

Peter Sommerfeld · Regula Dällenbach  
Cornelia Rüegger · Lea Hollenstein

# Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie

Entwicklungslinien einer  
handlungstheoretischen Wissensbasis



Springer VS

---

# Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie

---

Peter Sommerfeld · Regula Dällenbach  
Cornelia Rüegger · Lea Hollenstein

# Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie

Entwicklungslinien einer  
handlungstheoretischen Wissensbasis

Peter Sommerfeld  
Hochschule für Soziale Arbeit der  
FHNW Olten, Schweiz

Cornelia Rügger  
Hochschule für Soziale Arbeit der  
FHNW Olten, Schweiz

Regula Dällenbach  
Hochschule für Soziale Arbeit der  
FHNW Olten, Schweiz

Lea Hollenstein  
Hochschule für Soziale Arbeit der  
FHNW Olten, Schweiz

ISBN 978-3-658-11616-3

ISBN 978-3-658-11617-0 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-658-11617-0

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Lektorat: Stefanie Laux, Stefanie Loyal

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer VS ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>XI</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>XIII</b>
<b>Rahmung/Einleitung</b> .....	<b>1</b>
Ausgangslage und Problemstellung .....	5
Zur Relevanz der Sozialen Arbeit für die Psychiatrie (und das Gesundheitswesen) .....	5
Zum Stand der Professionalisierung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie (im Gesundheitswesen) .....	9
Handlungswissenschaftliche Grundlagen: Was ist und wozu braucht es eine konsolidierte Wissensbasis? .....	13
Der Weg zu einer konsolidierten Wissensbasis der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie – zur Gliederung des Buches .....	25
<b>1 Die leitende Systematik zum Aufbau eines konsolidierten Wissenskorpus der Sozialen Arbeit (in der Psychiatrie)</b> .....	<b>29</b>
1.1 Werner Obrechts Ansatz – Die allgemeine Theorie professionellen Wissens und Handelns .....	30
1.2 Modell des Aufbaus eines konsolidierten professionellen Wissenskorpus .....	34
I.    Meta-Ebene .....	37
II.   Phänomen- und disziplinbezogenes Wissen .....	39
III.  Forschung und Entwicklung .....	40
IV.  Technologisch-praxeologische Ebene .....	42
V.    Ebene der Wirklichkeit bzw. des faktischen professionellen Handelns .....	44

<b>2 Allgemeine Theorie der Sozialen Arbeit:</b>	
<b>Integration und Lebensführung</b> .....	<b>47</b>
2.1 Integration und Lebensführung als die zentralen Begriffe einer Theorie der Sozialen Arbeit – einige theoretische Bezugspunkte ....	50
2.2 Die Metatheorie: Selbstorganisation als evolutionäres Prinzip.....	52
2.3 Die Modellierung von Integration und Lebensführung vor dem Hintergrund der Synergetik.....	56
2.4 Allgemeine Funktionsbestimmung der Sozialen Arbeit .....	65
2.5 Der normative Zielhorizont: Soziale Gerechtigkeit und das „gute Leben“ .....	71
<b>3 Eine arbeitsfeldbezogene Handlungstheorie</b>	
<b>klinischer Sozialer Arbeit</b> .....	<b>83</b>
3.1 Zur Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Sozialer Arbeit .....	86
3.1.1 Das Modell der WHO – Gesundheit und Krankheit in einem bio-psycho-sozialen Verständnis .....	86
3.1.2 Die Sozialpsychiatrie als konzeptioneller Bezugspunkt für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie.....	87
3.1.3 Zwischenfazit und kritische Würdigung.....	91
3.1.4 Die Weiterentwicklung des bio-psycho-sozialen Modells mit dem Modell der funktionalen Gesundheit und der „International Classification of Functioning, Disability and Health“(ICF) .....	93
3.1.5 Die soziale Dimension psychischer Krankheit: zur Komplexität und Dynamik von psychosozialen Krankheitsverläufen.....	97
3.2 Merkmale der sozialen Dimension psychischer Krankheit – Beschreibungswissen .....	102
3.2.1 Merkmale auf der Ebene des Individuums (Dimensionen der Ausstattung) .....	104
3.2.2 Merkmale aus der Perspektive der einzelnen Bereiche in einem Lebensführungssystem .....	112
3.2.3 Konklusion – Zusammenfassende Beschreibung der Merkmale der sozialen Dimension .....	127
3.3 Zusammenhänge zwischen psychischer Krankheit/Gesundheit und der sozialen Dimension – Erklärungswissen für die klinische Soziale Arbeit aus einer bio-psycho-sozialen Perspektive .....	130

3.3.1	„Integration und Lebensführung“ im Hinblick auf psychische Krankheit/ Gesundheit .....	131
3.3.2	Die soziale Dimension aus der Perspektive biologischer Forschung .....	137
3.3.3	Neurobiologie und soziale Umwelt .....	140
3.3.4	Die systemisch-ökologische Konzeption psychischer Krankheit nach Thomas Fuchs .....	144
3.3.5	Bedürfnisbefriedigung und psychische Krankheit/ Gesundheit nach Werner Obrecht .....	148
3.3.6	Bedürfnisbefriedigung und psychische Krankheit/ Gesundheit nach Klaus Grawe .....	154
3.3.7	Zusammenfassung zum Erklärungsmodell der Zusammenhänge der drei Ebenen (bio-psycho-sozial) .....	164
3.4	Zu Funktion und Konzeption der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie	171
3.4.1	Funktionsbestimmung .....	171
3.4.2	Konzeption – Modellierung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie .....	181
3.4.3	Konzeption – Illustration der Umsetzung am Beispiel eines Kliniksozialdienstes .....	190
<b>4</b>	<b>Die technologisch-methodologische Ebene .....</b>	<b>195</b>
4.1	Handlungswissen: der Interventionsmethoden-Pool .....	196
4.1.1	Die Modellierung der Wissensbasis im Hinblick auf die Gestaltung der Bearbeitung der sozialen Dimension .....	196
4.1.2	Methoden und Verfahren der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie .....	215
4.1.3	Kernmethodik klinischer Sozialer Arbeit – das sozialtherapeutische Case Management .....	217
4.1.4	Zur Systematik des Interventionsmethodenpools .....	229
4.2	Handlungswissen: Der Assessment-Diagnostik-Pool. Zur Systematik des fallkonstituierenden Wissens .....	266
4.2.1	Allgemeine Grundlagen zur Diagnostik in der Sozialen Arbeit .....	267
4.2.2	Sachaspekte sozialer Diagnostik – Was ist der Fall? .....	271
4.2.3	Wert-, Interessens- und Zielaspekte sozialer Diagnostik .....	277
4.2.4	Verfahrensaspekte sozialer Diagnose .....	278

<b>5</b>	<b>Ergebnisse eines kooperativen Entwicklungsprojekts: Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit im Rahmen einer integrierten psychiatrischen Versorgung</b> .....	<b>291</b>
5.1	Das modularisierte Instrumentarium auf der Basis des Konzepts von „Integration und Lebensführung“ .....	294
5.1.1	Zur Ausgangslage und zum Entwicklungsprozess .....	294
5.1.2	Die Systematik der Instrumente und Verfahren .....	295
5.2	Screening-Instrument zur Indikationsstellung und Kurzassessment zur ersten Einschätzung eines Handlungsbedarfes .....	303
5.2.1	Zielsetzung und Einsatzbereiche .....	303
5.2.2	Konstruktionsgrundlagen .....	303
5.2.3	Das Instrument.....	305
5.2.4	Evaluation und Weiterentwicklung.....	307
5.2.5	Das Kurzassessment .....	308
5.3	Das diagnostische Instrumentarium zur Erkundung des Lebensführungssystems: Deskriptive und idiographische Systemmodellierung .....	308
5.3.1	Zielsetzung und Einsatzbereiche .....	308
5.3.2	Konstruktionsgrundlagen .....	311
5.3.3	Die Konzeptualisierung der sozialen Diagnose.....	312
5.3.4	Die idiographische Systemmodellierung.....	315
5.3.5	Die deskriptive Systemmodellierung.....	323
5.3.6	Erweiternder Baustein: Ressourceninterview .....	335
5.3.7	Gesprächsführungs- und Beratungskompetenz als Schlüsselqualifikation .....	337
5.3.8	Baustein 3: Soziale Diagnose.....	339
5.4	Interprofessionell abgestimmte Hilfeplanung .....	346
5.4.1	Zielsetzung und Einsatzbereiche .....	347
5.4.2	Beschreibung des Bausteins.....	348
5.4.3	Vorgehen .....	349
5.5	Die Nachsorgebegleitung.....	350
5.5.1	Zielsetzung und Einsatzbereiche .....	352
5.5.2	Beschreibung des Bausteins.....	353
5.6	Fallbeispiel – Illustration der Arbeit mit den einzelnen diagnostischen Instrumenten der deskriptiven Systemmodellierung am Beispiel des Falles Rademann.....	355
5.6.1	Screening .....	356

