuchende oder Ratgebender)
- *Teamfähigkeit* als Fähigkeit, unterschiedliche Wissensbestände und Persönlichkeitsstile in den Gruppenprozess zu integrieren und sich im Sinne von Kooperations- und Koordinationsfähigkeit auf Arbeitsschritte und sinnvolle Arbeitsteilung zu einigen
- *Flexibilität* als Anpassungsfähigkeit an sich verändernde Situationen, Menschen und Aufgaben sowie Rollenflexibilität
- *Durchsetzungsfähigkeit* als Fähigkeit, mithilfe verschiedener Einflussnahmen eigene Ziele zu realisieren
- *ganzheitliches Denken* als Fähigkeit, Teilschritte einem Ganzen bzw. einem Ziel zuzuordnen“ (ebd.).

Es existieren noch weitere Themen und Kompetenzen bei welchen der professionell sozial Arbeitende gefordert ist, sich als wichtiges „Arbeitsinstrument" im Alltag einzubringen, und insofern nach einer „Vertiefung" verlangen würden. Jedoch würde dieses den Rahmen der vorliegenden Bachelor Thesis strapazieren, weshalb mit diesem vorerst abgeschlossen wird.

4.2.1 Ethische Reflexionskompetenz als wesentlichen Aspekt des professionellen Handelns

Was in der täglichen sozialen Arbeit als richtiges oder falsches Handeln bewertet wird, ist nicht immer einfach festzustellen. Für ein verbessertes soziales Arbeiten benötigt es eine reflektierende Urteilskraft, welche den Unterschied in konkreten Handlungssituationen bedeuten kann und dazu lauten: Moralische Kompetenz zur Verbindung von Moral und Ethik (vgl. Schmocker Beat. 2011:10).

Aus den letzten 130 Jahren bündelten die Dachverbände der International Federation of Social Workers (IFSW) und die International Association of Schools of Social Work (IASSW), die ethischen Grundsätze der Sozialen Arbeit heraus. Zentrale Merkmale des Menschen sein verweisen auf dessen Körperlichkeit, sowie seinen psychischen und sozialen Eigenschaften, dessen Grundstein natürlich ist. Schmocker (2011:10) beschreibt dazu weiter, dass „der Mensch aus Fleisch und Blut, der leidens-, lern- und wissensfähig, also verletzbar, letztlich sterblich, jedoch in der Lage ist, Beziehungen einzugehen und damit soziale Strukturen und Systeme zu schaffen, die ihn zwar vor seiner Verletzlichkeit schützen, von denen er in seiner Bedürfnisbefriedigung aber auch abhängig ist."

Soziale Strukturen und Systeme können demnach behindernde oder begünstigende Faktoren für den Menschen aufweisen. Demnach fokussiert die SA die Tatsache, dass nicht alle Menschen vor gleichen Bedingungen stehen und ihre Einflussnahme auf die umgebenden sozialen Strukturen gering sind, was wiederum kein Zustand des Wohlbefindens bedeutet, dass heisst, dass sich kein menschengerechtes Sein umsetzen lässt. Deshalb bezeichnet es die SA als zwingend, sozial- und menschgerechte Systeme und Strukturen einzufordern, ebenso die Etablierung von Menschenrechten als Lebensrecht gegenüber dem Gesetz. Somit liegt der Handlungsschwerpunkt der SA im sozialen Ort des Individuums oder Gruppe und dem Netz der interagierenden Menschen der Umgebung (vgl. ebd. :10-11).

Aus den ethischen Prinzipien von IFSW / IASSW ausgehend, legt Schmocker (2011:11) folgende „normative Eckdaten" für die SA fest:

- „Soziale Arbeit hat menschliches Leben begünstigenden sozialen Wandel, hilfreiche menschliche Beziehungen und Not abwendende Befreiung aus selbst- und fremdgesteuerten Zwängen zu fördern, weil sich damit menschgerechtes Sein („well-being") realisieren lässt."

- „Soziale Arbeit hat sowohl analytisch als auch handelnd eine dreiniveaunale Sichtweise anzuwenden, nämlich die gleichwertige und gleichzeitige Beachtung der gesellschaftlichen Systeme (Makroebene), der direkt umgebenden Sozialstrukturen (Mesoebene) sowie der realen Lebenssituationen der adressierten Individuen (Mikroebene)."
- „Soziale Arbeit hat die Sozialstrukturen, welche ihre AdressatInnen umgeben (...am Ort, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder – also ihre Mitmenschen und ihre Interaktionsstrukturen – aufeinander einwirken), ins Zentrum ihres methodischen Handelns zu stellen."
- „Soziale Arbeit hat als generelle Zielsetzung die schrittweise Realisierung sozialer (ausgleichender) Gerechtigkeit und die Verteidigung der Menschen- und Sozialrechte zu verfolgen."

Die aufgezählten „normativen Eckdaten" beeinflussen das ethische Denken und moralische Handeln, welches einerseits global alle Menschen und ihre Umfelder mit einbezieht und andererseits den einzelnen und seine unverwechselbare Handlungssituation bezüglich der Möglichkeiten gelingender Lebensführung in den Fokus nimmt (vgl. ebd. :11-12).

Moralische Kompetenz im Sinne der Sozialen Arbeit zu leben, meint aus dieser Grundhaltung heraus zu handeln. Damit ist gemeint, mit Einsicht und Besonnenheit in der täglichen Arbeit, sowie mit Entschlusskraft und Verantwortungsbewusstsein zu handeln. Sozial Arbeitende tragen Verantwortung für ihr Handeln. Im Sinne einer Verantwortungsethik gemäss Schmocker (2011:14) in der Sozialen Arbeit, umfasst dies die Verantwortung gegenüber,

- den Klientinnen und Klienten, in der Achtung der Menschenwürde, sowie dem Schutz und den Einforderungschancen der Menschenrechte,
- der Gesellschaft und somit der Verwirklichung von sozialer Gerechtigkeit,
- gegenüber den wissenschaftlichen Disziplinen, den Professionen und anderen Fachbereichen, in diesem der Verpflichtung zur interprofessionellen Kooperation und fachlichen Sorgfalt,
- der eigenen Profession gegenüber, bei der Pflicht der Weiterentwicklung der Diskurse und Wissens und der Achtung von beruflichen Standards,
- der eigenen Institution und den Auftraggebern gegenüber,
- und abschliessend der eigenen Person gegenüber, dies in den Bereichen der Qualifizierung, Fortbildung, berufliche Integrität, Identität und Leistungsfähigkeit (vgl. ebd. :14).

Der Berufskodex von AvenirSocial stellt eine Grundlage zur Verfügung, welche für die Praxis genutzt werden kann. Er kann auf der Basis der „moralischen Imperative" dazu beigezogen werden, das eigene berufliche Handeln zu reflektieren. In der Konsequenz daraus kann er

Orientierung und Sicherheit geben. Er kann zur Formierung von Berufsidentität und Bestätigung beitragen. Der Berufskodex von AvenirSocial ersetzt jedoch keine eigene Reflexion (vgl. ebd. :15).

4.3 Voraussetzungen für eine gelingende Multiprofessionelle Kooperation

Die Erwartungen welche die Teilnehmenden an die Kooperation binden sind mannigfaltig. Dabei finden diese auf den verschiedensten Ebenen und Formen zu ihrem Ausdruck und sind praktisch immer positiv umrahmt (vgl. Van Santen/Seckinger 2003:21).

Wohlwissend, dass Definitionen immer nur ein Versuch sind Begriffe zu klären, verstehen Van Santen und Seckinger unter *Kooperation:* „ein Verfahren – also keinen inhaltlich definierbaren Handlungsansatz der intendierten Zusammenarbeit, bei dem im Hinblick auf geteilte oder sich überschneidende Zielsetzungen durch Abstimmung der Beteiligten eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösungskompetenz angestrebt wird" (2003:29).

Kooperation ist ein anspruchsvolles Unterfangen und unter der Einhaltung bestimmter Verfahren, ein wirkungsvolles „Instrument", um komplexe Aufgabenstellungen zu bearbeiten. Aufgrund der anspruchsvollen Gegebenheiten von „Kooperation" stellt sich die Frage: welche Bedingungen erfüllt werden müssen oder können, damit diese umgesetzt werden kann (vgl. ebd. :424)?

1) Voraussetzungen auf der Ebene des Kooperationszusammenhangs:

Um eine gelingende Kooperation anzustreben muss unterschieden werden, dass diese zu unterschiedlichen Zeitpunkten, unterschiedliche Voraussetzungen erfordert. Die folgenden ausgewählten Faktoren beschreiben wichtige Aufgaben, welche in der Phase der Identitätsbildung und Selbstvergewisserung geklärt werde sollten.

a) Kooperation zu Beginn

- Zwischen den Teilnehmenden muss eine ausführliche Verständigung über gegenseitige Erwartungen, Ziele und Arbeitsformen vollzogen werden. Dabei werden Differenzen aufgezeigt, somit bearbeitbar und den weiteren Prozess nicht wesentlich störend.
- Die Kooperation ist im rechtlichen sowie in der Beziehung zueinander geklärt. Dieses schafft einen Beitrag zu Verbindlichkeit und Entwicklung innerhalb wie auch ausserhalb des Kontextes.
- Es gilt sich eine Übersicht über Ressourcen im Kooperationszusammenhang zu schaffen. Dabei werden Themen im Umgang mit Zeitfenster, Informationen und Eigenständigkeit etc. gleichermassen, wie die der jeweiligen Kompetenzen und Zuständigkeiten geklärt (vgl. ebd. :425).

b) während der Kooperation

- Das Schaffen von Vertrauen beschreibt einen wichtigen Moment in der Bildung von Kooperationsabläufen. Durch Vertrauen geschaffene Strukturen ermöglichen den Teilnehmenden ein gewisses Mass an Sicherheit zu gewinnen und Stabilität der Beziehungen in den Verlaufsprozessen. Vertrauen schafft Zuversicht in zukünftige Beziehungen und die möglichen Ergebnissen.
- Ein wichtiger Aspekt nimmt die personelle Kontinuität in den Kooperationen ein. Kontinuität erhöht die Einschätzbarkeit, fördert die Transparenz der Entscheidungen und Handlungen und schafft eine Vertrauensbildung.
- Es sollte sichergestellt sein, dass Informationen zu den Beteiligten finden, gesammelt, zur Kenntnis genommen und weitergeleitet werden (vgl. ebd. :425-426).

c) Beendigung der Kooperation

- Um negative Auswirkungen zu umgehen, sollten Strategien umgesetzt werden, welche eine Ergebnissicherung sichtbar machen und nicht der Eindruck entsteht viel zu arbeiten ohne sichtbare Resultate (vgl. ebd. :427).

2) Voraussetzungen auf der Ebene des Individuums in der Kooperation

- Für eine gelingende Kooperation sind vor allem die Bereitschaft und Fähigkeit des Individuums gefordert, insbesondere die Fähigkeiten der Kommunikation, Offenheit und der Empathie.
- Darüber hinaus Fach- und Methodenkompetenzen in allen Bereichen, zwischen denen kooperiert wird.
- Die Kooperationsziele, sowie die individuellen und fachlichen Ziele müssen gegeneinander anschlussfähig sein. Das Individuum sollte vom Nutzen einer Kooperation überzeugt sein, damit die Motivation zur Kooperation bestehen bleibt.
- Kooperierende Personen müssen über die notwendigen Arbeitsweisen, Handlungsmöglichkeiten, interne Organisations- und Abläufe, Personalressourcen, Handlungen allgemein, sowie der Zuständigkeiten der anderen Kooperationspartner informiert sein. Falsche Vorstellungen und Erwartungen haben in der Kooperation keinen Platz (vgl. ebd. :427).

3) Voraussetzungen auf der Ebene der Organisation in der Kooperation

- Die Ziele in der Kooperation müssen nicht nur mit denen des Individuum korrespondieren, sondern auch mit denen der Organisation.
- Kooperationsaktivitäten müssen organisational verankert sein, damit bei einem personellen Wechsel keine Beeinträchtigungen vorfallen.
- Der notwendige Zeitaufwand für die Kooperation ist Bestandteil der Arbeitszeit und wird den kooperierenden Parteien angerechnet.
- Ergebnisse aus Kooperationen sind zu akzeptieren und sollten für zukünftige

Entscheidungen oder Kooperationen beigezogen und berücksichtigt werden (vgl. ebd. : 427-428).

Abschliessend kann festgehalten werden, dass sich organisationelle, aus entsprechenden Kooperationsstrategien abgeleitete Unterstützungen der teilnehmenden Kooperationspartner geboten sein müssen. Nur so ist es für die Personen möglich, als ausgewählte VertreterInnen einer Organisation kompetent agieren zu können (vgl.. ebd. :428).

4.4 Klinische Sozialarbeit als Balanceakt zwischen Selbst- und Fremdbestimmung

In der folgenden Beschreibung soll versucht werden, die „klinische soziale Arbeit" als eine methodisch-professionelle eigenständige Praxis gegenüber anderen Fachbereichen aufzuzeigen. Die Abgrenzung drängt sich nach Haupert (2002) unter anderem deshalb auf, da im aktuellen fachlichen Diskurs die SA gegenüber anderen Fachbereichen nicht nur zu kurz kommt, sondern zunehmend unterminiert wird. Das Interesse gilt der Bestimmung der SA von innen heraus, wonach die Frage lauten könnte: was das „Klinische" an der SA sein könnte und worauf sich die Struktur des klinischen Handeln überhaupt bezieht. Eine solche Bestimmung könnte helfen, klinische SA im Kontext von Kliniken zu verorten und ihnen Eigenständigkeit zu geben (vgl. Dörr 2002:65).

Generell betrachtet bezieht sich die SA auf das *Soziale, auf Menschliches, auf Prozesse in der jeweiligen Lebensbewältigung und den damit verbundenen Herausforderungen.* In das Soziale Denken fallen Personen sowie Gruppen von Personen in der Fügung zur Gesellschaft oder Gemeinschaft (vgl. ebd. :66).

Die Merkmale klinischer Sozialarbeit drehen sich um das soziale Spektrum gesundheitlicher Fragen und ergänzen somit die somatische und psychologische Behandlung. Im Folgenden soll versucht werden einen Ausschnitt der Charakteristiken im Arbeitsfeld der klinischen Sozialarbeit aufzuzeigen (vgl. Schaub 2008:22).

- Klinische Sozialarbeit wird auch als *niederschwellige* Arbeit beschrieben. Sie soll auch Menschen erreichen, welche nicht von sich aus die Angebote des Krankheitsversorgungssystems aufsuchen würden. Sozial arbeiterisches Wirken findet somit auch im Lebensraum von Hilfesuchenden statt. Aufsuchende SA ist somit ein Teil des beruflichen Handelns und besitzt gleich dem ambulanten, teilambulanten und stationären Angebot einen gleichwertigen Rang (vgl. ebd. :22).
- Klinische Sozialarbeit ist *familienorientiert* und bringt folglich Aspekte von Gesundheit und Krankheit in Familien und/oder ähnlichen Lebensformen mit ein. Sozial agierende in diesem Bereich sind auf Auswirkungen sozialer Integration und Desintegration in Familien und insbesondere der „Erziehungsfähigkeit" von Familien sensibilisiert (vgl. ebd. :22).
- In Anbetracht der *chronischen* Erkrankungen, sowie anderen *chronifizierenden* Faktoren in den diversen Lebenslagen von Menschen, welche die Lebensqualität von Menschen

beeinflussen, nimmt die klinische Sozialarbeit neben der akuten, auch in der Langzeitbehandlung eine wichtige Beratung-, Betreuungs- und Begleitposition ein (vgl. ebd. :22).

- In der Praxis der klinischen Sozialarbeit geht es auch darum in Unterstützung von *Beratungsmodellen,* Lebenslagen von Betroffenen zu *Verstehen* und zu *Deuten,* um auf diesem Verständnis aufbauend, *sozial wirksame Interventionen*, in Unterstützung des Umfeldes anzugehen und umzusetzen (vgl. ebd. :23).
- Klinische Sozialarbeit basiert ihr Verständnis und ihr Handeln in der *ressourcenorientierten* Haltung. Somit orientiert sie sich weniger an den Defiziten des Betroffenen, als vielmehr an deren *persönlichen* und *sozialen Ressourcen,* um mit diesem die Aspekte der Selbsthilfe- und Selbstheilungspotenziale der Betroffenen zu erkennen, zu fördern und auszubauen (vgl. ebd. :23).
- Klinische Sozialarbeit verpflichtet sich der *Salutogenese* (Antonovsky, 1979; Antonovsky & Sourani, 1988). Die Salutogenese umschreibt kognitive, pragmatische und emotionale Faktoren, welche Menschen helfen sollen, vor allem Gesundheit zu erhalten und/oder wieder herzustellen (vgl. ebd. :23).
- Klinische Sozialarbeit verpflichtet sich zur *Kooperation* mit anderen Fachbereichen und Disziplinen im Sinne einer *integrierten-somatopsychosozialen-Grundversorgung.* Zu diesem gehört auch bei Bedarf die Delegation von Hilfesuchenden an andere Fachrichtungen oder Institutionen der Spezialversorgungen (vgl. ebd. :23).
- Klinische Sozialarbeit sieht sich als Spezialist in der *Teamarbeit* und nimmt darin die wichtige Aufgabe der *Koordinationsfunktion* als professioneller Kooperationspartner bewusst ein. Zum Wohle des Klientel suchen die sozial Arbeitenden die Nähe zu anderen Institutionen und Hilfesystemen. Aufgrund dessen sollten sozial Arbeitende mit den Aspekten der Teamarbeit, dem Kennen von Institutionen und des Sozialsystems, sowie auch des Bildungssystems vertraut sein, um diese bei Bedarf beizuziehen (vgl. ebd. :24).
- Klinische Sozialarbeit nimmt auch Einfluss auf die *Gesundheitsförderung.* Dabei übernimmt sie Vermittlungsaufgaben aus sozialarbeiterischer Sicht. Zudem verfolgt sie in diesem Bereich begünstigende Strukturen mit dem Ziel, entsprechende Ressourcen im Fokus der Gesundheit für eine gute Lebensführung bereit zu stellen (vgl. ebd. :24).