---

5.6.2 Baustein 1: Ausstattung, Recovery und Sofortmaßnahmen.....	357
5.6.3 Baustein 2: Erkundung Lebensführungssystem .....	360
5.6.4 Baustein 3 .....	369
<b>6 Schlussbetrachtungen und Ausblick .....</b>	<b>373</b>
<b>7 Literaturverzeichnis .....</b>	<b>395</b>

---

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Modell zum Aufbau eines konsolidierten professionellen Wissenskorpus .....	36
Abbildung 2:	Modell zirkuläre Kausalität und relative Systemebenen (vgl. Schiepek et al., 2003: 239).....	54
Abbildung 3:	Lebensführungssystem als bio-psycho-soziale Form des menschlichen Überlebens (und der sozio-kulturellen Evolution).....	59
Abbildung 4:	Das basale Integrationsmodell: 2-Ebenen-Modell .....	61
Abbildung 5:	Funktionale Differenzierung und Integrationsbedingungen der modernen Gesellschaft .....	66
Abbildung 6:	Das Modell der Funktionalen Gesundheit, WHO, 2005: 2375	
Abbildung 7:	Koppelung sozialer mit (bio-)psychischen Prozessen .....	98
Abbildung 8:	Modell der Verlaufskurve .....	99
Abbildung 9:	Die Zeit- und Verhältniskomponente in der Beschreibung der sozialen Dimension (Rüegger, 2012: 94).....	128
Abbildung 10:	Das erweiterte Integrationsmodell (3-Ebenen-Modell).....	133
Abbildung 11:	Das konsistenztheoretische Modell des psychischen Geschehens (in: Grawe, 2004: 189) .....	158
Abbildung 12:	Synchronisation psychischer und sozialer Prozesse als Grundlage und Herausforderung für die interprofessionelle Leistungserbringung .....	188
Abbildung 13:	Organisationsform der Sozialen Arbeit in der Netzwerkklinik.....	191
Abbildung 14:	Entstehung neuer Potenziale durch Zeit und Energie bzw. Arbeit (Quelle: Haken/Schiepek, 2010: 85) .....	198
Abbildung 15:	Funktion der Sozialen Arbeit und dynamische Wirkfaktoren .....	204

Abbildung 16:	Prozessbogen mit Faktoren und weiteren Komponenten .....	205
Abbildung 17:	Dreidimensionales Modell des sozialtherapeutischen Case Managements (der Kernmethodik klinischer Sozialer Arbeit) in Anlehnung an das qualitätsorientierte Case Management von Raiff/ Shore 1997: 40 (vgl. auch Pauls 2013: 302) .....	221
Abbildung 18:	Systematik Interventionsmethoden-Pool .....	230
Abbildung 19:	Der diagnostische Blick .....	274
Abbildung 20:	Die Phasen des diagnostischen Prozesses .....	281
Abbildung 21:	übergeordnetes Handlungsmodell .....	297
Abbildung 22:	Modularisiertes Instrumentarium.....	299
Abbildung 23:	Prozessgestaltung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie .....	302
Abbildung 24:	Instrumente für die soziale Diagnostik .....	310
Abbildung 25:	Pablo Picasso, „Der Stier“, Schritte von Abstraktion und Selektion (Schiepek/Arbeitsgemeinschaft für Systemische Therapie 1999, S. 69) .....	314
Abbildung 26:	Idiographische Systemmodellierung Fall Stefan (vgl. Sommerfeld et al. 2011b: 108) .....	319
Abbildung 27:	Das Lebensführungssystem.....	327
Abbildung 28:	Veränderungsprozess im Lebensführungssystem .....	352
Abbildung 29:	Screeningbogen .....	356
Abbildung 30:	Baustein 1 / Ausstattung, Recovery und Sofortmaßnahmen .	358
Abbildung 31:	Arbeitsblatt 2.A / Lebensführungssystem und Zufriedenheit	360
Abbildung 32:	Problemdynamik im Handlungssystem Arbeit .....	369
Abbildung 33:	Baustein 3 / Soziale Diagnostik.....	371
Abbildung 34:	Schema Ko-Evolution der Profession und Handlungswissenschaft der Sozialen Arbeit .....	378

---

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Dimensionen, förderliche und hinderliche Recovery-Faktoren .....	212
Tabelle 2:	Die vier Aufmerksamkeitsfoci einer integrativen sozialen Diagnostik im Rahmen der Theorie von Integration und Lebensführung.....	276
Tabelle 3:	Mögliche diagnostische Verfahren und Arbeitsweisen entsprechend den vier Aufmerksamkeitsfoci einer integrativen sozialen Diagnostik im Konzept von Integration und Lebensführung .....	289
Tabelle 4:	Screening-Instrument. Die Cut-Offs .....	306

---

# Vorwort

Ein Buch wie das Vorliegende entsteht nicht aus dem Nichts, und es ist auch nicht ausschließlich das Werk der Autorinnen und des Autors. Es gilt daher Dank zu sagen:

Der unmittelbarste Dank geht an Monika Amann und Daniela Hürzeler, die von unschätzbare Hilfe beim Erstellen des satzfertigen Manuskripts waren. Holger Schmid und Edgar Baumgartner, den beiden Leitern der beteiligten Institute (Institut Soziale Arbeit und Gesundheit sowie Institut für Professionsforschung und kooperative Wissensbildung) gilt unser Dank für die großzügige Unterstützung in Form von Zeit, die wir für die Ausarbeitung des Buches bekommen haben. In den Zeiten, in denen wir leben und in den Regimen, in denen auch die Fachhochschulen der Schweiz eingebunden sind, ist dies alles andere als eine Selbstverständlichkeit. Viele andere aus den beteiligten Instituten haben an der einen oder anderen Stelle durch Zuhören, Mitdiskutieren oder auch Kritik ihren Beitrag geleistet. Herauszuheben sind Roland Baur und Joel Gautschi für ihre technische Unterstützung, aber auch für die Mitarbeit in diversen Projekten.

Herauszuheben sind darüber hinaus diejenigen Mitarbeitenden der genannten Institute, die am einen oder anderen Forschungsprojekt beteiligt waren, die in gewisser Weise Vorläufer oder Voraussetzungen waren, auf denen wir hier aufgebaut haben. Unser Dank geht also an die Kollegen und Kolleginnen Raphael Calzaferri, Eva Nadai, Barbara Krattiger, Felix Bühlmann, Regina Klemenz, Daniela Berger, Matthias Hüttemann, Marcel Krebs.

Auf dem Weg zu diesem Buch sind die Projekte in und mit der Praxis wichtige Etappen gewesen. Ein Dank gilt daher allen den Kolleginnen und Kollegen, die uns Einblick in ihre Praxis gewährt und die mit uns in unterschiedlichen Zusammenhängen an der Entwicklung von Lösungen, Konzepten und Instrumenten gearbeitet haben. Stellvertretend seien hier Franz Hierlemann, Giesela Heim, Lisa Aeberhard, Sibylle Schröder, Anna Wurst, Carlo Bornemann, Markus Troxler,

Georg Walker, Roger Schnellmann, Marlise Baumeler Daniel Brechbühl, Ingrid Brenner, Gaby Frei, Silvia Giger, Daniel Kientzler genannt.

Ein besonderer Dank geht weiterhin an Luzia Truniger, der langjährigen Weggefährtin und Direktorin der Hochschule für Soziale Arbeit an der Fachhochschule Nordwestschweiz, erstens dafür, dass sie der Forschung an dieser Hochschule Rahmenbedingungen geschaffen hat, mit denen es überhaupt nur möglich ist, wissenschaftliche Grundlagen aufzubauen, die es trotz allem Anwendungsbezug eben auch braucht. Und zweitens dafür, dass sie mit großer Umsicht es immer wieder geschafft hat, die Hochschule für Soziale Arbeit als Hochschule zu positionieren, und das heißt, den Anspruch an eine hohe Qualität sowohl in den wissenschaftlichen Tätigkeiten wie in der Aus- und Weiterbildung als Leitorientierung für die nach innen gerichtete Strukturbildung zu setzen und vor allem gegen außen erfolgreich zu verteidigen.