Die hier vorgelegte Darstellung von klinischer Sozialarbeit beansprucht keineswegs vollständig zu sein. Sie soll vielmehr aufzeigen, wo klinische Sozialarbeit ihr Verständnis und Handeln ansetzt. Es sind Bereiche benannt, welche keine klare Grenze zu anderen Fachbereichen vermitteln. Sie heben den Kooperationswunsch der klinischen Sozialarbeit hervor und damit die Wichtigkeit mit anderen Fachbereichen zusammenzuarbeiten (vgl. ebd. :24).

4.5 Soziales Netzwerk als Stärke der Sozialen Arbeit

Die Netzwerkarbeit verfolgt das primäre Ziel, die Soziale Arbeit wirksamer zu strukturieren. Mit der Netzwerkarbeit soll möglich gemacht werden, ein breites Spektrum an Hilfestellungen bereit zu stellen. Für eine Erweiterung der Hilfeangebote drängt sich die Schaffung eines „Netzes" auf. Nebst den professionellen Fachbereichen, bedeutet es auch für die hilfesuchenden Menschen eine Herausforderung, die für sich jeweils geeignete Hilfestellung herauszufiltern. Der AWO Bundesverband (2004) definiert soziales Netzwerk über folgende Aspekte:

- „wird fallunabhängig an dem Bedarf und Ressourcen des Sozialraumes orientiert geplant, - ist eine langfristige, gemeinsame Vorbereitung und Planung mit einer gemeinsamen Zielsetzung unterschiedlicher lokaler Akteure,
- ist die stärker institutionalisierte, strategisch angeleitete Zusammenarbeit verschiedener Partner
- ist das bestehende Versorgungsnetz, an dessen Weiterentwicklung gearbeitet wird" (vgl. Schaub 2008:95).

Galuske greift beim Versuch „soziale Netzwerkarbeit" zu definieren auf folgende Begrifflichkeiten und Zusammenstellung zurück: „Unter sozialer Netzwerkarbeit versteht man ein sozialpädagogisches Handlungsmodell, das aufbauend auf Methoden und Befunde der sozialen Netzwerkforschung durch die Analyse, Nutzung, Gestaltung und Ausweitung des Beziehungsgeflechts der Klienten zu Personen, Gruppen und Institutionen auf eine Optimierung ihrer Unterstützungsnetzwerke und damit auf die Stärkung ihrer Selbsthilfepotentiale abzielt und sich zu diesem Zweck unterschiedlichster Techniken der Analyse von Einflussnahme auf Klientennetzwerke bedient" (ebd. 2009:306).

Definitionen greifen auf einige Aspekte des Begriffes zurück, ohne diesem umfänglich gerecht zu werden. Deshalb sollen in der Folge einige Gesichtspunkte der „sozialen Netzwerkarbeit" aufgezeigt werden, welche für die konstruktiven Kooperationsprozesse behilflich sein sollen:

- *Interdisziplinäre und interinstitutionelle Vernetzung* kann dazu beitragen, dass die Arbeit unterschiedlicher Institutionen gegenseitig abgestimmt wird und somit voneinander profitiert werden kann.
- Dies kann zur Folge haben, dass sich die Unterstützungsangebote einer Region verdichten und transparenter werden, was für die *rat- und hilfesuchenden Menschen* eine Orientierung bedeuten könnte.
- Gegenseitige Vernetzung fördert die *Reflexion in den diversen Fachbereichen* der Institutionen, welches wiederum der Profilierung in der Öffentlichkeit dient.
- Betroffene sowie Professionelle können sich auf dieser Plattform selbst äussern und ihre Themen und Anliegen vertreten.

- Im Netzwerk werden mögliche *Kooperations-, Konzeptions- oder Koordinationsfragen* sichtbar.
- Ebenso kann in Netzwerken auf mögliche „Lücken" im Unterstützungsbereich hingewiesen werden. In Bezug auf diese „Lücken" kann versucht werden, mit veränderten oder entwickelten Konzepten neue Hilfestellungen anzubieten.
- *Bereitschaft* für die Zusammenarbeit gilt als Grundvoraussetzung in einer gelingenden Kooperation. Diese Bereitschaft sollte durch die institutionelle-ideologische und persönlich-professionelle Haltung getragen sein.
- Gute Kooperationen funktionieren dann, wenn die *eigene Arbeit kritisch geschätzt* wird und die Arbeit der anderen nicht entwertet wird. Auf dieser Grundlage kann ein *gemeinsames* und aufeinander abgestimmtes Handeln vollzogen werden.
- Die kooperierenden Personen sollen im *Auftrag der Institution* in die Netzwerkarbeit delegiert werden, in welcher *Einigkeit* über die *gemeinsamen Ziele der Netzwerkarbeit* gefunden werden sollten. Welches wiederum einen konstruktiven Einfluss auf die Kooperationsprozesse nehmen soll (vgl. Schaub 2009:96-97).

Für ein erfolgreiches Netzwerken ist von Wichtigkeit, dass bei der Planung die Zielsetzungen genau benannt sind. Für dieses drängt sich ein gemeinsamer Vertrag auf, an welchen sich die teilnehmenden Institutionen gebunden fühlen. Ferner sollten in den Abmachungen Etappen benannt sein, in welchen Teilziele erreicht werden sollen. Auf dieses zurückgreifend kann überprüft werden, ob die Teilziele erreicht wurden. Sollten die Teilziele nicht erreicht worden sein, gilt es zu analysieren was nicht gut gelaufen ist (vgl. ebd. :97).

Soziale Netzwerkarbeit hat, wie in anderen lebensweltnahen Methoden in der Sozialen Arbeit, vor allem die Herausforderung der Hilfe/Kontrolle – Thematik zu bedenken, da sie sich in ihrem Handeln nahe am Menschen bewegt und praktisch im „Handgepäck" den „Normalisierungsauftrag" der Öffentlichkeit mit sich trägt. Die soziale Netzwerkarbeit sagt einzig dazu: „Unsere Absicht ist es zu helfen, also machen wir das – und nichts anderes!" Weiter ausformuliert geben VertreterInnen der Netzwerkarbeit zur Antwort: Einzig einleuchtende und nachvollziehbare Handlungsprinzipien verfolgen zu wollen, welche in erster Linie den Subjektstatus des Klientel absichern sollen (vgl. Galuske 2009:315).

4.6 Die Entstehung des Dokument „Kurzassessment" zur Indikation des Bedarfes an Sozialer Arbeit

Den Anfang des Bedarfs an Sozialer Arbeit soll folgender Aspekt aus der „Verfassung der Weltgesundheitsorganisation" machen, welcher im Jahre 1946 veröffentlicht wurde:

„Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und *sozialen Wohlergehens* und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen

Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung" (vgl. Dällenbach & Sommerfeld 2010:2).

Soziale Arbeit hat ein Problem, nämlich die fortlaufende Unter- und Geringschätzung des Sozialen bzw. der Komplexität des Sozialen in einer individualisierten und individuumszentrierten Gesellschaft. Unser Alltag ist stetig in soziale Prozesse eingebettet, was diesen selbstverständlich erscheinen lässt, jedoch es nicht ist. Soziale Prozesse sind hoch komplex, dynamisch und nicht einfach zu beeinflussen. Damit die Soziale Arbeit ihren Sinn realisieren kann, muss die soziale Dimension in ihrer Vollständigkeit erfasst werden. Insofern stellt sich die Frage nach der Form der interprofessionellen Zusammenarbeit neu (vgl. ebd. :3).

Dällenbach & Sommerfeld heben den Bedarf an Sozialer Arbeit im Kontext von Psychiatrien folgendermassen hervor: „Mit der **Anerkennung sozialer Wirkfaktoren** für die Genese, die Ausprägung und den Verlauf psychischer Störungen ist die Beeinflussung des Umfeldes bzw. des Lebensführungssystems des psychisch kranken Menschen zentral geworden" (2010:4).

Somit drängt sich die Frage auf, welche Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit im Kontext von Psychiatrie verfügbar gemacht werden können, um vom Verhältnis zwischen Psychiatrie und Sozialer Arbeit vermehrten Nutzen zu ziehen? In einem Kooperationsprojekt zwischen der Fachhochschule Nordwestschweiz, der ipw Winterthur, den Psychiatrische Dienste Solothurner Spitäler AG, der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie Bern und der PUK Zürich, konnte das Verhältnis zwischen den Fachbereichen und dem Bedarf neu definiert werden (vgl. ebd. :6).

Es ging darum den Fragen nach zu gehen, das dynamische Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Erkrankungs- und Genesungsprozesse zum einen, sowie den Hilfeprozessen innerhalb der Institution zum anderen zu evaluieren, wobei möglichst gute Behandlungserfolge zu erzielen sind, damit verbunden die Anforderung, die Soziale Arbeit in ihrem Arbeitsfeld in der Psychiatrie verbessert zu integrieren (vgl. ebd. :7).

Dällenbach & Sommerfeld erarbeiten in ihrer Arbeitsfeldanalyse folgende wichtige Aspekte für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie:

- „Unterordnung der sozialen Dimension unter medizinisch-therapeutische Perspektive.
- Erfassung / Bearbeitung der sozialen Dimension erfolgt rudimentär.
- Kodierung der sozialen Dimension im Hinblick auf „Versorgungskette" anstatt auf „Integration" oder „Lebenswelt" (Verständnis unterkomplex).
- Fehlen eines eigenständigen und klar definierten Funktionsbereichs der Sozialen Arbeit.
- Kodierung der Sozialen Arbeit als „wertgeschätzte Hilfsfunktion".
- Soziale Arbeit und ihre Kompetenz wird von aussen kaum wahrgenommen" (ebd.

:11).

Die Soziale Arbeit in der Psychiatrie hat sich immer als Teil der interprofessionellen Zusammenarbeit gesehen. Diese Tatsache muss wieder in Erinnerung gerufen werden und vor dem Hintergrund neuer Kenntnisse, in Bezug auf die Strukturierung des Arbeitsfeldes Psychiatrie neu erfasst werden. Die Soziale Arbeit ist als Profession gewachsen, welche sich auf Integrationsprozesse spezialisiert hat und sich daher als kompetenter Partner im interprofessionellen Feld zur Bearbeitung von sozialen Dimensionen aufdrängt (vgl. ebd. :12).

Hauptziel des Projektes war es, an der Schnittstelle zwischen allgemeinen Therapien und der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie Fortschritte zu erzielen. Damit sollte eine qualitative Verbesserung in der „integrierten Versorgung" erschlossen, sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit verbessert werden. Daraufhin sollen auf den Ergebnissen der forschungsbasierten Teilnahme der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie und in der Zusammenarbeit zu anderen Fachbereichen *Instrumente* entwickelt werden, welche die Re-Integrationsprozesse der Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung optimieren würden (vgl. ebd. :13).

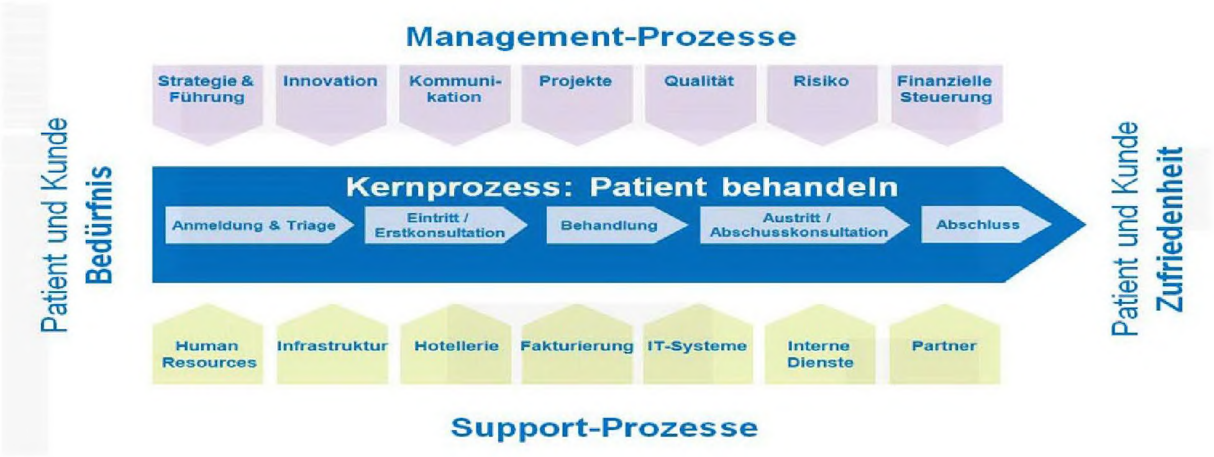
Folgende Entwicklungsperspektiven legen Dällenbach & Sommerfeld für die Praxis in Aussicht:

- „Ein geteiltes bio-psycho-soziales Krankheits- und Gesundheitsmodell,
- ein hinreichendes Verständnis der sozialen Dimension und daraus abgeleitet,
- eine klare Definition des Zuständigkeitsbereichs und der Angebote der Sozialen Arbeit,
- eigene an die professionelle Bearbeitung des Falls anschlussfähige Instrumente und Verfahren" (ebd. :13).

Um die möglichst frühzeitige Heranziehung der Sozialen Arbeit im Kontext von Psychiatrie zu ermöglichen, entstand aus dem Forschungsprojekt das Arbeitsinstrument **„Kurzassessment" zur Indikation der Sozialen Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie**, welches auch von anderen Fachbereichen der Psychiatrie durchgeführt werden kann (Dokument „Kurzassessment" der ipw - integrierte Psychiatrie Winterthur ist im Anhang abgelegt).

4.7 Klinik Informations System – PDAG

Ab Januar 2013 geht die PDAG mit ORBIS im Klinik Informations System (KIS) neue Wege in der Datenerfassung des Klientel. Weiter soll mit der Einführung von KIS der gesamte Ablauf in der PDAG neu organisiert und gesteuert werden. Wesentliches Ziel dieser Erneuerung sind die *Steigerung der Behandlungsqualität* und der *Zeitgewinn* für die direkte Arbeit am Klienten. In der Prozesslandkarte der PDAG kann das Spektrum des KIS für die PDAG und deren jeweilige Prozesse eingesehen werden:



Mit ORBIS soll im neuen KIS:

- alles rund um den Klienten verwaltet und überwacht werden können,
- die Krankheitsgeschichten des jeweiligen Klientel schnell und den Berechtigungen entsprechend eingesehen, bearbeitet und weitergegeben werden können,
- mit dem Ziel der besseren Diagnosestellung, um auf diesem Weg eine optimale Behandlung des Klientel zu ermöglichen. (ORBIS Kursunterlagen, sowie allgemeines Wissen aus Sozialdienst Sitzungen)

Der Sozialdienst der PDAG verfolgt für sich selbst im KIS/ORBIS einen gemeinsamen „Standard" der Einträge bei Verlaufsberichten. Ziel darin ist es, die basalen Fakten in den jeweiligen Prozessverläufen übersichtlich festzuhalten. Die Einträge sollten ein klares, verständliches und nachvollziehbares Ergebnisprotokoll erschliessen, welches für das eigene Handeln und der Kontrolle, sowie für die Einsicht der anderen Fachbereiche als Instrument dienen soll. Um dieses Ziel zu erreichen, verfolgt der Sozialdienst gemeinsame Standards in der Berichterstattung im KIS/ORBIS. Das Leistungsspektrum der Sozialen Arbeit in der PDAG wird im KIS/ORBIS unter bereits benannte Schwerpunkten angeboten die da lauten:

1) Arbeit und Beschäftigung
2) Finanzen
3) Wohnen
4) Sozialversichrungen
5) Psychosoziale Beratung und Betreuung
6) Vormundschaftliche Massnahmen

Die Arbeit mit dem KIS/ORBIS gilt als weiterer Schritt in der ganzheitlichen Professionalisierung der Abläufe, Informationen und in der Zusammenarbeit zum Klientel und den anderen Fachbereichen im multiprofessionellen Team der PDAG. (allgemeines Wissen aus Sozialdienst Sitzungen)

4.8 Beratung (-sozial)

Beratung stellt sich in der Regel als ganz einfach und zugleich als höchst kompliziert dar. Es stellt sich die Frage: was kann einfacher betrachtet werden als einem besorgten und interessierten Zuhörer von seinen Problemen zu berichten? Gleichzeitig vollziehen sich beim Erzählen und Zuhören wichtige Geschehnisse, nämlich das Erkennen und Erkannt werden, das Reflektieren und Agieren von Inhalten, welche Beratung schlussendlich so anspruchsvoll machen. Die Beziehung zwischen dem Hilfesuchenden und dem Berater, stellt sich demnach als komplex und weitgreifend dar. Die Bereiche, welche in einer Beratung zum Tragen kommen liegen nicht einzig im psychischen, sondern auch im körperlichen und werden unter anderem durch die Sprache, die Gedanken, Gefühle und Erinnerungen der Beteiligten zum Ausdruck gebracht (vgl. McLeod John. 2004:19).

Beratung ist nicht einzig etwas, was auf der Ebene zwischen zwei Menschen abläuft, vielmehr ist sie auch eine gesellschaftliche Komponente, welche in der Kultur der modernen Industriegesellschaft ihren Ursprung hat (vgl. ebd. :25).

Es folgt ein Versuch einer Definition von Burks & Stefflre (1979:14) über Beratung: „Beratung bezeichnet eine professionelle Beziehung zwischen einem ausgebildeten Berater und einem Klienten. Dabei handelt es sich für gewöhnlich um eine direkte Beziehung von Mensch zu Mensch, auch wenn manchmal mehr als zwei Personen daran beteiligt sein können. Eine Beratung soll dazu beitragen, dass Klienten ihre Einstellung bezüglich ihres Lebensraumes verstehen und klären und ihre selbst bestimmten Ziele durch sinnvolle und gut informierte Wahlprozesse und durch das Lösen von Problemen emotionaler oder interpersonaler Art erreichen können“ (vgl. ebd. :25).

Beratung hat ihren Ursprung im 20. Jahrhundert und hat in dieser Zeit eine schnelle Entwicklung durchlaufen, welche ein breites Spektrum unterschiedlicher Problem Zentrierungen umfasst (vgl. ebd. :26).