Ohne einen aber gäbe es dieses Buch nicht, deshalb sei ihm dieses Buch gewidmet. Zwar ist es mir (Peter Sommerfeld) in vielen tage- und nächtelangen, teils hitzigen und teils unsere Freundschaft auf die Probe stellenden Diskussionen nie gelungen, ein Einverständnis mit ihm herzustellen, und das – davon bin ich jedenfalls immer noch überzeugt – obwohl wir uns eigentlich sehr einig sind in fast allem. Es gäbe dieses Buch jedenfalls nicht, weil er, Werner Obrecht, die leitenden Fragen schon vor vielen Jahren formuliert hat, insbesondere die Frage nach der transdisziplinären Verknüpfung von Wissen und der damit einhergehenden Möglichkeit, Wissen zu akkumulieren und einen professionellen Wissenskorpus der Sozialen Arbeit zu bauen. Es gäbe dieses Buch zudem nicht in seiner jetzigen Form, weil vieles auf den Antworten aufbaut, die er selbst gegeben hat, die wir verwenden konnten, und die uns zugleich auch wieder neue Fragen gestellt haben, an denen wir uns auf unsere Weise abgearbeitet haben, die uns angetrieben und angespornt haben, und die uns schließlich zu unseren Antworten geführt haben.

So kann nun dieses Buch, an dem wir lange gearbeitet haben, endlich abgeschlossen und sozusagen in die Welt entlassen werden. Mit Werner Obrecht hoffen wir, dass es der Wissenschaft und der Professionalisierung der Sozialen Arbeit dienen möge. Und obwohl er mit Sicherheit mit vielem nicht einverstanden sein wird, was in diesem Buch geschrieben wurde, so hoffen wir doch, dass er die Wertschätzung für sein Werk, die in diesem Buch zum Ausdruck gebracht wird, erkennen und genießen möge.

Im Herbst 2015

Peter Sommerfeld, Regula Dällenbach, Cornelia Rüeegg, Lea Hollenstein

---

# Rahmung/Einleitung

Dieses Buch ist der Versuch, mehr als zehn Jahre kontinuierliche Forschungsarbeit über die Soziale Arbeit in der Psychiatrie bzw. mit psychisch kranken Menschen zu bündeln und in eine weiterführende Form zu bringen. Und dieses Buch ist zugleich der Versuch, die Erkenntnisse aus einer nunmehr über zwanzigjährigen Forschungstätigkeit über das professionelle Handeln in der Sozialen Arbeit in diversen Arbeitsfeldern – und einer ebenso langen Auseinandersetzung mit der Sozialen Arbeit als wissenschaftliche Disziplin – so zu bündeln, dass diese aus unserer Sicht weiterführende Form entstehen kann. *Das Ziel*, das wir in diesem Sinn mit diesem Buch anstreben, ist, einen *Grundstein für die Entwicklung eines handlungswissenschaftlich konsolidierten Wissenskorporus der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie* zu legen, *der als Wissensgrundlage für die weitere Entwicklung dieses Arbeitsfeldes zu einer vollständig professionalisierten Praxis* dienen soll.

Wir verstehen dieses Buch zugleich auch als Beitrag zu einer sozialarbeitswissenschaftlichen Grundlegung und Profilierung dessen, was unter „klinischer Sozialer Arbeit“ zu verstehen ist und reihen uns insofern in diesen Ansatz zur theoretischen Konzipierung und Gestaltung der Sozialen Arbeit als professionelle Praxis ein (z.B. Pauls 2013; Hahn, 2010; Gahleitner & Hahn, 2008; Ortmann & Röh, 2008; Mühlum, 2002). Pauls definiert „klinische Sozialarbeit als integrierten professionellen Ansatz zur Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt. Klinische Sozialarbeit ist spezialisiert beratende und behandelnde Soziale Arbeit in den Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens“ (Pauls, 2013c: 17). Er fasst die „klinische Sozialarbeit“ damit in Übereinstimmung mit den soeben genannten Protagonist/innen dieses Ansatzes bewusst sehr weit.

Wir gehen ebenso bewusst, aufgrund der eigenen Forschungserfahrungen, zunächst einen engeren Weg, nämlich entlang eines spezifischen Arbeitsfeldes, noch dazu eines, in dem die Soziale Arbeit eine eher marginale Rolle spielt, in dem

sie aber zugleich, unserer Ansicht nach, ein enormes Potenzial hat. Wir gehen davon aus, dass auf diesem Weg ein Erkenntnisstand formuliert werden kann, der von Bedeutung für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und mithin für die klinische Soziale Arbeit, ja in den grundlegenden Aspekten für die Soziale Arbeit im Allgemeinen ist. Der Bezugspunkt für diese weitreichende Bedeutungszuschreibung liegt in der soeben zitierten Definition bzw. in dem für uns zentralen Zuschnitt klinischer Sozialer Arbeit als „integrierter professioneller Ansatz“, der die „psycho-soziale Passung“, oder in unserer Terminologie, die „psycho-soziale Dynamik“, oder in einer älteren Formulierung die „Schnittstelle zwischen Individuum und Gesellschaft“ (z.B. Heiner, 2007: 101 ff.; Staub-Bernasconi, 2007: 180) als Gegenstandsbereich der Sozialen Arbeit insgesamt ausweist.

Daran anschließend stellt sich die Frage, was unter einem „integrierten Ansatz“ zu verstehen ist bzw. wie eine solche Integration geleistet werden kann. Das äußerst verdienstvolle Werk von Helmut Pauls, aus dem das Zitat stammt, ist in unserer Lesart der Versuch, den integrierten Ansatz der klinischen Sozialarbeit dadurch herzustellen, dass er Wissen rund um das bio-psycho-soziale Verständnis von Gesundheit und Krankheit und ein damit einhergehendes Verständnis des Menschen mit Wissen zur Behandlung von Problemen der „psycho-sozialen Passung“ kombiniert und lehrbar aufarbeitet. Der Ansatz einer konsolidierten Wissensbasis geht weiter. Wir werden mit den Ausführungen im nachfolgenden Kapitel zu unserer Ausgangslage und Problemstellung näher erläutern, was unter einem handlungswissenschaftlich konsolidierten Wissenskörper zu verstehen ist, warum ein solcher aus unserer Sicht für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit insgesamt wichtig und in diesem Sinn eben weiterführend für die Entwicklung der Sozialen Arbeit, und insbesondere ihres Teilbereichs der klinischen Sozialen Arbeit, ist. An dieser Stelle ist es lediglich wichtig, darauf hinzuweisen, dass zu diesem Zweck notwendig Wissen aus unterschiedlichen Disziplinen mit dem disziplinären Wissen, insbesondere der disziplinären Theoriebildung, verknüpft werden muss und zwar im Hinblick auf handlungswissenschaftliche Fragestellungen bzw. auf eine handlungswissenschaftliche Systematik der Disziplin Soziale Arbeit.

Die konsolidierte Wissensbasis und der integrierte Ansatz, so unsere Arbeitshypothese, zielen grundsätzlich auf dasselbe, nämlich im Sinne der Professionalisierung der Sozialen Arbeit unterschiedliche Formen von Wissen (Faktenwissen, nomologisches oder theoretisches Wissen sowie technologisches oder zumindest praxeologisches Wissen) so miteinander zu verschränken, dass es als Grundlage für die Praxis und somit für die Aus- und Weiterbildung dienen kann. Der Unterschied besteht darin, dass wir wissenschaftstheoretisch tiefer auf die Frage der Transdisziplinarität und der damit einhergehenden Frage nach der Verknüpfung unterschiedlicher Wissenssorten (insbesondere pragmatisches und wissenschaft-

liches Wissen) und von Wissen aus unterschiedlichen Disziplinen eine Antwort suchen und damit, sollte dies gelingen, einen weiterführenden Beitrag leisten können. Das ist zumindest der Anspruch. Wir wollen also einen *genuinen Beitrag der Theoriebildung der Sozialen Arbeit* leisten, der das Wissen in einer sozialarbeitswissenschaftlichen Systematik verknüpft, der von seinem Anspruch her also in der Lage sein soll, Wissen transdisziplinär zu integrieren und der als solcher ebenfalls in der Praxis nutzbar sein soll, der aber zugleich und vor allem ein Programm darstellen wird, das die weitere Entwicklung der (klinischen) Sozialarbeit systematisch strukturieren kann. Weil wir die Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft begreifen, besteht ihre Theoriebildung, und damit ihre wissenschaftliche Leistung und ihr wissenschaftlicher Fortschritt, in solchen transdisziplinären Re-Kombinationen von Wissen im Hinblick auf die Handlungsanforderungen der Praxis. Das ist die Kernaufgabe einer handlungswissenschaftlichen Disziplin. Dieses Buch ist also ein Versuch, exemplarisch zu zeigen, was das heißt und wie dies aussehen kann.

Das vorliegende Buch ist also weiterhin, und in Übereinstimmung mit den soeben formulierten Aussagen, ein Versuch, Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit in spezifischer Weise in Beziehung zueinander zu setzen. Eine Funktion davon ist, dass mit einer solchen Form des In-Beziehung-Setzens, die wir in den folgenden Kapiteln explizieren und ausarbeiten werden, eine Grundlage für die professionelle Identitätsbildung geschaffen werden soll. Ein Aspekt davon ist, dass mit der konsolidierten Wissensbasis, die daraus entsteht, ein festerer Boden für das Handeln geschaffen werden soll, der zirkulär die Identität festigen kann. Der Zugang über ein spezifisches Arbeitsfeld hat auch in dieser Zielrichtung seine Begründung.

Der Zugang über das Arbeitsfeld Psychiatrie und der zugleich damit verbundene Anspruch, allgemeine für die Theoriebildung der Handlungswissenschaft „Soziale Arbeit“ interessante Aussagen machen zu können, hat einen weiteren Grund in der Form, in der die Soziale Arbeit weitgehend institutionalisiert ist, die eine Reihe von zum Teil sehr unterschiedlichen Arbeitsfeldern hervorgebracht hat. Die Soziale Arbeit ist strukturell dadurch gekennzeichnet, dass sie an fremden Funktionssystemen „andockt“<sup>1</sup>, hier an das Gesundheitssystem. Das heißt, dass sie trotz ihrer allgemeinen Funktion als Soziale Arbeit in den unterschiedlichen, an anderen Funktionssystemen angedockten Arbeitsfeldern immer auch spezifische

---

1 Wir haben diese Struktur ausführlich an anderer Stelle herausgearbeitet (vgl. Nadai, Sommerfeld, Bühlmann, & Krattiger, 2005). Für ein anderes Arbeitsfeld, die betriebliche Soziale Arbeit, haben wir diese Struktur empirisch noch einmal sehr deutlich herausarbeiten können (vgl. Baumgartner & Sommerfeld, 2015b).

Funktionen erfüllen, spezifische Andockstellen bedienen, spezifische Positionen in spezifischen Kommunikations- und Interaktionsstrukturen entwickeln und daher verschiedenes Wissen für die Ausgestaltung ihrer Funktion heranziehen und selbst produzieren muss. Sie entwickelt dabei pragmatisch, das heißt im unmittelbaren Handeln, auch unterschiedliche Arbeitsweisen, die einen wesentlichen Teil des Wissenskorpus, nämlich seine aktuelle Gestalt, konstituieren, wie später deutlich werden wird.

Die Theoriebildung der Sozialen Arbeit, sofern sie die empirische Ausprägung der real existierenden Sozialen Arbeit mit in ihre Überlegungen einbezieht und von daher schon transdisziplinär ausgestaltet, ist deshalb vor die Aufgabe gestellt, sowohl das Allgemeine, als auch das Spezifische einzubeziehen. Wir wollen mit diesem Buch also auch den Versuch wagen, diese Verknüpfung von Allgemeinem und Spezifischem und die damit zusammenhängende Integration von Wissen, exemplarisch einmal durchzuspielen, um daran letztlich zu prüfen, inwieweit dies als Modell für die Theoriebildung in verschiedenen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit dienen kann, um arbeitsfeldspezifische konsolidierte Wissenskorpuse zu bilden. Es soll am Beispiel der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie, im Hinblick auf die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, gezeigt werden, dass dieser Weg möglich ist und somit, wie die handlungswissenschaftliche Konsolidierung des professionellen Wissens in diesem Feld, und somit dessen Professionalisierung, aussehen kann. Denn in unserem Verständnis von professionellem Handeln stützt sich dieses auf wissenschaftliches Wissen – oder es ist keines.

Der Ansatz, einen handlungstheoretisch fundierten professionellen Wissenskorpus zu bilden, der sowohl eine aktuelle arbeitsfeldbezogene Theorie als auch eine Grundlage für das professionelle Handeln in diesem Arbeitsfeld darstellen soll, ist anspruchsvoll. Im Buch werden sowohl die Voraussetzungen, auf denen dieser Ansatz aufbaut, als auch die unterschiedlichsten Wissensbezüge und die Theorien expliziert, mit denen diese verarbeitet und in diesem Sinn verknüpft werden. Dies hat trotz allem Bemühen um eine möglichst einfache Sprache dazu geführt, dass ein durchaus anspruchsvoll zu lesender Text entstanden ist, der gleichwohl neben der wissenschaftlichen Community die Community of Practice adressiert und beide auffordert, den Grundstein, den wir hier legen, aufzugreifen und den Wissenskorpus zu einem ansehnlichen Gebäude auszubauen. Die Metapher des Grundsteins soll zum Ausdruck bringen, dass der professionelle Wissenskorpus selbstverständlich ein entwicklungsoffenes Gebilde und Projekt ist, an dem noch viel zu arbeiten ist und an dem Viele in Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit weiterarbeiten müssten, wenn er tatsächlich die Funktion erfüllen soll, die wir ihm zuschreiben. Daher der Hinweis: Es ist durchaus möglich, nach der Lektüre der nachfolgenden Beschreibung der Ausgangslage und Problemstel-

lung, die für das Verständnis unseres Ansatzes zwingend notwendig ist, zuerst die eher praxisbezogenen Kapitel in diesem Band (zu „Verfahren“ und „Diagnostik“) und dann erst die eher theoretischen Kapitel (zur „allgemeinen Theorie“ und zur „arbeitsfeldspezifischen Handlungstheorie“) zu lesen und sich zuletzt mit den erkenntnistheoretischen Grundlagen zur transdisziplinären Verknüpfung von Wissen auseinanderzusetzen („transdisziplinäre Systematik“). Der eigentliche Wert der vorliegenden Arbeit liegt gleichwohl in der Verknüpfung von Wissen über die unterschiedlichen Ebenen hinweg, die das Buch gliedern und in den einzelnen Kapiteln abgearbeitet werden. Wer an der Disziplinbildung und der Professionalisierung der Sozialen Arbeit interessiert ist, wird letztlich nicht umhin kommen, sich mit dieser Komplexität auseinanderzusetzen, die wir mit unseren Möglichkeiten versucht haben, in eine weiterführende Form zu bringen. Und das heißt, das ganze Buch (oder viele andere) durchzuarbeiten.

---

## **Ausgangslage und Problemstellung**

Wenn man sich mit der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie auseinandersetzt, dann lassen sich zwei Haupterkenntnisse sozusagen nicht vermeiden: die enorme (potenzielle) Relevanz und der (faktisch) wenig ausgebaute Status einer professionellen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie (und im gesamten Gesundheitswesen). Im ersten Teil dieses Kapitels werden diese beiden hier einfach in den Raum gestellten Punkte zur Charakterisierung der Ausgangslage ausgeführt. Diese Ausgangslage konstituiert die Problemstellung, nämlich die Frage, wie dieses Potenzial durch die Soziale Arbeit erschlossen werden kann. Zur Beantwortung dieser Frage werden sodann einige handlungswissenschaftliche Grundlagen erläutert. Insbesondere wird das bereits in der Einleitung als bedeutsam gekennzeichnete Konzept einer „konsolidierten Wissensbasis“ eingeführt.

---

## **Zur Relevanz der Sozialen Arbeit für die Psychiatrie (und das Gesundheitswesen)**

Zwei unserer eigenen Forschungsarbeiten, von denen im weiteren Verlauf der Ausführungen immer wieder die Rede sein wird, haben wesentlich zu diesen leitenden Aussagen bezüglich der Relevanz und der entwicklungsfähigen Professionalität der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie beigetragen. Im ersten Forschungsprojekt haben wir den Verlauf des Lebens von Personen, die unter anderem aus der stationären Psychiatrie entlassen wurden, intensiv über einen Zeitraum von bis zu einem

Jahr begleitet und untersucht (Sommerfeld, Hollenstein, & Calzaferri, 2011)<sup>2</sup>. Der Kern dessen, was wir mit diesem Buch vorstellen, ist aus dieser Forschungsarbeit entstanden. Eine zentrale Erkenntnis hat sich eher beiläufig ergeben, weil wir die Verläufe und deren Dynamik so genau angeschaut haben, wie nur irgend möglich: Die in den Fall involvierten Professionellen jeglicher Provenienz kennen die soziale Dynamik (mit einer Ausnahme) nicht. Die soziale Dimension wird in ihrem Zusammenhang zur Problematik der aktuellen Lebensführung und zur Genese der psychischen Erkrankung nicht wahrgenommen und dementsprechend auch nicht, bzw. allenfalls bruchstückhaft, bearbeitet. Wir haben dieses Phänomen als „Unterbelichtung der sozialen Dimension“ bezeichnet.