Ein weites Feld von Beratungsaktivitäten liegt im Bereich der Suchtbehandlung. Hierfür wurden Beratungsansätze entwickelt, welche die Betroffenen unterstützen mit ihren Problemen bezüglich der Alkohol- und Drogenabhängigkeit etc. umzugehen. An diesem Beispiel zeigt sich die gesellschaftliche Rolle deutlich, welche die beratende Person einnimmt. In der Suchberatung von Menschen im Bereich der illegalen Suchmittel muss sich der Berater an den gesetzlichen Vorgaben, wie auch der teilweise moralischen Verurteilungen durch die Gesellschaft orientieren und nach Lösungen suchen (vgl. ebd. :30).

<u>Mögliche Beratungsziele von McLeod:</u>

Einsicht: Sich einen Einblick in die Ursprünge und Entwicklungen der emotionalen Probleme zu erarbeiten, welche schlussendlich zu einer wachsenden Fähigkeit führen sollen, eigene Gefühle und Handlungen rational zu steuern.

Selbsterkenntnis: Sich den eigenen Gedanken und Gefühlen bewusster zu werden, welche bis zu diesem Zeitpunkt blockiert oder abgewehrt wurden oder eine bessere Wahrnehmung zu entwickeln, wie man von anderen wahrgenommen wird.
Selbstakzeptanz: Sich selbst gegenüber eine positive Haltung zu erarbeiten, welche durch die Fähigkeit geprägt ist zu lernen, ohne die Abwertung durch Selbstkritik oder Ablehnung.
Problemlösung: Gemeinsam an den Problemlösungsfähigkeiten arbeiten und im spezifischen Lösungen für ein Problem des Klienten finden.
Aneignung sozialer Fertigkeiten: Sich soziale und zwischenmenschliche Fähigkeiten erarbeiten, wie Dialoge führen, und im erweiterten sich selbst behaupten können ohne Aggressionen Raum geben zu müssen.
Verhaltensänderungen: Das Überarbeiten, Verbessern und/oder Ersetzen von Verhaltensmuster, welche durch Fehlanpassungen zustande gekommen sind.
Systemische Veränderungen: Anpassungen und/oder Veränderungen in den Funktionsweisen von sozialen Systemen, wie z.B. in Familien erarbeiten (vgl. ebd. :31).
Oftmals suchen Menschen in Übergangssituationen eine Beratung auf, dies kann in der Wechselzeit von der Kindheit ins Erwachsenenalter sein, von verheirateten Menschen bei einer Trennung oder auf der Suche nach Lösungswegen raus aus der Sucht. Bei einer Beratung dreht es sich auch immer um einen an der Gesellschaft orientierten Prozess, welcher die Anpassung an gesellschaftliche Normen anstrebt (vgl. ebd. :30).
Abschliessend soll festgehalten sein, dass die Definition von Beratung nicht einfach ist. Dies hat sicherlich auch damit zu tun, dass Beratung an vielen Orten tätig ist und zum anderen kann genau das für den Einzelnen erschwerend sein, sich aus dem breiten Angebot an Beratungen für die „richtige" Beratung zu entscheiden (vgl. ebd. :28).

4.8.1 Motivierende Gesprächsführung als wichtige Grundlage in der Beratung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung

„Motivational Interviewing" ist bereits aus den 80er und 90er Jahren bekannt, in welchen man sich mit den Fragen um die Motivation und des konstruktiven Umgangs mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung auseinander setzte. Was zeichnet dieses Konzept besonders aus? (vgl. Miller R. William, Rollnick Stephen. 1999:7)
Der Begriff „Motivierende Gesprächsführung" legt nahe, es sei möglich den Gesprächspartner zu „motivieren", und infolgedessen, auf diesen einzuwirken. Eine Einflussnahme ist zwar nicht ganz ausgeschlossen, jedoch entscheidet letztlich der Patient autonom, wie er handelt und welchen Einfluss die Fachkraft auf die Entscheidungen nehmen kann. Mit dem Begriff der „Gesprächsführung" verfolgt das Konzept nicht einzig ein „befragen", vielmehr ist die Absicht mittels gezielter Fragen und Interventionen, ein Gespräch voranzutreiben (vgl. ebd. :7).

Motivierende Gesprächsführung zeichnet sich als differenzierte klinische Methode aus. Sie baut ihr Konzept auf der Form mit Menschen umzugehen, welche von Respekt und Wertschätzung gegenüber der Sicht und Haltung des Gegenübers geprägt ist, und bietet auf diesem Hintergrund aufbauend, mannigfaltige Möglichkeiten Einfluss in die Behandlung der unterschiedlichen motivationalen Phasen zu nehmen (vgl. Kremer Georg, Schulz Michael. 2012:7).

Motivierende Gesprächsführung baut auf den Grundsätzen der Gesprächspsychotherapie, der kognitiven-behavioralen Verhaltenstherapie und der Kommunikationstherapie auf. Sie hebt die autonome Entscheidungsfähigkeit der Patientin/Patient hervor, und betont dabei, dass der Mensch gegenüber einer Verhaltensänderung nicht grundsätzlich motiviert oder unmotiviert ist, sondern ambivalent (vgl. ebd. :8).

Ebenso folgt die Motivierende Gesprächsführung dem Grundgedanken, dass Menschen für ihr Leben und somit für eventuelle Veränderungen selbst verantwortlich sind. Diese Tatsache, welche vielen Professionellen immer wieder bewusst gemacht wird, dient hier nicht einer Klage, sondern soll vielmehr zum ethischen Prinzip erhoben werden: „Professionelle Helferinnen und Helfer sind Begleiter eines Bewusstwerdungs- und Veränderungsprozesses, nicht Antreiber oder „Führer". Sie sind durchaus direktiv, aber nicht dirigierend. Sie sehen ihre Hauptaufgabe darin, ihr Wissen und ihre Energie zur Förderung der Eigenverantwortung der Betroffenen einzusetzen. Motivierende Gesprächsführung ist in diesem Sinne ein emanzipatorisches und autonomieförderndes Konzept" (ebd. :9).

Das Herzstück der motivierenden Gesprächsführung stellen die vier Basisprinzipien dar, welche dabei lauten:

Empathie ausdrücken, das heisst die Bereitschaft und Fähigkeit sich in andere Menschen hinein zu versetzen und kann als wesentlichstes Merkmal in der Motivierenden Gesprächsführung betrachtet werden. Empathie meint, die Gefühlslage, Sichtweise und Standpunkte des Gegenübers nachzuvollziehen, ohne diese zu bewerten oder zu kritisieren. Dabei meint Nachzuvollziehen nicht gleicher Meinung zu sein. Empathisch sein verfolgt vielmehr zu versuchen, die Haltung und Aussagen des Gegenübers so umfassend wie möglich zu begreifen. Zu diesen gehören auch eventuelle ambivalente Einstellungen des Gegenübers zu akzeptieren. Insofern gilt es Empathie als Hilfe für den Beratenden zu verstehen, welche diesem den Patienten näher bringt und es diesen unterstützt, sich selbst in seiner Eigenheiten besser zu akzeptieren (vgl. ebd. :38-39).

Diskrepanzen entwickeln verfolgt in der Motivierenden Gesprächsführung das Ziel, beim Patienten Veränderungsmotivationen zu stärken und Wege für eine mögliche Veränderung zu finden. Aufgrund dessen erscheint es wichtig, den Patienten nicht allein die Wahl von Inhalt, Richtung und Tempo in dem Gespräch zu überlassen. Vielmehr ist es wichtig, zu gegebenem Zeitpunkt Expertenwissen und wenn es sich aufdrängt, auch unangenehme

Realitäten zu benennen. Diskrepanzen zu entwickeln ist ein wesentlicher Faktor in der Motivierenden Gesprächsführung, gibt es doch dem Patientin/Patient die Möglichkeit in ihrer Selbstwahrnehmung Widersprüche zu entdecken. Dabei kann die Patientin/Patient feststellen, dass zwischen der aktuellen Situation und dem was sie sich früher einmal erhofft hatte, ein Unterschied besteht. Wenn Menschen sich Hilfe suchen, dann haben sie in der Regel eine Diskrepanz in ihrem Leben wahrgenommen. Aufgabe für den Beratenden ist es dabei, die Diskrepanz welche die Patientin/Patient in sich trägt bewusst zu machen und wenn nötig zu verstärken (vgl. ebd. :39-40).

Widerstand aufnehmen bedeutet, dass es vom Beratenden eine Überprüfung seiner Strategien erfordert. Widerstand ist ein Interaktionsphänomen. Wichtig erscheint hierbei, trotz des Widerstandes den Kontakt zum Patienten zu halten und auf „neuen" Wegen wieder heraus zu finden. Die Kraft des Widerstandes kann positiv genutzt werden, in dem sich der Beratende weder passiv noch aggressiv oder gekränkt verhält, sondern versucht das Thema um den Widerstand aktiv steuernd aufzunehmen. Widerstand ist das Problem des Beratenden und nicht des Patienten. Dem Patienten dient der Widerstand als Schutz. Darin gilt es eine Beweisführung zu vermeiden und nicht in eine Debatte zu verfallen. Oftmals entwickeln sich Beweisführungen, wenn Beratende versuchen nachzuweisen, dass ein bestimmtes Ausmass eines Problems einwandfrei vorliegt, Patienten dieses jedoch anders sehen. In der Motivierenden Gesprächsführung ist es nicht Aufgabe des Beratenden Lösungen zu finden, sondern den Patienten dahin zu bringen, wo dieser seine eigenen Lösungen und Antworten auf die Probleme findet. Hierin liegt die Aufgabe des Beratenden, den Patienten in Anerkennung seiner Eigenverantwortung Informationen und neue Perspektiven anzubieten (vgl. ebd. :42-43).

Selbstwirksamkeit fördern beinhaltet das Ziel, den Glauben an die eigenen Fähigkeiten zu stärken. Im Versuch Veränderungen anzugehen gilt der Glaube an die eigenen Fähigkeiten als wichtiges Kriterium. Wenn der Patient keine Hoffnung auf Erfolg und/oder Veränderung sieht, wenn er auf sich selbst wenig gibt, dann ist eine Veränderung seiner Lebenslage unwahrscheinlich. Ein wesentliches Ziel der Motivierenden Gesprächsführung ist demnach das Selbstvertrauen im Patienten zu stärken und diesen in die Lage zu versetzen sich selbst als jemanden wahrzunehmen, welcher mit Aufgaben, Problemen und Veränderungen umzugehen weiss. Aufgabe des Beratenden ist es weniger auf Defizite und Schwächen hinzuweisen, als vielmehr die Stärken und Ressourcen des Patienten in den Fokus zu legen. Ebenfalls sind die Entwicklung realistischer, adäquater und umsetzbare Ziele ein zentraler Faktor in der Selbstwirksamkeitsüberzeugung (vgl. ebd. :44).

4.9 Die nachgehende Fürsorge

Neuere Erkenntnisse zur Entwicklung und Aufrechterhaltung in der Suchtdynamik haben

gezeigt, dass Suchtbehandlung und die nachgehende Behandlung als ein differenzierter, flexibler und am individuellen Fall - Gesamtprozess betrachtet werden sollte. Insofern verlangen die unterschiedlichen Anforderungen eine Kombination von ambulanten und teilstationären Massnahmen. Somit zielt Nachsorge auf eine umfassende Teilhabe und Integration des suchtkranken Menschen und setzt wenn nötig auf eine sehr breite und gegebenenfalls früh einsetzende Unterstützung und Begleitung an (vgl. Bürkle 2004:7).
Die Effizienz der nachgehenden Fürsorge ist demnach immer stärker davon abhängig, wie gut es gelingt, betroffene Menschen in die Prozesse der sozialen wie auch beruflichen Lage zu integrieren. Aufgrund der aktuellen gesellschaftlichen, sozialen, sowie wirtschaftlichen Entwicklungen werden Integrationsbemühungen für betroffene Menschen immer wichtiger und in ihrer Umsetzung anspruchsvoller. Für einen langfristigen Erfolg in der Integration sind nicht einzig gelungene Psychotherapeutische Behandlungen entscheidend, sondern die Erhaltung oder den Neuaufbau von sozialen Netzwerken, die Teilhabe am kulturellen Leben und insbesondere die Integration ins Berufsleben (vgl. ebd. :14).
Beim Versuch den Begriff der „nachgehenden Fürsorge" zu klären, hebt das Institut für Therapieforschung folgende allgemein gehaltene Definition hervor: „Danach werden unter Nachsorge alle Massnahmen im Anschluss an eine Behandlung bezeichnet, die der Stabilisierung von zuvor veränderten Einstellungen oder Verhaltensweisen und der Reintegration in das soziale Umfeld dienen" (ebd. :14-15).
Demnach zeichnet sich für die „nachgehende Fürsorge" von betroffenen Menschen ein langwieriges und vielschichtiges Geschehen ab, dass sowohl auf die individuelle Situation, wie auch auf die Möglichkeiten und Fähigkeiten des betroffenen Menschen abgestimmt werden muss (vgl. ebd. :15).
Das Verständnis von Nachsorge orientiert sich weniger an einem linearen Therapieprozess, sondern versteht sich vielmehr als Phasen und Schwerpunkte in einem Hilfeprozess, welche zu einem Gesamtrehabilitationsprozess führen sollen. Somit kann folgende Aufzählung in unterschiedlichen Zeitphasen ihre Umsetzung finden: Stärkung der Motivation zu mehr Eigeninitiative und Verantwortung, Schaffung von Erfolgserlebnissen, Tagesstrukturierung, Krisenintervention, Rückfallprävention, Integration ins Berufs- oder Arbeitsleben etc. (vgl. ebd. :16).
Bürkle hebt folgende Hilfestellungen aus dem lebensweltzentrierten Behandlungsansatz hervor, welche vielfältig und anspruchsvoll sind und folgendes Spektrum umfassen:

- „die Sicherung und Stabilisierung des bisher erreichten Rehabilitationserfolgs durch weiterführende Beratung, Begleitung und therapeutische Angebote sowie Rückfallprävention und Kriseninterventionen;
- die Erweiterung des persönlichen Handlungsspielraums durch neue Konfliktstrategien, Stärkung der sozialen Kompetenz und der Festigung

lebenspraktischer Fähigkeiten;

- die soziale und berufliche (Wieder-) Eingliederung in Form von Arbeits- und Beschäftigungsprojekten, Wohnmöglichkeiten, Unterstützung beim Aufbau tragfähiger sozialer Netzwerke und bei einer sinnvollen Freizeitgestaltung, Schuldenregulierung;
- die Unterstützung bei der Suche nach der Sinnfrage" (ebd. :18).

Somit hängt ein langanhaltender Erfolg in der weiterführenden Behandlung mit dem Gelingen von integrativen Hilfen ab. Dabei soll in der Orientierung von integrativen Hilfen der Fokus auf das Individuum gelegt sein, mit den darin vorliegenden Bedarf, Schwerpunkten und Ressourcen. Im Mittelpunkt der Leistungen steht der Mensch bzw. Gruppen mit ihren ganz individuellen Hilfebedarf. Die Hilfen können gesammelt an einem Ort oder in Kooperation mit anderen Hilfesystemen umgesetzt werden (vgl. ebd. :18).

Wann genau die nachgehende Fürsorge ihren Anfang hat wird nicht genauer erläutert. Geht der nachgehenden Fürsorge ein Aufenthalt in einer Institution voraus, drängt es sich auf, diese bereits während dem Aufenthalt anzugehen. Welche Rolle die Familie und/oder die Bezugspersonen des Betroffenen dabei einnehmen ist von Fall zu Fall unterschiedlich. Wenn sich jedoch Familienmitglieder oder andere externe Bezugspersonen im Leben des Betroffenen befinden und Interesse besteht, erscheint es wichtig diese in den Behandlungsverlauf je nach individuellen Möglichkeiten und Bedarf miteinzubeziehen. Der Übergang in den Anschluss sollte geplant und fliessend vollzogen werden, gleich einer „Behandlungskette", mit der Möglichkeit flexibel auf Veränderungen zu reagieren ohne die „Behandlung" zu unterbrechen.

4.10 Fazit

Aspekte für eine geforderte Professionalisierung der Sozialen Arbeit in der PDAG sind einerseits im methodischen und fachlich kompetenten Handeln zu suchen, und andererseits in den individuellen, menschlichen Eigenschaften, welche jeder sozial Arbeitende mit sich bringt. Jede sozial Arbeitende Person bringt seine ganz persönlichen Erfahrungen, Werte und Normen in sein tägliches Wirkungsfeld mit hinein, nichtsdestotrotz gilt es das hervorgehobene „Basiswissen" in den ethischen Reflexionskompetenzen zu berücksichtigen. Hierin geht es um eine möglichste Objektivierung im Handeln der eigenen Person zu anderen, welches der Sozialen Arbeit eine wichtige gemeinsame Basis in der Kooperation zu anderen Fachbereichen, sowie dem Klientel ermöglichen soll. Professionalisierung erschliesst sich aus der Nutzung von bestehendem Wissen aus der Theorie und Praxis. Ohne dem Beizug von bestehenden Kenntnissen aus der Theorie und Forschung für die Soziale Arbeit, handelt diese nicht als vollständige Profession gegenüber anderen Fachbereichen und/oder dem Klientel, und schöpft folglich ihr mögliches Potenzial nicht aus.

Die hervorgehobenen Schwerpunkte für die geforderte Professionalisierung decken einigen Bedarf in der Sozialen Arbeit für die PDAG ab, sind jedoch nicht vollständig oder abgeschlossen. Sie geben einzig eine Orientierung im breiten Feld der Handlungsmaximen der Sozialen Arbeit, und soll als weiteren Schritt für die Professionalisierung betrachtet werden. Die Orientierung drängt sich auf, weil die Soziale Arbeit in der Zusammenarbeit zu anderen Fachbereichen nicht ihr ganzes „Potenzial" abruft. Mit dem Hintergrund des Bereichs Abhängigkeit in der vorliegenden Bachelor Thesis, soll auch auf spezifisches Fachwissen für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit hingewiesen werden. Einzig mit dem Hintergrund von Fachwissen, egal ob dieses bei einer psychischen Beeinträchtigung oder einer Demenz oder einer Abhängigkeit liegt, kann der sozial Arbeitende sich auf „Augenhöhe" zum Klientel und den anderen Fachbereichen in die „Auseinandersetzung" begeben. Jede Profession für sich strebt nach mehr Wissen, Kompetenzen und Verantwortung. Auch aufgrund von diesem gilt es genau zu prüfen, wo die Soziale Arbeit in der PDAG genau steht und wo sie hin finden kann. Diesbezüglich wurde im vierten Teil auf gemeinsame Instrumente hingewiesen, mit der Absicht den wichtigen Bedarf an Dokumentation für die eigene Profession, aber auch als wichtige in Bezugnahme des tatsächlichen Handeln der Sozialen Arbeit umgesetzt zu sehen.
Eine wichtige Stärke der Sozialen Arbeit liegt im vernetzten Denken und Handeln. Mit dem Hinweis auf „soziales Netzwerken" soll diesem Anspruch für die Soziale Arbeit Raum gegeben und auf den „Gewinn" für das Klientel und der Institution hingewiesen werden.
Zudem soll dem wichtigen Aspekt der Sozialberatung und deren präziseren Umsetzung Raum gegeben werden. Die Soziale Arbeit berät alle Personen in ihrem Wirkungsfeld mit dem Fokus auf den sozialen Dimensionen. Insofern gilt es diesem Handeln eine grosse Wichtigkeit beizumessen und sich gleichzeitig zu hinterfragen, auf welchem Grundwissen die Beratung umgesetzt wird. Mit der motivierenden Gesprächsführung wird ein weiteres Arbeitsinstrument hinzugezogen, welches in der Beratung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen als ein „Muss" unter Fachleuten bezeichnet wird. Abschliessend wird dem ebenso wichtigen Moment der nachgehenden Fürsorge Aufmerksamkeit geschenkt, mit der Absicht, der weiterführenden Behandlung und Vernetzung zum externen Hilfesystem ihre Wichtigkeit „zurück zu geben". Soziale Arbeit ist vielfältig, komplex und in höchstem Masse anspruchsvoll – will man den dass beste aus sich und seinem Handlungsfeld herausholen.

5 Abschliessende Erkenntnisse

Im Verlaufe der vorliegenden Bachelor Thesis (BT) wurden immer am Ende jedes Hauptkapitels die wesentlichen Erkenntnisse zusammengefasst und auf das nachfolgende Kapitel eingestimmt. Einen Schwerpunkt im abschliessenden Teil kommt der

Zusammenstellung eines möglichen oder geforderten SOLL-Zustandes der Sozialen Arbeit im Behandlungsverlauf der PDAG zu. Dabei werden die in der vorliegenden Arbeit herausgearbeiteten Schwerpunkte nochmals tabellarisch und übersichtlich dargestellt. Zudem werden wichtige Argumente für eine präsentere Soziale Arbeit im Behandlungsverlauf aufgezeigt und in die sich aufdrängende Entwicklung von Standardisierungen in der PDAG dargestellt. In den abschliessenden Erkenntnissen werden weiter die diversen gewonnen Erkenntnisse zusammengenommen und diskutiert, sowie die Fragestellung beantwortet. Zum Schluss wird ein Ausblick auf weiterführende Fragestellungen vorgenommen, sowie die vorliegende BT aus persönlicher Sicht reflektiert und kritisch gewürdigt.

5.1 SOLL – Zustand: Die Soziale Arbeit im Behandlungsverlauf

- in grüner Farbe, die SA in ihrem Wirkungsfeld des Prozessverlaufes des Klientel
- in roter Farbe, die „Korrekturen", „Anpassungen", „Verbesserungen" in der sich aufdrängenden Professionalisierung der SA

Zeit	*Schwerpunkte*	*Umsetzung Verantwortliche*	*„Korrekturen"*
Eintritt	Eintritt des Patienten Aufnahmegespräch Gemeinsame Behandlungsvereinbarung	Durch Assistenzärzte (AA), Pflege Durch Oberarzt (OA), AA, Psychologie, Pflege & bei Indikation Miteinbezug der SA	**Kurzassessment** = Dokument zur Indikation von Sozialer Arbeit im vorliegendem Fall. Durch dieses wird der Einbezug der SA geklärt und nachvollziehbar! siehe **4.6 BT**
Behandlung	Sozialanamnese Multiprofessionelle Zusammenarbeit zum Behandlungsteam an	Sozial Arbeitende klären den spezifischen Bedarf an sozialen Themen mit dem Klientel, Schwerpunkte der SA =Tätigkeitsbeschrieb Zusammenarbeit zu anderen Fachbereichen	**Dokument Sozialanamnese** =Sozial-Anamnese zur Prüfung der Lebenslage des Klientel aus Sicht der SA / siehe **4.6 BT** **Multiprofessionelle Kooperation** =mit dem Hintergrund der

	Rapporten, Visiten		Kooperationsarbeit / **siehe 4.3 BT**
	Kommunikation	Kommunikation zum Behandlungsteam	**Kommunikation** =Kommunikation ist klar, verständlich & nachvollziehbar
	Sozialberatung	Sozialberatung des Klientel durch SA betreffend aktueller Lebenslage	**Sozialberatung** =Beratung ist individuell & Situationsentsprechend ausgelegt / siehe **3.3.4, 4.2, 4.8 & 4.8.1 der BT**
	Dokumentation	Erbrachte Leistungen & Informationen fortlaufend im KIS/ORBIS erfassen	**Dokumentation** =Dokumentation ist klar, verständlich & nachvollziehbar / siehe **4.7 der BT**
Austritt	Austrittsplanung	Austrittsplanung Nachsorge einleiten und planen	**Austrittsplanung** =Nachsorge einleiten & planen / siehe **4.9 BT**
	Kommunikation	Im Behandlungsteam ist besprochen, wer – welche Abklärungen trifft & Informationen weiterleitet	**Kommunikation** =Kommunikation ist im multiprofessionellen Team bzg. Austrittsprocedere klar, verständlich & nachvollziehbar
	Vernetzung	Sind alle relevanten externen Personen über den geplanten Austritt informiert	**Vernetzung** =alle relevanten externen Bezugspersonen sind ins Austrittsprocedere mit einbezogen / siehe **4.9 BT**
	Dokumentation	Erbrachte Leistungen & Informationen fortlaufend im KIS/ORBIS erfassen & abschliessen	**Dokumentation** =Dokumentation ist klar, verständlich, nachvollziehbar & vollständig / siehe **4.7 der**

	Austritt des Patienten		BT

Die tabellarische Darstellung des SOLL-Zustandes soll dazu dienen, dem Leser die „veränderte" Position, Haltung, Schwerpunkte und das Handeln der SA im Behandlungsverlauf darzustellen. Die SA in der PDAG verfolgt für sich, sowie in der Kooperation zu den anderen Fachbereichen und dem Klientel eine Professionalisierung. Um dieser möglichen Entwicklung gerecht zu werden, ist die SA aufgefordert vor allem in ihrem eigenen Wirken kritisch zu prüfen, wie sie sich in ihrem Denken und Handeln den diversen Anforderungen stellt und wo nötigenfalls „Veränderungen" und/oder „Verbesserungen" angegangen werden können. Bei genauerer Betrachtung des Behandlungsverlaufes fällt auf, dass praktisch in allen Schwerpunkten der SA Verbesserungen möglich sind.

In der *Eintrittsphase* könnte mit dem Arbeitsinstrument *„Kurzassessment"* der Bedarf an SA auch durch andere Fachbereiche geprüft werden. Dadurch erfolgt der Einbezug der SA nachvollziehbar nach festgelegten Kriterien und kann bei einem festgelegten Bedarf demzufolge früher stattfinden.

In der *Behandlungsphase* des Klientel gilt es dann, mit einer auf die Bereichsbedarfe aktualisierten *„Sozialanamnese"* dem Klientel zu begegnen und diesen möglichst in seiner Lebenslage und Vernetzung zu Bezugspersonen wahrzunehmen. Hierbei sollte möglichst auf eine breite Betrachtungsweise des Falles geachtet werden, um nicht zu früh im Behandlungsverlauf eine eindimensionale Strategie zu verfolgen. Die gewonnenen Informationen sollen nach einer Prüfung durch den Fokus der SA ins Behandlungsteam getragen werden, um mit dem Klientel und den anderen Fachbereichen zu einem vertieften, gemeinsamen Verständnis im vorliegenden Fall zu finden. Aufbauend auf dieses Verständnis wird geklärt, wer welche Arbeiten am Fall übernimmt und weiter bringt. Dabei erweist sich eine klare, verständliche und nachvollziehbare *Kommunikation* als wichtiger Bestandteil im Behandlungsverlauf, um Missverständnisse und Ungenauigkeiten zu minimieren. Die fortlaufende *Beratung* des Klientel sollte möglichst dem Individuum und der Situation angepasst erfolgen. Betroffene gelangen zu mehr vertieften „Erkenntnissen" und „Veränderungen", wenn sie diese selbständig erlangen und die „Veränderungen" autonom angehen können. Die *Dokumentation* der fortlaufenden Erarbeitungen im Fall sollen klar, verständlich und nachvollziehbar festgehalten werden, einerseits zur eigenen Belegung und möglichen Prüfung, andererseits zur *Zusammenarbeit* mit den anderen Fachbereichen.

In der *Austrittsphase* liegt der Fokus in der geplanten *Nachsorge*. In dieser erscheint es wichtig, im Behandlungsteam genau zu prüfen und zu entscheiden wer welche Aufgaben in diesem abschliessenden Prozess übernimmt. Hierbei drängt sich auf, alle relevanten

externen Bezugspersonen, seien diese Familienangehörige, Gemeindevertreter, Mandatsträger, Institutionen und/oder andere Hilfesysteme in das Austrittsprocedere miteinzubeziehen. Das Austrittsprocedere liegt dabei in der Verantwortung einer Person und ist terminiert. Ebenso gehört in die Austrittsphase, dass alle gewonnen Informationen und Abmachungen in einem zentralen und für alle Fachbereiche zugänglichem Instrument festgehalten und abgeschlossen werden. Die SA steuert die Bearbeitung der sozialen Thematiken während dem gesamten Behandlungsverlauf und bietet bei Unsicherheiten innerhalb anderer Fachbereiche in Bezug auf Soziales, Hilfestellung.

5.2 Definierte Abläufe der Sozialen Arbeit in der PDAG standardisieren

Für die *Eintrittsphase* ist aus der Sicht der SA wesentlich, dass der individuelle Fall aus der Perspektive der SA beleuchtet wird. Dafür empfiehlt es sich, ein Instrument in den Behandlungsverlauf zu integrieren, welches durch die SA selbst oder einem anderen definierten Fachbereich umgesetzt werden könnte. Ein solches Instrument könnte das bereits ausgeführte „Kurzassessment" der ipw Winterthur sein, welches den Bedarf an SA bei betreffendem Fall objektiviert klärt. Eine zu diesem Zeitpunkt des Behandlungsverlaufes eingeführte „Standardisierung" würde sich auch deshalb aufdrängen, um möglichen Fehlerquoten entgegen zu wirken, im Sinne dass der Bedarf an SA bei vorliegendem Fall nicht aufgenommen wird. Damit wird den Betroffenen die Möglichkeit genommen, sich auch in den sozialen Dimensionen professionell beraten und begleiten zu lassen *(ausführlicher unter Punkt 4.6 der BT).*

In der *Behandlungsphase* verbringt das Klientel die meiste Zeit in der PDAG. Um dem Bedarf der SA nachzukommen, ist der erste anzugehende Schritt die Erfassung der Lebenslage des Klienten. Hierin bietet sich die Nutzung eines gemeinsam gehaltenen Arbeitsinstrumentes an, welches den Titel *„Sozialanamnese"* erhalten soll. Als weiterer Standard genutzt, bringt er für die SA Orientierung, Erklärung und somit Wissenschaftlichkeit für den vorliegenden Fall, sowie Überprüfbarkeit und Transparenz in der Kooperation zu den anderen Fachbereichen *(siehe Punkt 4.6 der BT, sowie der im Anhang abgelegten „Sozialanamnese").* Ebenso klärt sich in der Behandlungsphase der Bedarf an *Sozialberatung* und fortlaufenden Gesprächen. Für den Abhängigkeitsbereich sollte als gemeinsam genutztes Instrument das Wissen und die Umsetzung in der *Sozialberatung,* wie der *motivierenden Gesprächsführung* genutzt werden, um somit dem Klientel in seiner Lebenslage eine wichtige Unterstützung und Begleitung für den Aufenthalt zu geben, sowie als weitere Differenzierung und Ergänzung zu den anderen Fachbereichen Professionalität zu leben *(ergänzend siehe Punkt 4.2 & 4.2.1, sowie 4.8 & 4.8.1 der BT).* Für die *Dokumentation* der SA ist es ebenfalls wichtig, auf gemeinsam genutzte und gleich geführte Klientendaten und -informationen zurückzugreifen, folglich der Einführung von Standards für

alle Mitarbeitenden im Sozialdienst. Vorteile dafür lägen in der Transparenz, Nachvollziehbarkeit (für die anderen Fachbereiche), sowie der gemeinsam verfolgten Entwicklung der Dokumentation der SA in der PDAG *(ausgeführt unter Punkt 4.7 der BT)*.
In der *Austrittsphase* sollte der Schwerpunkt auf die *nachgehende Fürsorge* gelegt sein, hierin die Abklärung der externen Bezugspersonen des Klientel und seiner *Vernetzung* durch die fallführende Fachperson. Insofern drängt sich auch betreffend dieser Phase eine Standardisierung in Fragen zu Verantwortung, Koordination und Weiterleitung der Aufgaben bei vorliegendem Fall auf, um auch hierin der möglichen „Fehlerquoten" entgegen zu wirken *(ausführlicher unter Punkt 4.5 & 4.9 der BT)*.
Standardisiertes Vorgehen und Professionalisierung der Sozialen Arbeit sind unausweichlich miteinander verbunden. Damit sind nicht alle Handlungen der Sozialen Arbeit gemeint. Vielmehr geht es darum zu prüfen, bei welchen Handlungen auf gemeinsam geführte Instrumente zurückgegriffen werden kann, um mit diesem Vorgehen die Soziale Arbeit transparent und nachvollziehbar darzustellen. Von standardisiertem Vorgehen profitiert die Soziale Arbeit für ihr eigenes Verständnis, sowie das Handeln gegenüber dem Klientel und den anderen Fachbereichen.

5.3 Diskussion der Erkenntnisse und Beantwortung der Fragestellung

Wie in der Einleitung benannt, verfolgt die vorliegende BT eine Erarbeitung des tatsächlichen in der Praxis gelebten IST-Zustandes der Sozialen Arbeit der PDAG bis hin zu einem hypothetischen SOLL-Zustand. Die vorliegende Arbeit soll nach einer anfänglichen „Expandierung" des Themas zu einer „Verkleinerung", bzw. Fokussierung auf eine oder mehrere Erkenntnissen finden.
Sommerfeld & Hierlemann beleuchten die Herausforderung der Sozialen Arbeit in Psychiatrien folgendermassen: Wenn in der multiprofessionellen Zusammenarbeit tatsächliche Verbesserungen im Sinne der Behandlung von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung angedacht sind, dann gilt es diese intelligent zu gestalten. Intelligent in dem Sinne, dass die vorhandenen Kompetenzen sinnvoll aufeinander bezogen werden und durch ihre Koordination eine Qualitätssteigerung für den Fall erarbeitet werden kann. Multiprofessionelle Zusammenarbeit funktioniert nicht ohne weiteres, sie fordert vorerst zusätzliche Aufmerksamkeit, weil die Komplexität dadurch wesentlich gesteigert wird (vgl. ebd. in Rössler 2004:22).
Weiter heben Sommerfeld & Hierlemann für die Multiprofessionelle Zusammenarbeit folgende zu klärende Aspekte hervor: „Die Klärung der jeweiligen Kompetenzen (in der doppelten Bedeutung von Zuständigkeit und Fähigkeit) ist daher der entscheidende Schritt in Richtung auf eine intelligente Gestaltung der multiprofessionellen Zusammenarbeit im Hinblick auf eine qualitativ verbesserte Rehabilitation" (ebd. :23). Somit die Kompetenzen

und das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit, also das, was sie in die multiprofessionelle Kooperation einbringen kann, vorerst zu klären.
Die vorliegende Arbeit verfolgt auch das - die genauere Klärung der Kompetenzen und des Handlungsfeldes der Sozialen Arbeit in der PDAG, mit der Perspektive nach einer Aufwertung der Sozialen Arbeit und folglich der verbesserten Implementierung von dieser zum multiprofessionellen Team.
Mit der Fragestellung und der Beantwortung der vorliegenden BT soll der Kreis wieder geschlossen werden:

Wie gelingt es der Sozialen Arbeit im Kontext der PDAG durch seine Fachkenntnisse und Kompetenzen zu einem professionelleren Partner im multiprofessionellen Team zu wachsen? (Exemplarisch aus dem Bereich Abhängigkeiten in der PDAG)

Für die Beantwortung der Fragestellung wurden im ersten Teil der BT Kenntnisse über die Institution PDAG sowohl in ihrer geschichtlichen Entwicklung bis hin zur Gegenwart erarbeitet. Kenntnisse über die Institution sind für eine mögliche Veränderung wichtig, weil sie vorgeben was bereits vorhanden ist, wie diese aufgebaut ist und funktioniert, und wo möglicherweise der Bedarf liegt.
Im zweiten Teil wurde eine Expandierung in andere Erfahrungen und Kenntnisse in vergleichbaren Institutionen gemacht, mit der Absicht genau hinzuschauen, wie es der Sozialen Arbeit dort ergeht und welche Erkenntnisse sie aus der Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen ziehen.
Im dritten Teil wird der Fokus nochmals auf die PDAG gelegt, jedoch diesmal mit dem Schwerpunkt auf die aktuelle Situation der Sozialen Arbeit, ihrem Kompetenzfeld, dem IST-Zustand von dieser im Behandlungsverlauf und von möglichen „Mangelerscheinungen". Im weiteren wird auf allgemeine Wissensbestände in der Sozialen Arbeit eingegangen, sowie auf Kenntnisse von zentralen beruflichen Anforderungen für die Soziale Arbeit in Psychiatrien eingegangen.
Im vierten Teil werden Aussagen über geforderte Aspekte in der Professionalisierung der Sozialen Arbeit gemacht, welche sich aus dem erarbeiteten IST-Zustand hin zu einem SOLL-Zustand anbietet. Für die Professionalisierungsaspekte wird zum einen auf den Bedarf der Praxis eingegangen und zum anderen auf Erkenntnisse aus der Forschung und Theorie zurückgegriffen.
Im fünften Teil sollen nun die Kenntnisse zusammengenommen und die Fragestellung beantwortet werden. Im abschliessenden Teil wird unter anderem auf den Bedarf von Standardisierungen eingegangen, welche sich aus mehreren Gründen aufdrängen. Zum einen macht die Soziale Arbeit ihr Handeln aus der Sicht von Wissenschaftlichkeit

transparent, in dem sie auf gemeinsames methodisches Handeln zurückgreift und nicht jeder sozial Arbeitende etwas für sich selber umsetzt – dieses mehr oder weniger erfolgreich, eben sehr auf Personen bezogen. Sozial Arbeitende werden durch Standardisierungen „ersetzbar". Damit ist gemeint, dass die Handlungen von unterschiedlichen sozial Arbeitenden übernommen werden können, ohne dass dessen Handeln zu unterschiedlich ausfällt. Ebenso werden die Ergebnisse aus der Fallerarbeitung für die anderen Fachbereiche dadurch klarer und nachvollziehbarer.