Weil es nur relativ wenige Fälle waren, und weil es ein eher beiläufig entstandenes Ergebnis das allerdings aus unserer Sicht von großer Bedeutung war, haben wir ein Anschlussprojekt konzipiert, in dem wir unter anderem dieser Frage systematisch nachgegangen sind, nämlich inwieweit die soziale Dimension in einer als fortschrittlich geltenden Psychiatrie in der Schweiz bearbeitet wird.<sup>3</sup> Das Ergebnis dieser Arbeitsfeldstudie hat die Hypothese bestätigt, dass die soziale Dimension zwar von allen Befragten als extrem wichtig kodiert wird, dass sie zugleich aber seltsam unterbelichtet bleibt, weil niemand Genaueres dazu sagen kann und sie daher mit Kategorien wie Sozialversicherung, betreutes Wohnen, generell „Anschlusslösungen“ etc., abgegolten wird. Es bleibt natürlich eine Frage, inwieweit diese Ergebnisse aus den beiden qualitativen Studien generalisiert werden können. Dazu lässt sich an der Stelle schon einmal sagen, dass in der Forschungsliteratur die Behandlung der sozialen Dimension praktisch nicht vorkommt, und dass unsere These der Unterbelichtung der sozialen Dimension, die wir in unterschiedlichsten Kontexten, u.a. in dem neuen „Standardwerk“ zur „Sozialen Psychiatrie“ (Rössler & Kawohl, 2013; Sommerfeld & Rügger, 2013) publiziert haben, in ca. zwei Dutzend Vorträgen in Psychiatrien, u.a. am Deutschen Psychiatriekongress und selbstverständlich in den von uns untersuchten Organisationen, vorgestellt haben, vollständig unwidersprochen geblieben ist und im Gegenteil bei den Anwesenden jeweils einhellige Zustimmung gefunden hat. Entscheidend wird unsere These aber von den gebräuchlichen Diagnostiksystemen (ICD-10, DSM 4) gestützt, in denen soziale Aspekte entweder als „Störung des Sozialverhaltens“ klassifiziert oder nur am Rande und auf rudimentäre Weise erhoben werden. Damit ist weder

---

2 Diese Studie wurde im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms NFP 51 zu „Integration und Ausschluss“ realisiert und vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) mitfinanziert.

3 Auch dieses Forschungsprojekt wurde vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) mitfinanziert.

die soziale Dimension, noch die psycho-soziale Dynamik adäquat zu erfassen und folglich kommt sie eben auch nicht angemessen in den (medizinischen) Blick. Und wenn, wie z.B. in der von uns untersuchten Psychiatrie beim „intensiven Case Management“ unter der Federführung der Sozialen Arbeit an der sozialen Lebensführung von Patient/innen gearbeitet wird (vgl. Sommerfeld, Hollenstein, & Krebs, 2008), handelt es sich oft um Modellversuche, die nur einer kleinen Zahl von Patient/innen zugutekommen und deren Überführung in eine Regelpraxis der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie keineswegs gesichert ist.

Dies wäre nicht weiter der Kritik wert, wenn die soziale Dimension nicht einen erheblichen Einfluss auf den Verlauf von (psychischen) Krankheiten hätte. Dies ist wiederum ein Hauptergebnis aus unserer ersten Studie, das von der sozialepidemiologischen Forschung massiv gestützt wird (allgemein Wilkinson & Pickett, 2012, vgl. auch die „Überlegungen zu einer Sozialpathologie“ von Pauls (2013: 117ff)). Es hat sich in allen unseren Fällen gezeigt, dass die psychischen und die sozialen Prozesse aufs engste miteinander verzahnt sind, wenn man genauer hinschaut, so dass wir von einer „strukturellen Koppelung“, also von einer gegenseitigen Bedingtheit der sozialen und psychischen Prozesse, ausgehen. Ein paar wenige Belege aus der Literatur für den großen Einfluss sozialer Faktoren mögen an dieser Stelle genügen, um diese Verallgemeinerung hier abzustützen (wir gehen später in Kapitel 3.2 noch näher auf den Forschungsstand dazu ein). So stellt Peter Meyer, der damalige Leiter des Schweizer Gesundheitsobservatoriums, auf einer breiten Datenbasis fest, dass der Einfluss der sozialen und kulturellen Determinanten – sozio-ökonomischer Status, Bildung, soziale Ressourcen, familiäres und soziales Umfeld – auf die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung erheblich ist (vgl. Meyer, 2009: 341). Im Gesundheitsbericht 2012 zur Psychischen Gesundheit in der Schweiz wird festgehalten: „Der Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischem Status und gesundheitlicher Ungleichheit ist für den Bereich der psychischen Gesundheit unbestritten“ (Schuler, Burla, Ruesch, & Weiss, 2012: 6). Der berühmt gewordene „Marmot Report“ (Marmot et al., 2010) weist den direkten Einfluss sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit der Bevölkerung in Großbritannien nach, der sich u.a. in einer deutlich geringeren Lebenserwartung (sieben Jahre weniger im Vergleich der untersten 5 % zu den obersten 5 % der Einkommensverteilung, (Marmot, 2013: 24) sowie vor allem in erheblich größeren und früheren Beeinträchtigungen durch chronifizierte Leiden zeigt, zu denen auch psychische gehören (17 Jahre weniger Lebenserwartung ohne schwere Beeinträchtigung zwischen den genannten Vergleichsgruppen, Marmot, 2013: 24). Unsere oben erwähnte eigene Forschung hat durch die Rekonstruktion der Verlaufsdynamik zudem gezeigt, dass die sozialen Faktoren sehr viel differenzierter wirken, als dies mit den relativ groben Maßen, wie z.B. dem sozio-ökonomischen Status, erfasst werden kann und

daher auch viel differenzierter abgebildet werden müssten, wenn ihre Bedeutung vollständig erfasst und vor allem in Bezug auf die fallbezogenen Interventionen angemessen gewürdigt werden sollen (Sommerfeld et al. 2011: 150ff).

Andererseits ist die soziale Dimension im Hinblick auf psychische Erkrankungen nicht nur als ein Ursachenbündel zu verstehen, sondern eine psychische Erkrankung wirkt sich fast immer auf alle Bereiche der Lebensführung eines Menschen aus und führt nicht selten in die Armut und in die Randbereiche der Gesellschaft (zu sozialer Exklusion vgl. Rüscher, 2013; Richter, Eikelmann, & Reker, 2006). Doch nicht nur die direkt Erkrankten werden beeinträchtigt. Es zeigen sich soziale Auswirkungen im Umfeld der Betroffenen in Form von familiären Belastungen, insbesondere von Kindern psychisch Kranker, Erwerbsausfall, Gewalthandlungen, Wohnungslosigkeit u.a.m. (Wir gehen später in Kapitel 3.2 auf die diversen Punkte noch ausführlich ein).

Zusammengefasst liegt also eine zirkuläre Bedingungskonstellation vor (vgl. Sommerfeld & Hierlemann, 2004): Soziale Faktoren sind maßgebliche Faktoren für psychische Krankheiten und diese wiederum sind häufig Ursache für gesellschaftliche Ausschlussprozesse, die sich wiederum auf den Verlauf der psychischen Krankheit und die Lebenssituation der Erkrankten auswirken. Letzteres fällt traditionell in das Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit. Interventionen auf der sozialen Ebene, die auf die Behandlung der psychischen Krankheit zielen, sind eher Neuland bzw. werden mit dem Ansatz der „klinischen Sozialarbeit“ erst seit kurzem als Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit dargestellt (Pauls 2013: 16). Wir postulieren in Übereinstimmung mit z.B. Pauls an der Stelle, dass die Soziale Arbeit in der Psychiatrie beides anstreben und können muss, und dass damit die Lücke bezüglich der Bearbeitung der sozialen Dimension geschlossen werden kann.