Die Soziale Arbeit benötigt für eine Professionalisierung in ihrem Handlungsfeld Kernkompetenzen. Mit den gelegten Schwerpunkten im vierten Teil werden Aspekte hervorgehoben, welche erfüllt werden müssen, wenn die Soziale Arbeit in der PDAG eine Professionalisierung voranbringen will. Die Soziale Arbeit muss, wenn sie als Profession von den anderen Fachbereichen anerkannt werden will, die Kenntnisse aus der Forschung, Theorie und Praxis zusammenbringen und in der täglichen „Auseinandersetzung" umsetzen. Das Bachelor Studium versteht sich deshalb als Grundlage und Einstieg ins Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit. Je nach Wahl der Berufs- oder Vertiefungsrichtung im Feld der Sozialen Arbeit ist es von zentraler Bedeutung, weitere spezifische Fort- und Weiterbildungen zu besuchen, um dem Bedarf der aktuellen Entwicklungen in Institutionen und Organisationen gerecht zu werden. Ebenso ist es nahe liegend, dass ein persönliches und berufliches Weiterkommen immer an theoretische wie praktische Aneignungen und Vertiefungen geknüpft sind.

Das Fach- und Methodenwissen der sozial arbeitenden Person deckt die eine Seite des Bedarfs der Soziale Arbeit in der PDAG ab. Die Erwartungen an die Person selber und an ihre sozialen Kompetenzen setzt ebenfalls ein hohes Mass an Kenntnissen voraus. Die Aspekte der Erwartungen an die Person selbst werden ebenfalls ausführlich im vierten Teil unter dem Titel: „die eigene Person als wichtiges Arbeitsinstrument" und den „ethischen Reflexionskompetenzen für professionelles Handeln" beschrieben. Somit reichen Kenntnisse über die Erwartungen an den sozial Arbeitenden nicht aus, dieser muss auch in der Lage sein diese umzusetzen.

Dass die Soziale Arbeit in der PDAG die Professionalisierung von sich allein voran bringen kann ist nur eingeschränkt möglich. Das sich aufdrängende Veränderungspotenzial kann nicht einzig von einem Fachbereich wie der Sozialen Arbeit ausgehen. Die Einflussfaktoren welche die Institution mit ihren Strukturen und Hierarchien einnimmt sind schwergewichtig und können im Prozess einer Professionalisierung nicht umgangen werden. Das heisst, dass die Institution PDAG die Professionalisierung der Sozialen Arbeit und/oder andere Entwicklungen aktiv unterstützen müsste. Für die Soziale Arbeit bedeutet das, dass sie ihre Professionalisierung stetig und in Einbezug der Institution angehen muss, will sie erfolgreich sein. Eine moderne und professionell geführte Psychiatrie mit einem bio-psycho-sozialen

Behandlungsverständnis ist ohne eine kompetente, selbstsichere und implementierte Soziale Arbeit im multiprofessionellen Team unvollständig. Unvollständig gegenüber der Behandlung des Klientel, sowie in der multiprofessionellen Bearbeitung von Menschen mit Erkrankungen aus dem psychiatrischen Formenkreis.

5.4 Ein Ausblick auf weiterführende Fragestellungen

Eine weiterreichende Implementierung der Sozialen Arbeit in der PDAG im multiprofessionellen Team geht wie vorgängig bereits benannt, nicht losgelöst von der Institution. Insofern könnte eine weiterführende Fragestellung im Bereich der *„Organisationsentwicklung"* stattfinden, in welcher schwerpunktmässig Strukturen, Abläufe und Hierarchien bearbeitet werden.

Ebenso würde sich eine weiterreichende Erarbeitung der *„Kernkompetenzen"* der Sozialen Arbeit in der PDAG aufdrängen, dieses ebenfalls im Miteinbezug der Institution, sprich der Klinik Leitung, um sich so die *Legitimation* für die Professionalisierung von „oben" zu holen.

Eine weiterführende Fragestellung könnte auch im Zusammenhang mit einem möglichen oder geforderten *„Kulturwandel"* für eine Veränderung oder Mehrverantwortung der Sozialen Arbeit angegangen werden, worin es sich um Themen der *Rollen* und *Verantwortungen* drehen könnte.

Auf die Person bezogen stellten sich auch Fragen zur *beruflichen Identität* und/oder dem beruflichen Selbstbewusstsein, sowie der *Motivation*, das Geforderte auch umzusetzen.

5.5 Fazit und kritische Würdigung

Die Themenwahl zur vorliegenden Bachelor Thesis bot sich aufgrund den fortlaufenden Gesprächen und Diskussionen unter den sozial Arbeitenden im Sozialdienst der PDAG für mich auf. Ich wollte mich mit einem Thema nicht nur theoretisch auseinandersetzen, sondern mit einem welches mich alltäglich fordert. Ich wählte auch dieses Thema, weil ich mir davon eine Unterstützung für meine Erarbeitung durch die PDAG, dem Sozialdienst und besonders dem fachlichen Leiter des Sozialdienstes erhofft hatte. Insofern wurde ich nicht enttäuscht und erhielt Raum, Orientierung und wertvolle Rückmeldungen zum Thema meiner Bachelor Thesis. Mit der Wahl des Themas wollte ich vor allem dem Sozialdienst der PDAG zu einer „Erhellung" und „Sensibilisierung" beitragen. Das eigene Wirken, die Kompetenzen, sollten im Handlungsfeld der PDAG beschrieben und mit der vorliegenden Arbeit auch Möglichkeiten zur Weiterentwicklung aufgezeigt werden.

Die Wahl des Themas habe ich nie bereut. Nichtsdestotrotz erforderte die Erarbeitung der diversen Themen in der PDAG mein ganzes Geschick bezüglich Organisation, Vernetzung und Miteinbezug von diversen Mitarbeitenden der PDAG, inklusive der Klinik Leitung, um zu wichtigen Informationen in der Beschreibung der Strukturen, Organisation und speziell der

Sozialen Arbeit in der PDAG zu finden. Die Literaturrecherche betreffend meiner Themenwahl stellte sich in den meisten Bereichen als breit und tiefgehend dar. Im Bereich der Professionalisierung der SA in Psychiatrien war es schwieriger zu aktuellen Fragen, Erarbeitungen und Antworten - Treffendes in der Literaturlandschaft zu finden. Der Fokus lag dabei meistens in der direkten Klienten Arbeit und weniger in der Kooperation zu anderen Fachbereichen der Psychiatrie. Eine von vielen Erkenntnissen welche ich aus der Erarbeitung des Themas mitnehme ist diejenige, dass die Literaturwahl und darin die Vertiefung einen wesentlichen Punkt in der Bearbeitung einnehmen. Aufgrund dessen würde ich zukünftig die Literaturwahl noch differenzierter angehen, um noch gezielter meiner Fragestellung nachzugehen. In Bereichen wo ich in der Erarbeitung der Bachelor Thesis nicht mehr weiter wusste, wendete ich mich wiederholt an meine beiden Begleitpersonen, welche mich nicht enttäuschten und mit deren Unterstützung ich immer aus der „Sackgasse" finden konnte.

Mit der Erarbeitung meiner Bachelor Thesis und den darin „ausgelösten" Forderungen in Sachen Kompetenzen und Ressourcen der Sozialen Arbeit im Behandlungsverlauf in der PDAG, gelang mir vor allem eine vertiefte Auseinandersetzung, sowie diverse Hinweise auf einen nicht umfänglich genutzten Fachbereich. Die Soziale Arbeit kann im Behandlungsverlauf des Klientel und der Kooperation zum multiprofessionellen Team, sowie der PDAG allgemein definitiv noch an Profil zulegen. Sich von der Erarbeitung der Bachelor Thesis und den Erkenntnissen daraus mehr zu erhoffen erscheint zu diesem Zeitpunkt unrealistisch. Die PDAG ist eine medizinisch dominierte Institution, welche stark hierarchisch geführt wird. Die Soziale Arbeit ist eine kleine Organisationseinheit, nimmt jedoch eine von den meisten anderen Fachbereichen anerkannte wichtige Rolle im Behandlungsverlauf des Klientel und der Kooperation zum multiprofessionellen Team ein. Anzurechnen ist auch dass die Soziale Arbeit durch den fachlichen Leiter in wichtigen Gremien wie z.B. der Klinikleitung vertreten ist. Insofern wird sich die Soziale Arbeit auch zukünftig in den Themen der Sozialen Arbeit für das Klientel und in der Unterstützung der anderen Fachbereichen in den sozialen Dimensionen einsetzen.

6 Literatur- und Quellenverzeichnis

Bücher und Sammelwerke

- Balz Hans-Jürgen, Spiess Erika (2009). Kooperation in sozialen Organisationen. Grundlagen und Instrumente der Teamarbeit. Stuttgart. Verlag W. Kohlhammer.
- Becker-Lenz Roland, Müller Silke (2009). Der Professionelle Habitus in der Sozialen Arbeit. Grundlagen eines Professionsideals. Bern. Verlag Peter Lang.
- Bosshard Marianne, Ebert Ursula, Lazarus Horst (2010). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Bonn. Psychiatrie Verlag.

- Bürkle Stefan (2004). Nachsorge in der Suchthilfe. Freiburg im Breisgau. Lambertus-Verlag.
- Bütow Birgit, Chassè Karl August, Hirt Rainer (2008). Soziale Arbeit nach dem Sozialpädagogischen Jahrhundert. Positionsbestimmungen Sozialer Arbeit im Post-Wohlfahrtsstaat. Opladen & Farmington Hills. Verlag Barbara Budrich.
- Carlin Andreas, Haas Nadine, Räth Martin (2008). Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Psychiatrie. Eine Forschungsarbeit über die Funktion der Sozialarbeit in der Interdisziplinären Zusammenarbeit. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Hochschule Luzern. Soziale Arbeit.
- Dällenbach Regula, Sommerfeld Peter (2010). Integrierte psychiatrische Behandlung: Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit. Institut für Professionsforschung und kooperative Wissensbildung (IPW). FHNW/HSA.
- Dörr Margret (2002). Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse. Hohengehren. Schneider Verlag.
- Fachlexikon der Sozialen Arbeit (2011). Baden-Baden. Nomos Verlagsgesellschaft.
- Fischer Jörg, Koselleck Tobias (2013). Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen. Weinheim & Basel. Beltz Juventa.
- Fritze Agnès, Maelicke Bernd, Uebelhart (2011). Management und Systementwicklung in der Sozialen Arbeit. Baden-Baden. Nomos Verlagsgesellschaft.
- Fritze Agnès, Götz Erika, Kaegi Urs, Merten Ueli, Schumacher Marcello (2012). Weiterentwicklungsprojekt Bachelorstudium HSA FHNW ab HS 2013. Neukonzeption BA10: Grundlagen der professionellen Kooperation.
- Gahleitner Silke, Hahn Gernot (2008). Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. Bonn. Psychiatrie Verlag.
- Galuske Michael (2009). Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim & München. Juventa Verlag.
- Glasl Friedrich, Kalcher Trude, Piber Hannes (2011). Professionelle Prozessberatung. Das Trigon-Modell der sieben OE-Basisprozesse. Haupt Verlag.
- Heiner Maja (2010). Soziale Arbeit als Beruf. Fälle – Felder – Fähigkeiten. München, Basel. Reinhardt Verlag.
- Heiner Maja (2004). Professionalität in der Sozialen Arbeit. Theoretische Konzepte, Modelle und empirische Perspektiven. Stuttgart. Verlag W. Kohlhammer.
- Heite Catrin (2008). Soziale Arbeit im Kampf um Anerkennung. Professionstheoretische Perspektiven. Weinheim & München. Juventa Verlag.
- Hofer Karina (2007). Professionalität in der Sozialen Arbeit. Ein vergleich ausgewählter Professionalitätsmodelle mit dem Ziel der Herausarbeitung

gemeinsamer Merkmale von Professionalität. Unveröffentlichte Bachelor-Thesis. Fachhochschule Nordwestschweiz – Hochschule für Soziale Arbeit. Studienrichtung Sozialpädagogik. Olten.

- Höhener Liliana (2011). Das Phänomen der Professionellen Beziehung. Kennzeichen und Gestaltung der professionellen Beziehung in der Sozialarbeit im Kontext der öffentlichen Sozialhilfe. Unveröffentlichte Bachelor-Thesis. Fachhochschule Nordwestschweiz – Hochschule für Soziale Arbeit. Olten.
- Knoll Andreas (2000). Sozialarbeit in der Psychiatrie. Von der Fürsorge zur Sozialtherapie. Opladen. Leske & Budrich.
- Knoll Andreas (2010). Professionelle Soziale Arbeit. Professionstheorie zur Einführung und Auffrischung. Freiburg im Breisgau. Lambertus Verlag.
- Kottler Anna (2004. Psychosoziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit. Bedarf und Kompetenzen. Weinheim. Jacobs Verlag.
- Kremer Georg, Schulz Michael (2012). Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie. Bonn. Psychiatrie Verlag.
- Kricheldorff Cornelia, Becker Martin, Schwab E. Jürgen (2012). Handlungsfeldorientierung in der Sozialen Arbeit. Stuttgart. Kohlhammer Verlag.
- McLeod John (2004). Counselling – eine Einführung in die Beratung. Tübingen. Dgvt-Verlag.
- Miller R. William, Rollnick Stephen (2004). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau. Lambertus Verlag.
- Miller R. William, Rollnick Stephen (1999). Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg im Breisgau. Lambertus Verlag.
- Möller Hans-Jürgen, Laux Gerd, Deister Arno (2001). Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart. Georg Thieme Verlag.
- Pantucek Peter (2009). Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. Wien. Böhlau Verlag.
- Reinicke Peter (2008). Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Geschichte, Dokumente, Lebensbilder. Berlin. Eigenverlag des Deutschen Vereins.
- Rössler Wulf (2004). Psychiatrische Rehabilitation. Berlin. Springer Verlag.
- Rüegger Cornelia (2009). Soziale Diagnostik als Teil der professionellen Rationalität Sozialer Arbeit. Skizzierung eines Orientierungsrahmens einer eigenständigen integrativen sozialen Diagnostik. Bachelor-Thesis. Fachhochschule Nordwestschweiz – Hochschule für Soziale Arbeit. Bern. Edition Soziothek.
- Schaub Heinz-Alex (2008). Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung. Göttingen. V & R unipress.

- Van Santen Eric, Seckinger Mike (2003). Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. München. Verlag Deutsches Jugendinstitut.
- Von Spiegel Hiltrud (2004). Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. München. Ernst Reinhardt Verlag.

Zeitschriften

- AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Professionelle Soziale Arbeit Schweiz. Bern.
- Güdel Heike (2013). Suchtarbeit auf dem Sozialdienst. In: Suchtmagazin (2013) (5). S. 37 – 40.
- Schmocker Beat (2011). Kriterien für berufsethische Urteilskraft und moralische Kompetenzen. In: SozialAktuell (2011). Die Fachzeitschrift für Soziale Arbeit. 43. Jg. (3). S. 10 - 15.

Grundlagen Dokumente der PDAG

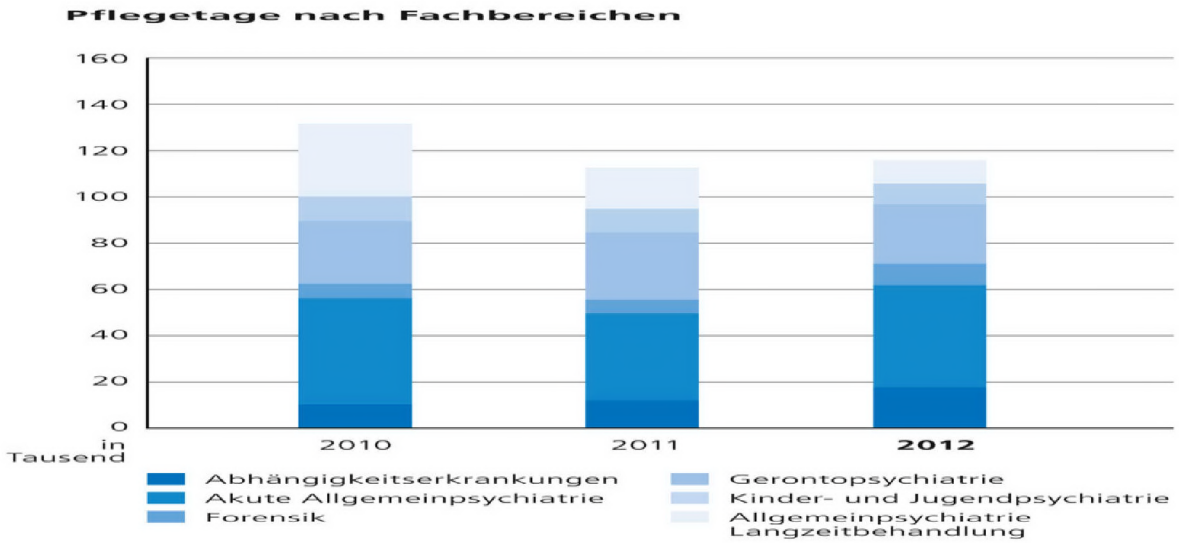
- Buchs Otto (2002). 1530-2013. Königsfelden im Wandel der Zeit. Eine Zusammenfassung der über 480-jährigen Psychiatriegeschichte und deren Entwicklung. Persönliche Arbeit in der PDAG als Leiter des Psychiatrie Museum.
- Buchs Otto (2010). Familienpflege, eine sozialpsychiatrische Idee der damaligen Zeit! Persönliche Arbeit in der PDAG als Leiter des Psychiatrie Museum.
- Psychiatrische Dienste Aargau AG (2012). Geschäftsbericht. Effingerhof AG Brugg. Psychiatrische Dienste Aargau AG, Windisch.
- Psychiatrische Dienste Aargau AG (2012). Unternehmensstrategie. PDAG in Kürze. Psychiatrische Dienste Aargau AG, Windisch.
- Psychiatrische Dienste Aargau AG. http://www.pdag.ch . [Zugriff am 18.11.2013]

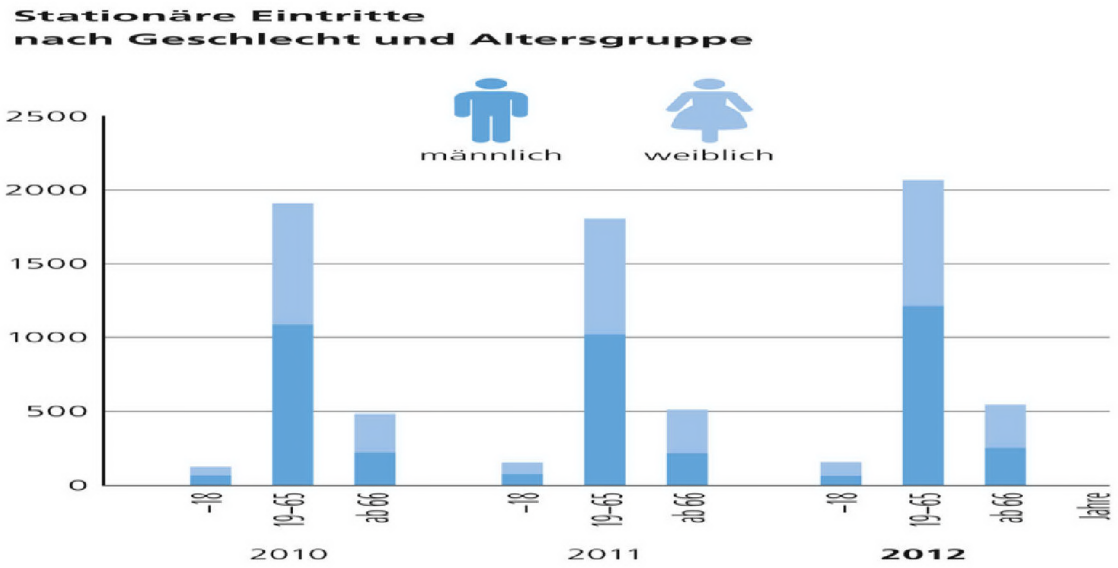
Elektronische Quellen

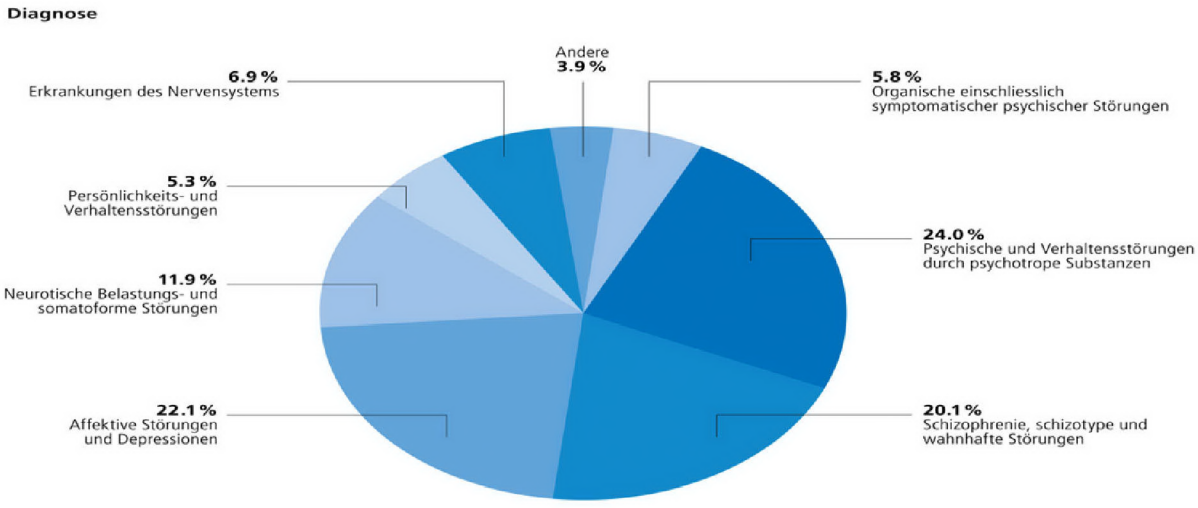
- Grafik Matrixorganisation. http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/matrixorganisation.html. [Zugriff am 06.10.2013]
- PDAG. http://www.pdag.ch/patienten-angehoerige/angebot-erwachsene-stationaer/sozialdienst/ [Zugriff am 11.11.2013]
- Projektmanagement. Definitionen, Einführungen und Vorlagen. http://projektmanagement-definitionen.de/glossar/matrixorganisation/. [Zugriff am 06.10.2013]

- Psychiatrische Dienste Aargau AG. Sozialdienst. Internetseite. http://www.pdag.ch. [Zugriff am 05.11.2013]
- Psychiatrische Dienste Aargau AG. Ethische Grundlagen für die Auslagerung von Patientinnen und Patienten der Departamente 2/Gerontopsychiatrie und 3/Rehabilitation. http://pagsaa1002/intranet/. [Zugriffsdatum: 25.10.2013]

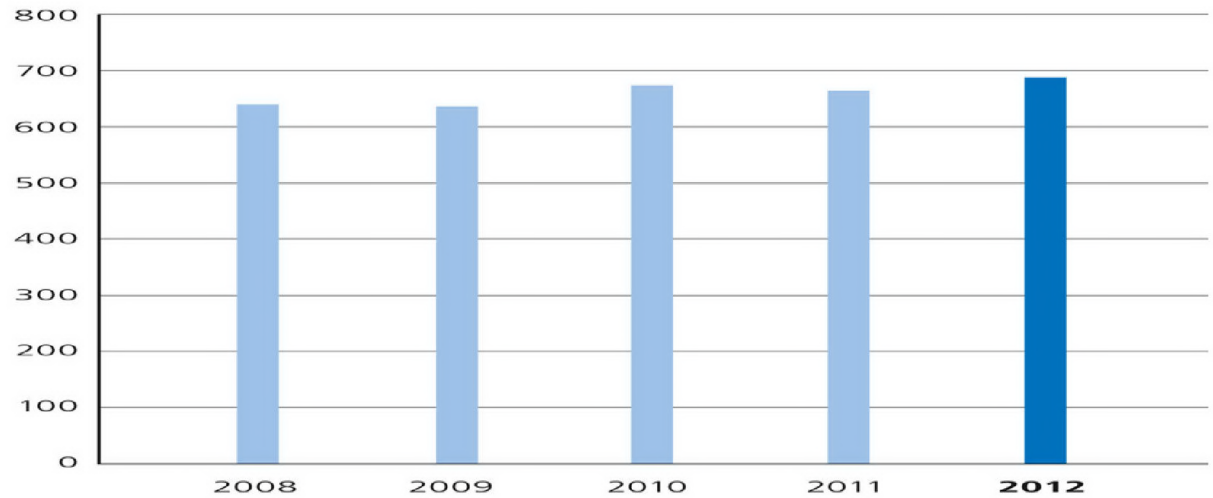
Grafiken über Zahlen und Fakten / PDAG auf einen Blick ...



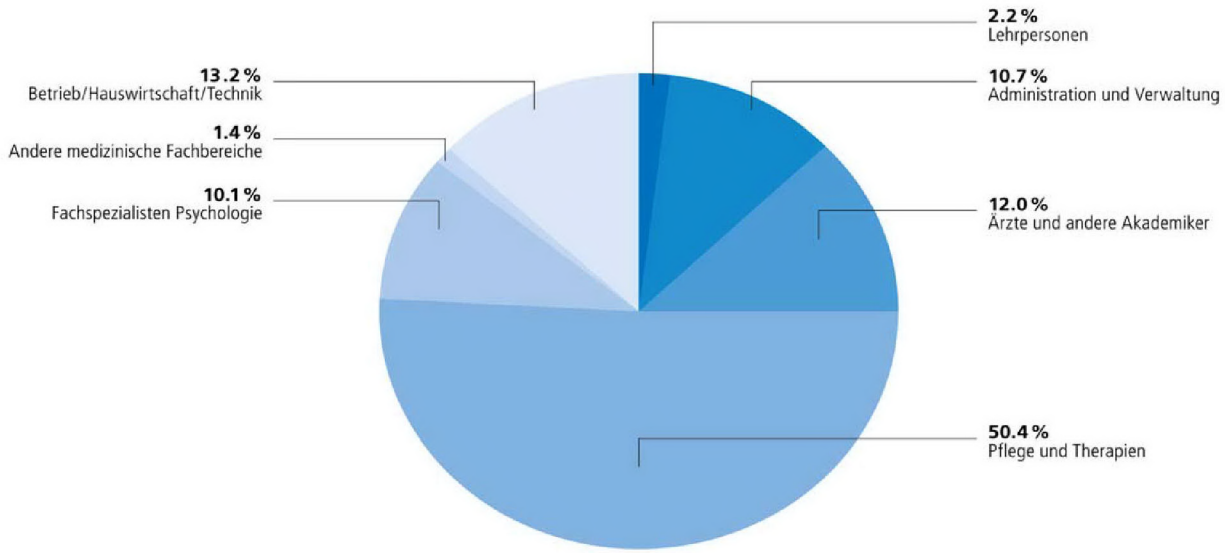




Personalbestand (Vollzeitstellen)



Personal



Ausbildungskonzept
Sozialdienst/PKF PDAG

1 Allgemeines

Das Ausbildungskonzept strukturiert und steuert den Ausbildungsverlauf. Es dient als Grundlage für das Ausbildungsverhältnis und soll dem Mitarbeiter in Ausbildung (im Folgenden MiA) und dem Praxisanleiter (PA) durch verbindliche Vereinbarungen zu mehr Handlungssicherheit verhelfen. Das Ausbildungskonzept und die individuellen Zielvereinbarungen, die zwischen MiA, PA und Hochschule getroffen werden, sollen aufeinander abgestimmt werden. Da MiA unterschiedliche Voraussetzungen mitbringen, sind die im Konzept abgebildeten zeitlichen Vorgaben als Empfehlung zu verstehen und dürfen individuell angepasst werden.

2 Organisation

Der Sozialdienst (SD) ist eine Organisationseinheit (OE) in der PDAG, der in der Psychiatrischen Klinik Königsfelden angesiedelt ist. Organisatorisch ist er dem Bereich Supportdienste zugeordnet und dessen Leiter unterstellt. Die einzelnen Mitarbeiter (MA) des SD sind dem Oberarzt des jeweiligen Bereiches unterstellt.

2.1 Primärauftrag

Die Mitarbeiter des SD sind spezialisiert auf Fragen der sozialen und beruflichen Rehabilitation. Der SD ist während dem Klinikaufenthalt erste Anlaufstelle bei Fragestellungen in den folgenden Bereichen:

- Arbeit
- Finanzen
- Soziale Beziehungen
- Sozialversicherung
- KESR

Für jeden Arbeitsschwerpunkt (Allgemeinpsychiatrie, Abhängigkeit, Geronto und Forensik) liegt eine detaillierte Tätigkeitsbeschreibung für die Mitarbeiter des SD vor. Formale Aspekte sind in der Stellenbeschreibung festgehalten.

Psychiatrische Dienste Aargau AG
Psychiatrische Klinik Königsfelden | Sozialdienst
Postfach 432 | 5201 Brugg | F 056 462 22 19 | www.pdag.ch
M.A. Markus Oliver Eichkorn | T direkt "2638" | markus.eichkorn@pdag.ch

2.2 Sekundär Auftrag/ Ausbildungsauftrag

Der Sozialdienst der PKF bietet derzeit 400 Stellenprozent für die berufsbegleitende Ausbildung für Studierende der Fachhochschulen Nordwestschweiz/ Olten, ZHAW/ Zürich, FH Luzern. Der Sozialdienst nimmt seine Ausbildungsverantwortung wahr und unterstützt den berufspraktischen Teil der Ausbildung und ermöglicht so den Theorie- Praxis- Transfer. Der SD ist offen für neue Inputs und Denkansätze, die von den MiA eingebracht werden und überprüft diese hinsichtlich ihrer Relevanz für die Praxis. Dies gewährleistet ein gleichbleibendes professionelles Niveau, welches sich am aktuellen theoretischen Erkenntnisstand orientiert.
Der SD ist sich seiner Verantwortung gegenüber der MiA bewusst, die mit ihrer Arbeitskraft die OE konkret unterstützen. Dabei ist auf ein ökonomisches Gleichgewicht zwischen Anforderung und individueller Ausstattung zu achten.

2.3 Unterstellungsverhältnis

Der MiA ist dem fachlichen Leiter Sozialdienst (FLS) unterstellt. Arbeitszeiten, Ferien und andere Abwesenheiten müssen mit dem FLS abgesprochen werden.

2.4 Aufgaben

Alle Aufgaben werden gemäss dem Rahmenlehrpan, den individuellen Zielvereinbarungen (die zwischen MiA, PA und Hochschule formuliert werden) und dem aktuellen Ausbildungsstand vom zuständigen PA erteilt. Der PA kann nach bilateraler Absprache der MiA punktuell für Schwerpunkt übergreifende Aufgaben anderen PA's zur Verfügung stellen.

2.5 Rechte

MiA haben ein Recht auf:

- Eine gezielte, individuell abgestimmte und sorgfältige Einführung durch den PA
- Eine kontinuierliche und fachlich kompetente Begleitung durch den PA
- Regelmässige Gespräche mit dem PA und fachliches Feedback (Empfehlung einmal pro Woche)
- Regelmässige Gespräche mit dem FLS (1. Jahr, 1x mtl.; 2.- 3. Jahr, 1x pro Quartal; 4. Jahr, je nach Absprache bezüglich Bachelorthesis)

- Interne Weiterbildungen, Intervision und Supervision
- Die arbeitsrechtlichen Bestimmungen orientieren sich am Gesamtarbeitsvertrag

2.5.1 Arbeitsrechtliche Sonderregelung

Während der vorlesungspflichtigen Zeit beträgt das Verhältnis Arbeit /Studium 60%:40%. Während der vorlesungsfreien Zeit ist der MiA 100% präsent. Abweichend vom GAV werden den MiA pro Woche drei Stunden zum Selbststudium zur Verfügung gestellt .Summer- oder Winterschool Angebote müssen mit PA und FLS hinsichtlich ihrer Relevanz besprochen und bewilligt werden. Während der Erstellung der Bachelor- Thesis können dem MiA analog zur vorlesungspflichtigen Zeit Tage zum Selbststudium zur Verfügung gestellt werden (i.d.R. 1-2 Tage)

2.6 Pflichten

- Alle Aufgaben, die innerhalb des Primärauftrages verteilt werden, sind mit der nötigen Sorgfalt und zum Wohl des Patienten zu erledigen (analog zum Leitbild der Klinik)
- Den Anweisungen des PA und FLS sind Folge zu leisten
- Teilnahme und Protokollführung an den Teamsitzungen
- Eigenverantwortliches Lernen
- Verantwortung für den eigenen Lernprozess übernehmen
- Übernahme von Ressorts auf Anordnung des PA / FLS

2.7 Aufgaben der Institution

- Die PDAG stellt den MiA einen Arbeitsplatz mit einer angemessenen Infrastruktur zur Verfügung
- Die PDAG stellt den PA die notwendige Zeit für die Anleitung zur Verfügung
- Der regelmässige Austausch zwischen den PA's und dem FLS muss sichergestellt werden (1 x pro Quartal)
- Der MiA erhält nach Abschluss der Praxisausbildung ein Arbeitszeugnis und eine Beurteilung

2.7.1 Profil PA

Die Anforderungen zur Teilnahme an der Weiterbildung zum Praxisanleiter sind durch die Hochschule festgelegt. Der Abschluss dieser Ausbildung muss zu Beginn des Ausbildungsverhältnisses nicht zwingend vorliegen (im Verlauf aber gemacht werden). Über die fachliche Eignung kann der FLS entscheiden.

2.7.2 Rekrutierung

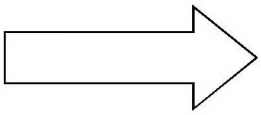
Für die Hochschule fungiert eine definierte PA als Ansprechperson. Diese trifft mit dem FLS eine Vorselektion. Für das Auswahlverfahren ist der zuständige PA und FLS verantwortlich.

2.7.3 Konflikte

Die Begleitung durch den PA erfolgt in der Regel über die gesamte Ausbildungsdauer. Bei besonderen Vorkommnissen hat der MiA sofort den PA oder den FLS zu informieren. Treten während der Ausbildung zwischen MiA und PA Konflikte auf, die nicht bilateral gelöst werden können, muss der FLS hinzugezogen werden. Ist auf dieser Stufe keine Lösung möglich, wird das Gespräch mit der verantwortlichen Ansprechperson der Hochschule gesucht.