Die Weltgesundheitsorganisation, die selbst eine riesige Menge von Daten zur Gesundheitssituation erzeugt, sammelt und auswertet – und übrigens feststellt, dass psychische Erkrankungen aufgrund deren rasanter Zunahme und Verbreitung<sup>4</sup> als eine der größten Herausforderungen im Bereich Public Health anzusehen sind (Weltgesundheitsorganisation, 2009) – trägt der Bedeutung der sozialen Dimension mit dem „*bio-psycho-sozialen Modell von Krankheit und Gesundheit*“ seit langem auf einer übergeordneten Ebene Rechnung. Kurzum: Niemand bestreitet die Bedeutung der sozialen Dimension alle sind sich einig, dass es sich hierbei um ein bedeutsames Ursachenbündel handelt. Damit sollte die (potenzielle) Relevanz der Sozialen Arbeit für diesen Bereich bereits hinreichend deutlich geworden

---

4 Pro Jahr erkranken rund 40 % der erweiterten EU-Bevölkerung an einer psychischen Störung (vgl. Wittchen et al., 2011).

sein, ebenso wie, dass hier ein für die Soziale Arbeit hochgradig interessantes Feld mehr oder weniger brach liegt. Damit wenden wir uns der anderen Seite zu, nämlich dem Stand der Professionalisierung der Sozialen Arbeit in Bezug auf dieses Feld.

---

## **Zum Stand der Professionalisierung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie (im Gesundheitswesen)**

Die Soziale Arbeit kann auf eine lange Tradition im Gesundheitswesen zurückblicken. Sie beschäftigt sich seit den frühen Phasen ihrer Entstehung mit Gesundheits- und Krankheitsprozessen und deren sozialen Auswirkungen (vgl. Geißler-Piltz, 2009: 13). Und sie ist in unterschiedlichen Kontexten im Gesundheitswesen, vor allem in Kliniken und in der Suchtarbeit, tätig und ist insofern eben in unserer Begrifflichkeit an das Gesundheitssystem „angedockt“. Auch in der Psychiatrie lässt sich eine lange sozialpädagogische wie auch sozialarbeiterische Entwicklungslinie feststellen<sup>5</sup>. Die Entstehung der neuzeitlichen Psychiatrie wie auch das Verhältnis von Psychiatrie und Sozialer Arbeit lässt sich eigentlich nur vor dem Hintergrund einer Sozialgeschichte der Armut und Formen bürgerlicher „Armenfürsorge“ angemessen verstehen (vgl. Dörr, 2005), denn seit jeher stand bzw. steht Armut und psychische Krankheit, wie oben bereits erwähnt, aufgrund von Exklusionstendenzen im Zusammenhang mit „Verrückt-Sein“ in einem engen wechselseitigen Verhältnis. Engel (1996, zitiert in: Dörr, 2005: 130) verweist beispielsweise darauf, dass das wesentliche Element in der Entstehung der Psychiatrie in der Medizinalisierung von zu der Zeit gängigen (sozial)pädagogischen Besserungspraktiken lag. In gewisser Weise hat damit ein anderer Leitdiskurs neue Strukturen, auch im Verhältnis der Berufsgruppen zueinander, geschaffen, die heute nach wie vor wirksam sind.

Mit der zunehmenden Auflösung der Anstaltspsychiatrie, spätestens ab den 1970er Jahren und dem damaligen Durchbruch der Idee der Sozialpsychiatrie, eröffnete sich für die Soziale Arbeit prinzipiell eine neue konzeptionelle Basis für interprofessionelle Aushandlungsprozesse. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass in diesem Zusammenhang die Soziale Arbeit einen Bedeutungszuwachs erfuhr, der jedoch im internationalen Vergleich sehr unterschiedlich genutzt

---

5 Für eine ausführlichere Beschreibung der Geschichte der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie siehe Staub-Bernasconi, 2005; für eine Fokussierung auf die Schweiz am Beispiel der Klinik Waldau (Universitäre Psychiatrische Dienste Bern) siehe Wyssen-Kaufmann, 2005.

werden konnte (ausführlicher Sommerfeld & Rüeegger, 2013). So ist z.B. in den USA der Bereich „Mental Health“ ein Hauptbetätigungsfeld der Sozialen Arbeit, in dem ein großer Teil der Forschungsgelder akquiriert wird und in dem ein großer Teil der Sozialarbeitenden beschäftigt ist. „Clinical Social Work“ (CSW) kann dort, zumindest wenn man die akademischen Abschlüsse als Indikator wählt, als vollständig akademisierte Profession angesehen werden. Die Clinical Social Worker, die freilich nicht alle im Bereich „Mental Health“ arbeiten, bilden die größte Gruppe (vgl. Pauls, 2004: 13) unter den Sozialarbeitenden der USA (von den Mitgliedern der National Association of Social Work sind ca. 70 % mit Masterlevel und 40 % mit Doktorgrad der CSW zuzurechnen). Es kann konstatiert werden, dass die Soziale Arbeit in den USA eine bedeutende Profession im Kontext von psychischer Krankheit geworden ist, die einen relativ großen Teil der Versorgung und Behandlung psychisch Kranker gewährleistet und mit dem „Recovery-Ansatz“ (bspw. Amering & Schmolke, 2007) einen theoretischen Bezugspunkt gefunden hat, der eine sozialökologische (Onken, Craig, Ridgway, Ralph, & Cooke, 2007), sozialarbeiterische Herangehensweise eröffnet, die weitgehend eigenverantwortlich praktiziert wird.

Im deutschsprachigen Raum, auf den wir uns im Weiteren beziehen, ist die Situation anders. Ein spezifisches Qualifikationsprofil beginnt sich mit den Master-Studiengängen in „klinischer Sozialarbeit“ erst langsam und in ersten Konturen abzuzeichnen, die aber keineswegs für ein bestimmtes Arbeitsfeld qualifizieren. Forschungsarbeiten sind allenfalls vereinzelt zu finden. Die rein schon zahlenmäßige Präsenz der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen ist gegenüber den anderen Berufsgruppen gering (in der Schweiz ca. 6 % aller Angestellten), obgleich auf der anderen Seite ca. ein Viertel der berufstätigen Sozialarbeitenden in Deutschland im Gesundheitssystem arbeiten (Homfeldt, 2012: 489). In der Schweiz dürften es nach einer Recherche beim Schweizerischen Bundesamt für Statistik ca. 20-25 % sein.<sup>6</sup>

Der dominante Diskurs ist der medizinische, demgegenüber die Soziale Arbeit ihre eigenen professionellen Bezugspunkte bislang nicht in einer Form zur Geltung bringen kann, die als interprofessionelle Kommunikation in Form eines Austausches zwischen gleichwertig anerkannten Professionen bezeichnet werden könnte (vgl. Quindel, 2004). Der daran anschließende entscheidende Punkt ist aber, dass der dominante Modus, mit der die interprofessionelle Kooperation im Hinblick auf

---

6 Simon Süsstrunk (2015): Personal Sozialer Arbeit im schweizerischen Gesundheitswesen. Unveröffentlichtes Manuskript, Olten: FHNW. Die nicht ganz präzisen Angaben hängen mit den nicht ganz trennscharfen Kategorien zusammen, mit denen die Berufe beim Bundesamt für Statistik kategorisiert werden.

die Soziale Arbeit strukturiert wird, wie wir schon vor 20 Jahren in einer Studie herausgearbeitet haben (Sommerfeld/Gall 1996), und wie es sich mit unserer oben bereits erwähnten Arbeitsfeldstudie bestätigt hat, *Delegation* ist (vgl. Hollenstein & Sommerfeld, 2009). Neben unseren eigenen Forschungsarbeiten wird von verschiedenen Autorinnen und Autoren (bspw. Carigiet, 2004; Crefeld, 2005; Homfeldt & Sting, 2006) gezeigt, dass die Soziale Arbeit zwar von den in der Gesundheitsversorgung etablierten Disziplinen (bspw. somatische Medizin, Psychologie, Psychiatrie) hoch geschätzt wird<sup>7</sup>, aber genau in dem Zuschnitt, wie er aus *deren* Sicht sinnvoll erscheint. Damit geht einher, dass die Soziale Arbeit nicht als gleichwertig, nämlich nicht als Profession, wahrgenommen wird. Sozialarbeitende im klinischen Bereich gehören in der Regel nicht zum behandelnden Kernteam, sondern werden je nach Bedarf der delegierenden Profession für konkrete Aufgaben (bspw. das Suchen einer neuen Wohnform oder das Erschließen von Sozialversicherungsansprüchen) als „Support“ hinzugezogen (vgl. Bienz & Reinmann, 2004). Sie sind daher auch folgerichtig mit beschränkten Ressourcen ausgestattet. Wir kommen daher in einer unlängst erschienenen Publikation, zu der wieder einmal ernüchternden Feststellung, *dass die Soziale Arbeit in der Psychiatrie die Form einer funktional enggeführten Hilfsprofession hat* (vgl. Sommerfeld & Rügger, 2013).