3. Rahmenlehrplan

Schwerpunkte		Ausbildungsjahr 1	Ausbildungsjahr 2	Ausbildungsjahr 3	Ausbildungsjahr 4
I Medizinisches Wissen	**Psychiatrische Diagnosen, Begriffe und Medikamente**	**Ziel:** MiA kennt die psychiatrischen Major-Diagnosen und kann deren zentrale Merkmale benennen (nach ICD-10) **Inhalte:** - Schizophrenie - Schizotype und wahnhafte Störungen - Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen - Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen - Affektive Störungen - Organische einschliesslich symptomatische Störungen	**Ziel:** Vertiefen – je nach Einsatzgebiet eine fundierte Auseinandersetzung mit den jeweiligen Diagnosen des relevanten Schwerpunktes **Beispielhafte Inhalte:** 1. Korsakov (Sucht) 2. Demenz (Geronto) 3. Psychose / Schizophrenie / Bipolarität / Depression (Allgemein) 4. Persönlichkeitsstörung / Dissozialität / Delinquenz (Forensik)	**Ziel:** MiA kennt die beiden Klassifikationen ICD und DSM und kann die zentralen Unterschiede benennen. **Ziel:** Basale Kenntnisse der pharmakotherapeutischen Behandlung (und Nebenwirkungen) **Inhalte:** - Neuroleptika - Antidepressiva - Benzodiazepine Auswirkungen der zentralen Stoffgruppen auf die SA (z.B. Gesprächsführung) **Ziel:** Basale Terminologie über psychiatrische Zustandsbeschreibungen	
	Seitenwechsel Pflege / Interdisziplinäre Zusammenarbeit	**Ziel:** MiA kennt die zentralen pflegerischen Abläufe und entwickelt eine Sensibilisierung für die interdisziplinäre Zusammenarbeit **Inhalte:** - MiA soll möglichst viel Einblick in interdisziplinäre Prozesse und Abläufe erhalten (Rapporte, Visiten, etc.)			
II Aufbauorganisation	**Struktur der Ausbildungsinstitution**	**Ziel:** MiA kennt den Aufbau und den Auftrag der PDAG und kann diese benennen **Inhalte:** - Auseinandersetzung mit der Tradition und Geschichte der PDAG - Organigramme von IPD, EPD und KJPD - Leitbild - Konzepte oder Schwerpunkte	**Ziel:** Vertiefung und Spezialisierung: **Inhalte:** - Vertiefte Auseinandersetzung mit dem Konzept des konkreten Tätigkeitsbereiches		

Schwerpunkte		Ausbildungsjahr 1	Ausbildungsjahr 2	Ausbildungsjahr 3	Ausbildungsjahr 4
III externe Strukturen	**Externe Partner**	**Ziel:** MiA kennt die für seinen Fachbereich relevanten externen Partnerorganisationen (in Theorie und Praxis) **Inhalte:** - KESB (Aufbau, Instanzen, Auftrag) - Kommunale Sozialdienste (Aufbau, Auftrag) - Institutionen und Dienstleistungserbringer (inner- und ausserkantonal)	**Ziel:** MiA kann Unterschiede zwischen den Institutionen benennen **Inhalte:** - Es findet eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Konzepten der Einrichtungen statt	**Ziel:** MiA kann aufgrund von Diagnose und Sozialanamnese (Mini ICF-APP) von sich aus geeignete Institutionen vorschlagen **Inhalte:** - Auseinandersetzung auch mit bereichsübergreifenden Institutionen	

Schwerpunkte		Ausbildungsjahr 1	Ausbildungsjahr 2	Ausbildungsjahr 3	Ausbildungsjahr 4
IV Ablauforganisation	**Interne Abläufe, EDV und Formulare**	**Ziel:** MiA kennt die Definition der Arbeitsprozesse und die für die einzelnen Arbeitsschritte erforderlichen Ressourcen. **Inhalte:**			
	Outlook	- Signatur, Kollektiv-Agenda, Terminplanung / Serientermine, PKW Reservation /, Abwesenheits-Assistent)			
	REP	- Raumreservation			
	HINT	- Support, Zuständigkeiten			
	Telefonanlage	- An- und Abmelden bei Absenzen, Um-schalten, Pager, Voice-Mail)			
	Word / Word Plus	- Personalisierung von Vorlagen, Signatur)			
	Navision	- Patientensuche, SD-Liste)			
	KIS/ Orbis	- Patientensuche, Stationsgrafik, Berichte verfassen und vidieren)			
	PEP / Tacs	- Monats- und Jahresplanung, Leistungserfassung & Auswertung			
	KESR	- FU, Vorsorgeplanung, Gefährdungsmeldung, Formen der Beistandschaft			
	Platzierungen	- Begleitungen, Formular PW-Abrechnung, Auto tanken	- Ressourcen-Analyse Mini-ICF-APP / PSD - Pflegerapport / Berichte - Verhaltenskodex bei Begleitungen - Vorgehen im Notfall (1. Hilfe-Kurs, wann und wie wird interveniert)		
	Finanz- und Rechnungswesen	- Kostengutsprachen für Taschengeld und Zusatzkosten - Handhabung Patientenfonds (Antragsstellung, Buchführung und Ablage)	- Tarife und Status (Tagespatient, akut / chronisch (KVG)) - Pflegefinanzierungsgesetz - Betreuungsgesetz - Selbstbehalt bei stationärem Aufenthalt		
	SKOS	- Antrag materielle Unterstützung			
	Datenschutz	- Fundierte Kenntnisse über aktuelle Datenschutzbestimmungen intern / extern - Meldepflicht / Melderecht - Schweigepflichtsentbindung - E-Mails verschlüsseln			

Schwerpunkte		Ausbildungsjahr 1	Ausbildungsjahr 2	Ausbildungsjahr 3	Ausbildungsjahr 4
	Materialbestellung **Protokollführung**	- Inventur und Bestellung - Inhalt, Form, Sprache - Ablage, Archivierung			
IV Ablauforganisation	**Sozialanamnese**	**Ziel:** Ist die adäquate (im Sinne einer für die Bearbeitung der Fragestellung angemessene) Erfassung und Beschreibung der individuellen Situation **Inhalte:** - MiA setzt sich theoretisch mit dem Formular Sozialanamnese auseinander insbesondere ○ Genogramm ○ PSD ○ 7-W Frageschema ○ 5-Schritte-Modell **Vorgehen:** MiA nimmt die ersten 6 Monate nur an Erstgesprächen teil, beobachtet und reflektiert. Danach können Teile an MiA delegiert werden	**Ziel:** Selbständige Sozialanamnese. Die daraus abzuleitenden Interventionen müssen zwingend mit PA abgesprochen werden **Inhalt:** - MiA lernt situativ und diagnosebezogen seine Vorgehensweise auf die jeweilige Situation anzupassen (siehe auch Gesprächsführung)		
V Rolle / Identität	**Auseinandersetzung mit der Rolle der Sozialen Arbeit (SA)**		**Ziel:** Entwickeln einer eigenen Position bzw. eines professionellen Selbstverständnisses in einem medizinisch dominierten Umfeld **Inhalte:** - Wie bringe ich mich mit meinem professionellen Selbstverständnis in einem multiprofessionellen Team ein - Welchen Wissensfundus benötige ich für die dezidierte Vertretung meiner professionellen Position (aktueller Diskurs, humanistische Tradition, Definition von Verbünden, Berufskodex)	 **Inhalte:** - Ökonomisierung der SA: Wie wird der Spagat zwischen Spardruck und Auftrag der SA wahrgenommen - Auseinandersetzung mit den internen ethischen Richtlinien und dem Prozess „ethische Entscheidungsfindung“ in der Organisation (exemplarisch am 7-Schritte-Modell von Dialog Ethik)	
			Übergeordnete Inhalte: Analog zu Artikel 12 des Berufskodex der Professionellen SA wird eine Auseinandersetzung mit dem gesellschaftlichen Auftrag vorausgesetzt: 1. Die Professionellen der SA wirken mit bei der Beseitigung sozialer Missstände und entwickeln entsprechende Lösungen. 2. Sie setzen sich ein für die Partizipation aller am gesellschaftlichen Leben und für die Teilhabe an den grundlegenden Ressourcen und Dienstleistungen, deren sie bedürfen, sowie für die Einführung oder Änderung von Massnahmen und Gesetzen im Hinblick auf mehr soziale Gerechtigkeit. 3. Sie bestärken die Betroffenen darin, an den sozialpolitischen Entscheidungsprozessen teilzunehmen.		

Schwerpunkte		Ausbildungsjahr 1	Ausbildungsjahr 2	Ausbildungsjahr 3	Ausbildungsjahr 4

VI Theorie in der Praxis	**Theorie**
	
	Sozialversicherungen / sonstige Einkünfte
		Ziel:
		MiA wendet neu erworbenes Fachwissen laufend bei konkreten Fragestellungen an (Theorie-Praxis-Transfer)
		
		Ziel:
		MiA kennt die Voraussetzungen, Abläufe und Begriffe der verschiedenen Sozialversicherungen und anderen möglichen Einkunftsquellen und/oder weiss, wo die Informationen nachgeschlagen werden können
		
		Inhalte:
		- Krankentaggeldversicherung
		- AVIG / RAV / ALK
		- Invalidenversicherung
		- Alters- und Hinterlassenenversicherung
		- Ergänzungsleistungen
		- Hilflosenentschädigung und Assistenzbeiträge
		- Unfallversicherung
		- Erwerbsersatzordnung
		- Berufliche Vorsorge
		  ○ 2. Säule
		  ○ 3. Säule
		- Materielle Hilfe nach SKOS
		- Alimente
		- Kinderzulagen
		- IPV			

	Recht in der SA	**Ziel:**
		MiA kennt die für die Soziale Arbeit wichtigsten Artikel im ZGB, OR, SchKG und StGB und/oder weiss, wo die Informationen nachgeschlagen werden können
		
		Inhalte:
		- ZGB
		  ○ Erwachsenenschutz
		  ○ Erbrecht
		  ○ Eherecht
		- OR
		  ○ Mietrecht
		  ○ Arbeitsrecht
		  ○ Schuld- und Konkursgesetz
		- SchKG
		- StGB			

Leitsätze in der Patientenorientierung des Sozialdienst im Abhängigkeitsdepartament der PDAG

- Wir arbeiten subsidiär zu den sozialen Leistungserbringern (Gemeinden, Soziale Dienste etc.)
- Wir befähigen Patienten und deren Bezugspersonen zur Selbsthilfe
- Durch das erarbeiten neuer Perspektiven mit den PatientenInnen unterstützen wir deren psychische Stabilisierung massgeblich
- Wir ermöglichen eine rasche Rückkehr in das angestammte Umfeld und eine Weiterbehandlung im bisherigen Helfernetz
- Angehörige, Bezugspersonen und Partnerorganisationen sind als Ressourcen in die Behandlung einbezogen und leisten Hilfestellung

Tätigkeitsbeschrieb

Arbeitsbereiche Soziale Arbeit	Schwerpunkte
1. Psychosoziale Beratung & Begleitung	• Angehörige, sonstige Bezugspersonen und Partnerorganisationen einbeziehen • Anschlusslösungen mit erarbeiten (z. B. mittels motivierender Gesprächsführung MI) und Bewerbungsverfahren begleiten • Helferkonferenzen / Standortgespräche mit gestalten • Familiengespräche mitgestalten • Abklärung Kinderbetreuung und diese sicher stellen • Sozialanamnese erstellen
2. Multiprofessionelle Zusammenarbeit	• Fallmitarbeit im Behandlungsteam (z. B. Vorschläge für geeignete Einrichtungen bei Anschlusslösungen am Rapport) • Soziale Probleme erkennen und benennen • Ressourcenorientierte Zusammenarbeit
3. Anschlusssituationen	• Abklären von geeigneten stationären und teilstationären Institutionen, sowie unterstützende Massnahmen bei unabhängigem Wohnen (z. B. Wohnbegleitung) • Planung von Vorstellungsgesprächen und allfällige Begleitungen (Einbezug Helfersystem) • Vernetzungsarbeit mit Anschlussorganisationen (z. B. Anfrage betreffend freier Plätze in Institutionen)
4. Wohnen	• Einbezug von spezialisierten Beratungsstellen • Abklärung von Umzugsorganisationen. Delegation der Organisation an externe Helfersysteme. • Information zu Rechtsberatung bezüglich Mieterschutz
5. Arbeit & Beruf	• Zusammenarbeit mit RAV (Regionaler

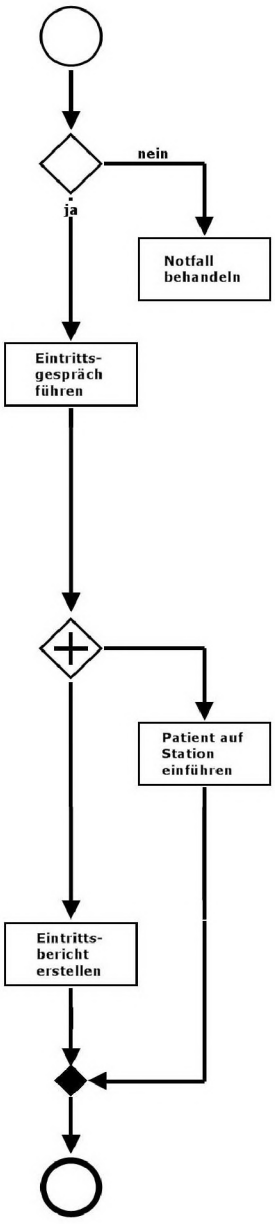
Karin Jenny Sozialarbeiterin FH P8-1 & Amadeo Sanchez Mitarbeiter in Ausbildung P7-1

	Arbeitsvermittlung) • Beratung bei arbeitsrechtlichen Fragen und Vermittlung an die entsprechende Rechtsberatung. • Arbeitgeberkontakte / Arbeitgebergespräche mitgestalten/organisieren • Arbeits- und Beschäftigungsprogramme erschliessen • Beratung bei drohender Arbeitslosigkeit • Vermittlung ins Job-Coaching.
6. Finanzen	• Unterstützung und Begleitung bei Gesuch um materielle Hilfe (Sozialhilfe) • Abklärungen Wohnsitz • Kostengutsprachen für Taschengeld / Zusatzkosten (z. B. Zahnbehandlung) • Einleitung / Koordination von Kostengutsprachen für Anschlussbehandlungen • Vermittlung an Schuldenberatungsstelle • Notfallgeld Hilfskasse
7. Sozialversicherungen	• Invalidenversicherung: Kontakt zur SVA herstellen. Schweigepflichtsentbindung einholen, begleiten von IV-Anmeldungen • Ergänzungsleistungen: Kontakt mit den entsprechenden SVA-Gemeindezweigstellen und Unterstützung bei Antragsstellung • Arbeitslosenversicherung: Kontakt mit dem RAV und den Ausgleichskassen, Ansprüche klären • Krankentaggeldversicherung: Abklären Anspruchsberechtigung Krankentaggeld • Krankenkasse: Beratung und Antragsstellung Prämienverbilligung
8. Vormundschaftliche Massnahmen	• Beratung & Einreichung von Anträgen um Prüfung von vormundschaftlichen Massnahmen bei der Kinder- & Erwachsenenschutz Behörde (z. B. Beistandschaft auf eigenes Begehren)
9. Justiz	• Kontakte zur Sektion Vollzugsdienst- und Bewährungshilfe zur Klärung des weiteren Procedere (z. B. Terminvereinbarung für allfällige Standortgespräche) • Abklärungen Strafantrittsbescheide, Bussenumwandlung etc.

IST: Patient (> 18 J.) stationär tritt ein SA V 1

Draft: Schaad Ciril, 20.11.2013

Prozessverantwortlich: M. Hilpert / M. Hitz



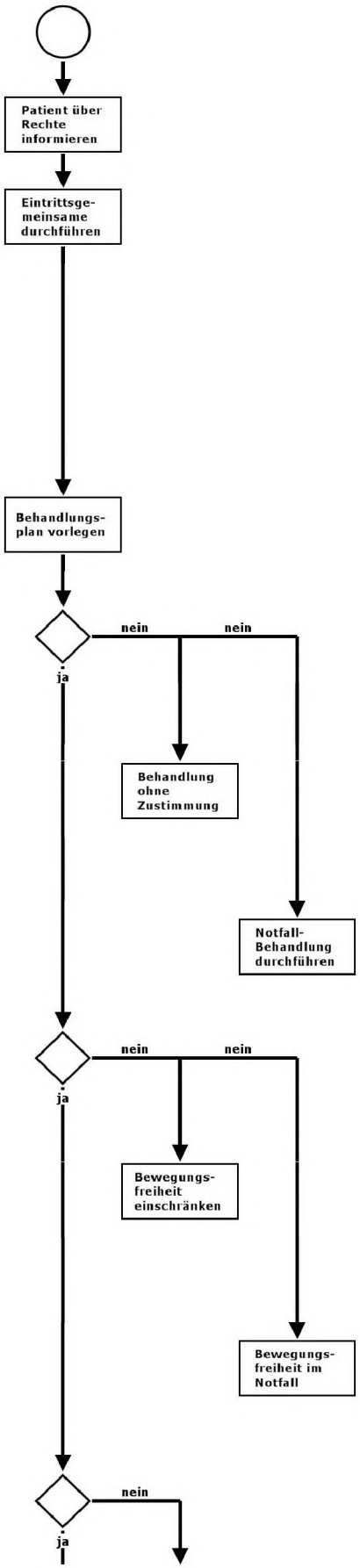
Tätigkeit / Stellen	
Patient trifft auf Station ein Patient trifft auf Station ein, wird begrüsst und informiert. Bio-psycho-sozialer Behandlungsansatz der PDAG. Pflegefachperson	**Risiken** keine Begleitung, Wartezeiten.
Lieg ein regulärer Fall vor? ja: Eintrittsgespräch führen. nein: Notfall behandeln.	
Notfall behandeln	**Hilfsmittel** ZGB, Art. 379
Interprofessionelles Behandlungsteam führt Eintrittsgespräch, macht administrative Aufnahme und legt Fallführung fest. Sozialanamnese durch AA. Assistenzarzt/in Pflegefachperson	**Hilfsmittel** [KIS] Patientenaufnahme, Grunddaten Navision ergänzen, Essen bestellen in Logimen. Behandlungsplan: FL_FD01.KESR.V FL_Behandlungsplan D01.V FL_Patientenaufnahme FL_Pflegerisches_Erstgespräch IM_Kurzanleitung_pflegerisches _Erstgespräch
Patient auf Station einführen, organistorische Fragen klären. Mitpatienten vorstellen. Erste Pflegemassnahmen umsetzen und Leistung erfassen. Der BSCL Bogen wird durch Pflege abgegeben. Pflegefachperson	**Hilfsmittel** TACS / IBI-Care FL_BSCL_Patientenfragebogen _deutsch FL_BSCL_Patientenfragebogen _französich FL_BSCL_Patientenfragebogen _italienisch
Assistenzarzt/in erstellt Eintrittsbericht, falls nicht Triagebericht übernommen wird und erfasst die erbrachten Leistungen im TACS / IBI-Care. Der HoNOS Fragebogen wird ausgefüllt. Assistenzarzt/in	**Hilfsmittel** System, TACS / IBI-Care, Q-Tools,
Patient empfangen und Eintrittsgespräch geführt. Assistenzarzt/in Pflegefachperson	

IST: Patient (> 18 J.) freiwillig stationär behandeln SA V 1

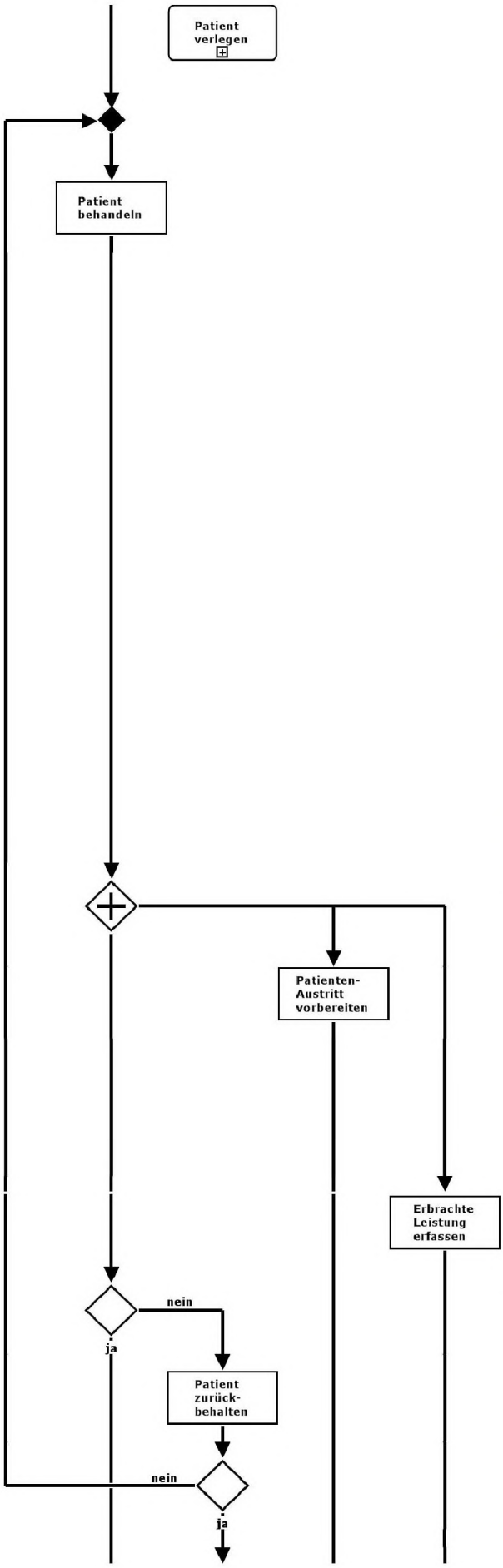
PDAG-Zusatzprozesse / Zusatz- / Parallelprozesse > Sozialdienst > Sozialdienst betreiben > IST: Patient (> 18 J.) freiwillig stationär behandeln SA V 1

Draft: Schaad Ciril, 20.11.2013

Prozessverantwortlich: M. Hilpert / M. Hitz



Tätigkeit / Stellen	
Patient (> 18 J.) stationär tritt freiwillig ein	
Patient über seine Rechte eine Vertrauensperson beizuziehen, informieren. Interprofessionelles Behandlungsteam	
Eintrittsgemeinsame durchführen: Festlegen Behandlungsplan, Informationssicherung. Auftrag klären, Diagnose verifizieren. Setting besprechen (offen, geschützt, Ausgang regeln, Behandlungsschwerpunkte festlegen). Rechtlichen Status prüfen (FWS / FU). Sozialanamnese durch OA / AA --> ab welchem Zeitpunkt und mit welchen Instrumenten wird der Bedarf an Sozialer Arbeit in vorliegendem Fall eruiert? ■ Interprofessionelles Behandlungsteam Kaderarzt/in	**Hilfsmittel** [KIS] Kardex, SIP (gesichertes Laufwerk mit Patientendoku) **Risiken** Zeitfenster für gemeinsame Untersuchung. Behandlungsauftrag unklar. Patientenpapiere fehlen.
Behandlungsplan zur Zustimmung vorlegen. Bei Indikation den Sozialdienst einbeziehen. Kaderarzt/in	**Hilfsmittel** FL_Behandlungsplan D01.V
Stimmt der Patient dem Behandlungsplan zu? ja: Kann Patient ohne Einschränkung behandelt werden? nein: Behandlung ohne Zustimmung durchführen oder Notfall-Behandlung durchführen.	
Behandlung ohne Zustimmung nach Art. 434 Abs. 1 ZGB (PV beachten) durchführen. Kaderarzt/in	**Hilfsmittel** FL_Zwangsmedikation ordentlich E01.V **Risiken** Beschwerde beim Verwaltungsgericht
Notfall-Behandlung durchführen nach Art. 435 Abs. 1 ZGB. Assistenzarzt/in Kaderarzt/in	**Hilfsmittel** FL_Zwangsmedikation on Notfall E03.V
Kann der Patient ohne Einschränkung behandelt werden? ja: Kann der Patient in der PDAG behandelt werden? nein: Bewegungsfreiheit einschränken oder Notfall-Behandlung.	
Bewegungsfreiheit einschränken nach Art. 438 i.V.m. Art. 383 ff ZGB. Kaderarzt/in	**Hilfsmittel** FL_Einschränkung Bewegungsfreiheit ordentlich E02.V **Risiken** Beschwerde beim Verwaltungsgericht
Bewegungsfreiheit im Notfall einschränken gemäss Art. 438 i.V.m. Art 383ff ZGB. Nachträgliche Anordnung und Protokollierung. Assistenzarzt/in Kaderarzt/in	**Hilfsmittel** FL_Einschränkung Bewegungsfreiheit Notfall E04.V
Kann der Patient in der PDAG behandelt werden? ja: Patient behandeln. nein: Patient verlegen	



Tätigkeit / Stellen

Prozessverantwortlich: M. Hilpert / M. Hitz

Zielorientierte Behandlung durchführen.
- Medikamente verschreiben und Diagnostik ergänzen.
- Therapie.
- Aufträge an Sozialdienst vergeben.
- Abklärungen zum sozialen Umfeld vornehmen.
- Standortgespräch machen.

- Bei Indikation Einbezug der Sozialen Arbeit (SA) durch Eintrittsprocedere (Aufnahmegespräch, Gemeinsame) oder Behandlungsteam, Angehörige, externe Institution oder Organisation etc.
--> Auftrag an die SA = Klärung von spezifischen Themen der SA
- Sozialanamnese durch SA
--> Schwerpunkte der SA= siehe Tätigkeitsbeschrieb

- Fehlerhafte oder mangelhafte Sozialanamnese
- Zusammenarbeit mangelhaft oder fehlerhaft
- Kommunikation mangelhaft oder fehlerhaft

- Sozialberatung betreffend der aktuellen Lebenslage
--> Vernetzung zum möglichen externen Helfernetz

- Erbrachte Leistungen und Informationen fortlaufend im KIS erfassen

Dokumentation mangelhaft oder fehlerhaft

Interprofessionelles Behandlungsteam

Hilfsmittel
[KIS] Kardex, SIP

Risiken
Patient wird behandelt ohne Info zu sozialen Umfeld, Medi, Wohnsituation. Zeitl. Verzögerung der zusätzl. diagnostischen Abklärungen. Personelle Ausfälle. Beschwerde.

Patienten-Austritt oder Übertritt vorbereiten. Verschiedene involvierte Stellen, patientenbezogen, berücksichtigen.

- Kommunikation: im multiprofessionellen Team ist besprochen - wer - welche Abklärungen trifft und Informationen weiterleitet?
- Vernetzung = sind alle relevanten externen BP über den Austritt informiert?

Interprofessionelles Behandlungsteam

Hilfsmittel
[KIS] Kardex, SIP

Risiken
Nachbehandler erhalten Informationen zu spät.

Erbrachte Leistung erfassen.

Interprofessionelles Behandlungsteam

Hilfsmittel
[KIS] TACS

Kann der Patient entlassen werden?
ja: Standortgespräche durchführen.
nein: Patient zurückbehalten.

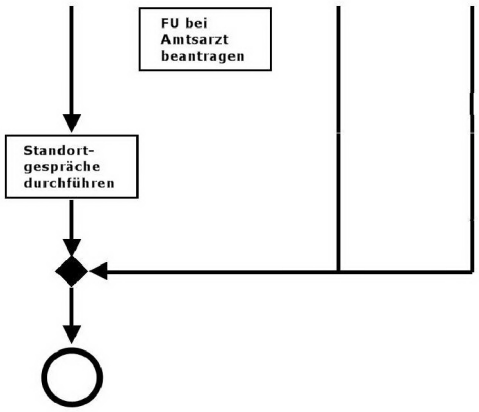
Patient zurückbehalten für höchstens 3 Tage (72 h) nach Art. 427 ZGB.

Kaderarzt/in

Risiken
Beschwerde beim Verwaltungsgericht

Wird der Patient länger als 72 Stunden zurückbehalten?
ja: FU bei Familiengericht oder Amtsarzt beantragen.
nein: Patient behandeln.

IST: Patient (> 18 J.) freiwillig stationär behandeln SA V 1



Tätigkeit / Stellen	
FU beim Amtsarzt beantragen (falls sich eine Langzeitbehandlung abzeichnet, dann ist das Familiengericht zuständig). Kaderarzt/in	
Patientengespräche führen. Zielüberprüfung, Anpassungen vornehmen. Interprofessionelles Behandlungsteam	**Hilfsmittel** [KIS] Kardex, SIP
Behandlung abschliessen Behandlung abschliessen. Abmeldung von therapeutischen Diensten. Abschlussgespräch führen. Interprofessionelles Behandlungsteam	**Hilfsmittel** [KIS] Navision, TACS

Integrierte Psychiatrie
Winterthur – Zürcher Unterland

Vorname, Name:
Angebot/Station:
Datum:

Kurzassessment zur Indikation der Sozialen Arbeit – Erwachsenenpsychiatrie

ALLGEMEINE FRAGEN						Bemerkungen
1	Sind Sie für die Betreuung von Kindern, Angehörigen, anderen Personen oder Tieren zuständig?	☐ Ja	☐ Nein			**Wer?**
2	Haben Sie eine Beiständin / einen Beistand?	☐ Ja	☐ Nein			**Wer?**
3	Gibt es andere professionelle oder nichtprofessionelle Helfer, die Sie unterstützen (z.B. Spitex, Psychiater, Sozialberatung, Angehörige)?	☐ Ja	☐ Nein			**Wer?**
4	Welche Nationalität haben Sie?	.....				
5	Wenn Sie nicht Schweizer/Schweizerin sind, welchen Aufenthaltsstatus haben Sie (B, C, F, N[1], weitere) oder sind Sie Sans Papier?					

WOHNEN						Bemerkungen
6	Wie wohnen Sie?	Eigene Wohnung / Haus	Wohnung / Haus zur Miete	Betreute Wohnsituation (Wohnheim, -gruppe)	Ohne festen Wohnsitz (bei Freunden, Bekannten)	
7	Ist Ihre Wohnsituation gefährdet und / oder belastet?	Nein	Etwas gefährdet	Stark gefährdet	• Habe Mietrückstände • Es droht Kündigung	**Weshalb?**
8	Wie sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden?	Sehr zufrieden	Zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden	

ARBEIT / AUSBILDUNG / ALLTAG						Bemerkungen
9	Haben Sie eine feste Arbeitsstelle, einen geschützten Arbeitsplatz oder sind Sie in Ausbildung?	Nein → Weiter zu Frage 11		Ja, es gibt aber Probleme	Ja	**Welche Arbeit / Ausbildung?**
10	Sind Sie von Kündigung Ihrer Arbeitsstelle bzw. Auflösung des Ausbildungsverhältnisses bedroht?	Nein	Ich kann es nicht ausschliessen	Ja, Kündigung droht, es gibt Anzeichen dafür	Ja, ich wurde/habe gekündigt per:	

[1] Ausländerausweis B (Aufenthaltsbewilligung), C (Niederlassungsbewilligung), F (vorläufig aufgenommene Flüchtlinge), N (Asylsuchende)

11	Haben Sie eine Tagesstruktur bzw. Alltagsbeschäftigung (z.B. Hausarbeit, Freiwilligenarbeit, Tagesklinik, Hobby)?	Ja	Nicht immer, aber regelmässig	Unregelmässig	Nein	**Welche Tagesstruktur?**
12	Fällt Ihnen die Bewältigung Ihrer alltäglichen Aufgaben wie Haushaltführung, Körperpflege, Ernährung etc. schwer?	Nein	Manchmal	Oft	Immer	**In welchem Bereich gibt es Schwierigkeiten?**
13	Wie sind Sie mit Ihrer Beschäftigungssituation / Ihrem Alltag zufrieden?	Sehr zufrieden	Zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden	

FINANZEN / ADMINISTRATION / KURZFRISTIGE TERMINE UND VERPFLICHTUNGEN							Bemerkungen
14	Womit bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt?	Lohn	Taggelder (Arbeitslosen-, IV-Unfall- oder Krankentaggeld)	Rente (IV, BVK)	Sozialhilfe	Kein Einkommen	
15	Haben Sie kurzfristige bzw. dringende Termine / Fristen, die finanzielle oder rechtliche Konsequenzen haben?	Nein		Ja			**Um was für Termine und/oder Fristen handelt es sich?**
16	Haben Sie nicht bezahlbare Rechnungen, Schulden, Kontakt mit dem Betreibungsamt?	Nein	Nein, nur nicht bezahlte Rechnungen	Ja, Schulden	Ja, Kontakt mit dem Betreibungsamt (Zahlungsbefehle, Verlustscheine, Pfändungen)		
17	Erledigen Sie Ihre administrativen und finanziellen Angelegenheiten selbständig?	Ja	Ja, mit etwas Unterstützung	Nein, aber ich habe Unterstützung	Es fällt mir schwer und ich habe keine Unterstützung		
18	Wie sind Sie mit Ihrer finanziellen Situation zufrieden?	Sehr zufrieden	Zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden		

SOZIALES NETZ (FAMILIE, FREUNDE UND FREUNDINNEN, BEZIEHUNGEN, BEKANNTE)						Bemerkungen
19	Haben Sie Kontakt zu Ihrer Familie?	Ja, häufig	Ab und zu	Selten	Nein, ich habe keinen Kontakt	
2o	Haben Sie Kontakt zu Bekannten/Nachbarn und Freunden?	Ja, häufig	Ab und zu	Selten	Nein, ich habe keinen Kontakt	
21	Fühlen Sie sich durch Ihre Freunde und/oder Ihre Familie unterstützt?	Ja, immer	Meistens	Selten	Nein	
22	Wie sind Sie im Allgemeinen mit Ihren sozialen Beziehungen zufrieden?	Sehr zufrieden	Zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden	

PDAG

Sozialstatus/Übergabeblatt	Psychiatrische Dienste Aargau AG Psychiatrische Klinik Königsfelden	Sozialdienst

Name, Vorname: **Geburtsdatum:**

Zivilrechtlicher Wohnsitz: Tel.: Zivilstand:	Krankenkasse: □ kein Versicherungsschutz Leistungsaufschub? □ ja □ nein	Eintrittsdatum: Station: behand. Arzt: Verlegung/Datum: Eintrittsart: □ FFE □ Freiwillig □ Bez. amtlich
Nationalität: Religion: Sprachen:	Aufenthaltsstatus: Dolmetscher hinzuziehen: □ ja □ nein	Wohnsituation: □ Eigene Wohnung □ Wohngemeinschaft □ Wohnheim □ bei Eltern □ Seniorenwohnheim □ Verlegung von:
Bezugspersonen/familiär: Bezugspersonen/institutionell:		Kinder: Kinderbetreuung durch:
Beruf: □ arbeitslos	Arbeitsstelle/Tageszentrum/RAV bzw. ALK: □ Anmeldung RAV, AA, ALK erfolgt Ansprechperson: Telefon:	

Finanzen/Einkünfte:		Einkünfte total:	Beteiligte Fachstellen:
□ Arbeitslohn □ ALV □ Alimente □ Suva /UVG □ IV Rente □ beantragt □ IV Taggelder □ EL/HE □ AHV Rente	□ Krankentaggelder □ BVG □ Sozialhilfe □ Andere	Schulden: weitere Massnahmen seitens SD: □ ja □ nein	(Sozialamt, Familienberatung etc.)

Vormundschaftliche Massnahmen: □ Beistandschaft □ Beiratschaft □ Vormundschaft Zuständige AV:	Einweisende Behörde/Zuständigkeit: Einweisungsgrund: □ stationäre Massnahme gemäss Art. .....StGB □ einleitend □ Vollzug □ Krisenintervention □ U-Haft-Status/ Sicherheitshaft-Status □ Begutachtung (Auftrag)

Sozialanamnese:
Diagnose:
Familiäre Situation / Kinder / Haustiere:
Wohnsituation:
Arbeitssituation:
Soziale Probleme:
Procedere SD:
Bereits durchgeführte Schritte:
Weiteres Procedere:

Genogramm

Legende

○	Weiblich	■	geistig und körperliche Probleme	———	verheiratet
⊗	Weiblich gestorben	◧	Drogen- und Alkoholprobleme	——//	geschieden
□	Männlich			……	unverheiratetes Paar
⊠	Männlich gestorben			……//……	Getrenntes Paar

Beziehungen:
grün (positive Beziehung)
rot (konfliktbehaftete Beziehung)

Kommentar: Name: ……

Bachelor Thesis

Erklärung der/des Studierenden zur Bachelor Thesis

Name, Vorname: Sanchez Amadeo

Titel/Untertitel der Bachelor Thesis:
Soziale Arbeit im Spannungsfeld der Psychiatrie – Heute und Morgen!

Grundlegende Überlegungen und Reflexionen zum Handlungsfeld der Sozialen Arbeit in den Psychiatrischen Diensten Aargau AG zu Kompetenzen und Entwicklungspotenzial

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form, auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsinstanz vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Datum: 12.12.2013 *Unterschrift:* Amadeo Sánchez