Dies alles wird von den rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen noch unterstrichen. Das Sozialwesen und das Gesundheitssystem sind getrennte Systeme, die vollkommen unterschiedlich aufgebaut sind, die in Administration und Politik zumeist unterschiedlichen Ressorts angehören. Und da die Soziale Arbeit kein anerkannter Gesundheitsberuf ist, bewegt sie sich oft in einer rechtlichen oder finanziellen Grauzone, was den Status der Hilfsprofession natürlich unterstreicht und zu dessen Reproduktion beiträgt.

All das heißt übrigens nicht, dass die Soziale Arbeit nicht einen wertvollen Beitrag in der Psychiatrie leisten würde, und es heißt auch nicht, dass von Einzel-

---

7 Zitat eines Arztes aus unserer Arbeitsfeldstudie, mit dem die Hilfsfunktion und zugleich das Potenzial deutlich wird, auch wenn es der Arzt natürlich nicht so meint, dass die Bearbeitung der sozialen Dimension über den Erfolg der Therapie letztlich entscheidet und die Soziale Arbeit dies eben leisten könnte (Sommerfeld/ Hollenstein/ Krebs 2008: 6): *„Die Effizienz steht und fällt mit der Sozialen Arbeit. Die Behandlung selber ist heute nicht mehr das Problem, da gibt es viele Fortschritte (...). Das Problem ist vielmehr, dass es keine nachgestaffelten Gefässe gibt, wo man die Leute hinbringen könnte. Und dort kommt der Sozialen Arbeit ein grosser Supportfaktor zu, sei es im Hinblick auf Platzierungen, auf Vormundschaften, bei Schuldensanierungen, im Umgang mit Behörden, im Sozialversicherungsbereich, (...). Von diesem Support hängt schlussendlich die Effizienz ab. Da sind Mediziner/innen, denen hier ein Know-how fehlt (...), auf die Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit angewiesen.“*

nen oder an einzelnen Stellen nicht hervorragende und zum Teil auch das Etikett „professionell“ verdienende Arbeit geleistet würde. Im Gegenteil ist es geradezu erwartbar, dass dieses weitgehend brachliegende Feld immer wieder von Sozialarbeitenden zu innovativen Vorstößen genutzt wird, von denen wir einige vorstellen werden. Und es ist zu erwarten, so wie wir es in der bereits zitierten älteren Studie vorgefunden haben, dass Einzelne sich aufgrund ihrer persönlichen Kompetenzen und der Beziehungen, die sie sich persönlich in ihrem praktischen Umfeld aufbauen, „Nischen“ schaffen können, in denen sie professionell handeln und dann auch so wahrgenommen werden (Sommerfeld & Gall, 1996). Nur wird das dann der Person zugeschrieben, die eben außergewöhnlich ist, und nicht der Sozialen Arbeit. Die Zuschreibung auf die Soziale Arbeit würde bedeuten, dass es im Feld eine weitere Profession gibt, die systematisch zu berücksichtigen wäre, und nicht einen einzelnen Menschen, den man gut gebrauchen kann und der vernünftige Dinge tut oder eine eng definierte Funktion erfüllt. Das ist ein entscheidender Unterschied.

Das oben betonte große Potenzial, das die Soziale Arbeit in der Psychiatrie aus unserer Sicht hätte, bildet zusammen mit der „Unterbelichtung“ der sozialen Dimension in der Behandlung psychisch Kranker einen spannungsreichen Befund, der die Frage aufwirft, was es denn braucht, um erstens die soziale Dimension besser bearbeiten zu können und zweitens, die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit dafür in Anschlag bringen zu können, um drittens den Status einer vollständigen und anerkannten Profession in diesem Kontext einnehmen zu können, und zwar nicht aus akademischem oder statusbezogenem Interesse, sondern um der Sozialen Arbeit Handlungsoptionen zu eröffnen, die – davon sind wir überzeugt – die Lebensführung und damit die Lebensqualität von psychisch kranken Menschen erheblich verbessern könnten. Außerdem ist die Professionalisierung ein Anliegen der Praxis selbst. Der untergeordnete Status und die enggeführte Funktionalität sind ein steter Quell sozialarbeiterischen Unbehagens in diesem Berufsfeld. Der Status als Hilfsprofession erzeugt systematisch und daher wiederkehrend Spannungen, die eine solche Entwicklungsrichtung motivieren.<sup>8</sup>

---

8 In zwei der drei diesem Buch unmittelbar zugrundeliegenden Projekten (Arbeitsfeldanalyse und Instrumentenentwicklung) sind Praxispartner in die Kooperation mit uns eingestiegen, weil sie dieses Ziel der Professionalisierung verfolgen wollten. Das Projekt, das wir hier als Instrumentenentwicklung bezeichnen, baute auf den beiden vorausgegangenen Projekten, insbesondere der Arbeitsfeldanalyse und der in diesem Kontext entwickelten Konzeption der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie, auf. Das Projekt hatte zum Ziel, gemeinsam mit den Praxispartnern (fünf Sozialdienste an grossen, teilweise universitären psychiatrischen Kliniken) Instrumente für die Diagnostik sowie Verfahren für die interprofessionelle Hilfeleistung zu entwickeln. Dieses Projekt wurde von der Kommission für Technologie und Innovation (KTI) mitfinanziert.

Für eine so weitreichende Veränderung von einer geschätzten, also im jetzigen System funktionalen und gut funktionierenden Hilfsprofession, zu einer anerkannten Partner-Profession in einem interprofessionell koordinierten Hilfesystem, braucht es sehr viel. Was dies alles beinhaltet und betrifft, ist nicht das Thema dieses Buches und wird hier daher nicht weiter ausgeführt. Wir werden hier auch keine Anleitung dafür bieten. Stattdessen werden wir versuchen, den *Grundstein für eine konsolidierte Wissensbasis zu legen*. Diese konsolidierte Wissensbasis allerdings ist in unserer Perspektive ein *entscheidendes, weil notwendiges, bislang fehlendes Element auf dem Weg zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit im Allgemeinen und in der Psychiatrie im Besonderen*. Um diesen Satz und daher auch die Bedeutung einer konsolidierten Wissensbasis verstehen und nachvollziehen zu können, ist es notwendig, etwas weiter auszuholen und einige grundlegende Aussagen zum Zusammenhang von Wissenschaft, genauer Handlungswissenschaft und professioneller Handlungspraxis, zu machen.

---

## **Handlungswissenschaftliche Grundlagen: Was ist und wozu braucht es eine konsolidierte Wissensbasis?**

Befragt nach den Gründen für den späten oder ausbleibenden Einbezug der Sozialen Arbeit in das klinische Geschehen, antworten Sozialarbeitende in einer Studie, dass dies dem mangelnden Wissen der Ärzteschaft, der Pflege und der Psycholog/innen über Kompetenzen und Fähigkeiten der Sozialen Arbeit zuzuschreiben ist, dass diese also nicht wissen, was sie von der Sozialen Arbeit erwarten könnten (vgl. Bienz & Reinmann, 2004: 69). Aber – so die Autorinnen dieser Studie weiter – wie kann hier eine Veränderung stattfinden, wenn die Sozialarbeitenden selbst durch unklare oder fehlende Kommunikation über ihre diagnostischen und handlungstheoretisch-methodischen Kompetenzen zur Fremdbestimmung beitragen, wie in der Studie ebenfalls festgestellt wurde (vgl. Bienz & Reinmann, 2004: 71; ähnlich Staub-Bernasconi, 2005; Otto & Bauer, 2005)?

Ganz Ähnliches haben unsere frühere Studie (Sommerfeld/ Gall 1996) und unsere Arbeitsfeldstudie hervorgebracht (vgl. Sommerfeld/ Hollenstein/ Krebs 2008: 7ff). Die Sozialarbeitenden machen geltend, dass sich in der Klinik alles um „Therapie“ dreht, wohingegen die Soziale Arbeit ja eher mit der „Lebenswelt“ zu tun hätte.<sup>9</sup> Die Verwendung des theoretischen Begriffs der Lebenswelt deutet

---

9 Zitat einer Sozialarbeiterin (Sommerfeld/ Hollenstein/ Krebs 2008: 8): »In der Klinik ist die zentrale Frage: Wie mache ich die Therapie? Dabei ist die zentrale Frage für die Soziale Arbeit: Wie leben Menschen überhaupt zusammen und wie können wir sie

auf eine Ausbildung hin, die auf Professionalität abstellt, aber es gelingt den Sozialarbeitenden in der interprofessionellen Kommunikation sodann nicht, dies in anschlussfähige Konzepte und Inhalte zu packen, mit denen der Begriff „Lebenswelt“ bzw. das im Zitat prominent gemachte „Zusammenleben von Menschen“ operationalisiert werden könnte, so dass der Inhalt letztlich dann im Sinne der eingeführten Funktionalität weiterhin bleibt, wie er ist und die Ärzt/innen und die anderen Beteiligten tatsächlich nicht verstehen, was mit „Lebenswelt“ im Sinne professionellen Handelns der Sozialen Arbeit gemeint sein könnte. Eine konsolidierte Wissensbasis für das Arbeitsfeld Soziale Arbeit in der Psychiatrie (im Gesundheitswesen), dies sei hier schon einmal pointiert zum Ausdruck gebracht, würde genau dies leisten, wenn sie als Orientierung der Praxis tatsächlich Geltung haben würde und das heißt, von den Praktiker/innen im interprofessionellen Feld zur Geltung gebracht würde.

Ein weiteres Ergebnis unserer Arbeitsfeldstudie ist, dass neben der mangelnden konzeptionellen Ausarbeitung einer „lebensweltlichen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie“ durch die Sozialarbeitenden, das gegenseitige Verstehen durch das Fehlen eines übergeordneten Modells beeinträchtigt wird, wie es das bio-psycho-soziale Modell der WHO an und für sich bereitstellen würde, das aber sozusagen leer läuft, wenn die soziale Dimension unterbelichtet bleibt, also nicht mit *konkreten Inhalten* gefüllt werden kann, wie im Zitat in der Fußnote hervorgehoben wird.<sup>10</sup>

Es sind damit einige Komponenten benannt, die für die sogleich folgende Entfaltung der allgemeinen Problematik bedeutsam sind. Es wird also festgestellt, dass die anderen Professionen nicht wissen, was Soziale Arbeit eigentlich ist, wenn man von der Funktion absieht, zu deren Zweck sie in das Gesundheitssystem aus dessen Perspektive integriert ist, was die Sozialarbeitenden aber mit dem Gefühl erfüllt, unter Wert positioniert zu sein. Gleichzeitig können die Sozialarbeitenden dieses Wissen offenbar aber nicht liefern, oder zumindest nicht kommunizieren, abgesehen von relativ vagen Leitorientierungen wie diejenige der „Lebenswelt“. Dies gilt insbesondere, wenn konkrete Inhalte, wie in unserer Arbeitsfeldstudie im Hinblick auf das bio-psycho-soziale Modell (Zitat Oberarzt in Fußnote), gefragt sind. Inhalte im Praxiskontext heißt praktikable Verfahren, möglichst aus-

---

dabei unterstützen? Und wie kann man diese beiden grundlegenden Perspektiven miteinander verschränken?“

- 10 Zitat eines leitenden Oberarztes (Sommerfeld/ Hollenstein/ Krebs 2008: 7): „Biopsychosoziales Menschenbild (...). Also ich finde das als Definition gut, aber wenn wir unsere 450 Mitarbeiter/innen befragen, dann haben wir 450 verschiedene Antworten. Es hat Keine/r eine Ahnung, was damit gemeint ist, außer dass es sich gut macht. Ich finde die Absicht dahinter ja gut, dass man so was hat, aber das muss mit Inhalten gefüllt werden.“

gereift oder zumindest soweit konzeptionell entwickelt, dass sie einen konkreten Anschluss an die herrschende Praxis, oder aber eine nachvollziehbare Konkretisierung des allgemeinen Modells ermöglichen. Schließlich – und das ist ein entscheidender Punkt – wird noch deutlich, dass hier Dinge angesprochen sind, die das einzelne Individuum offenbar nicht bewältigen kann, und dies nicht nur wegen der subjektiven Sichtweisen, die divergieren mögen, wie dies im Zitat des Oberarztes angedeutet wird. Die Entwicklung konkreter Inhalte, im Hinblick auf eine erweiterte Funktionalität der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Kontext der Psychiatrie, ist die Aufgabe der Profession (bzw. der kooperierenden Professionen), nicht des einzelnen Professionellen. Werner Obrecht, der sich u.a. auch mit der Frage der interprofessionellen Kooperation intensiv auseinandergesetzt hat, beschreibt eine solche interprofessionelle Kooperation als „gestalteter sozialer Prozess, in dessen Rahmen verschiedene Professionen im Hinblick auf die Lösung komplexer Probleme zusammenarbeiten, die mit den Mitteln einer einzelnen Profession nicht zufriedenstellend bearbeitbar sind. (...) Das Ziel der Bearbeitung des Problems wird entsprechend darin bestehen, eine Beziehung zwischen den verschiedenen *professionellen oder handlungswissenschaftlichen Wissenssystemen herzustellen*“ (vgl. Obrecht, 2006: 409f.). Am Ende sind es Akteure, die in einer sozialen Arena diese Aushandlungen vollziehen und dadurch das Arbeitsfeld gestalten. Aber ohne dass es eine Bezugnahme auf unterschiedliche professionelle Wissenssysteme gibt, ist es eben keine interprofessionelle Kooperation, die dabei entsteht, sondern es entstehen mehr oder weniger vorteilhafte Positionierungen von Einzelnen, unter Aufrechterhaltung der hierarchischen Struktur der Positionen der Professionen zueinander, also der funktionalen Engführung als Hilfsprofession für die Soziale Arbeit.

Damit ist ein erster Hinweis auf das gegeben, was ein konsolidierter Wissenskorpus einer Profession beinhalten könnte. Denn in diesem Wissenskorpus würden sich u.a. die Inhalte befinden, die zu einem gegebenen historischen Zeitpunkt als die Verfahren anzusehen sind, mit denen die Profession ihre Funktion erfüllt. Und die Professionellen könnten ganz selbstverständlich auf diesen Wissenskorpus zugreifen und in der interprofessionellen Kommunikation darauf Bezug nehmend deutlich machen, worin denn ihre Funktion besteht und wie diese mit konkreten Inhalten zu füllen ist. Man könnte den konsolidierten Wissenskorpus auch als „State of the Art“ bezeichnen. Wir bevorzugen den Begriff des konsolidierten Wissenskorpus, weil darin die Prozesshaftigkeit der Konsolidierung gegenüber dem Status Quo besser zum Ausdruck kommt, und weil der Begriff konsolidierter Wissenskorpus mehr beinhaltet und ein konzeptionell anspruchsvollerer Begriff ist, weil er Systematik und Kohärenz impliziert, während ein einzelnes Verfahren mit dem Etikett „State of the Art“ versehen werden kann.

Damit wieder zurück zur allgemeinen Problematik der Professionalisierung der Sozialen Arbeit, die den Ausgangspunkt für die Notwendigkeit einer konsolidierten Wissensbasis darstellt, und die sich in den oben zitierten Studien als relative Überforderung der Repräsentant/innen der Sozialen Arbeit in der Praxis zeigt, der aber unseres Erachtens eine Problematik auf der Ebene der Disziplin der Sozialen Arbeit ursächlich zugrunde liegt. Professionelles Handeln stellt auf wissenschaftliches Wissen ab. Das ist das Strukturmoment, mit dem die Professionen ihr Sonderwissen herstellen, das sie von Laien, aber auch von anderen Berufen unterscheidet. Um es noch einmal deutlich zu formulieren: Ohne Bezug auf wissenschaftliches Wissen gibt es kein professionelles Handeln. Und, um das hier gerade noch einmal aufzugreifen: Der vage Verweis auf eine Theorie der Sozialen Arbeit wie z.B. die der „Lebensweltorientierung“ (Thiersch, 1997), reicht ganz offensichtlich nicht aus. Professionalität mag ein historisch auslaufendes Konzept sein, was wir bestreiten, aber wenn von der Professionalisierung der Sozialen Arbeit und von interprofessioneller Kooperation die Rede ist, dann muss diese Prämisse ernst genommen werden. Und zwar nicht einfach, weil es einmal von irgendwelchen Autoritäten so definiert wurde, sondern weil mit diesem Strukturmoment ein gesellschaftlicher Anspruch, im Hinblick auf Problemlösungen im Zusammenhang mit einem gesellschaftlichen Zentralwert, verknüpft ist, die von Professionellen erbracht werden sollen, nämlich *bessere Problemlösungen* zu liefern, als sie von Nicht-Professionellen erbracht werden würden. Dem Anspruch an eine gesteigerte Problemlösefähigkeit verdanken die Professionen ihre Legitimität und ihren gesellschaftlichen Erfolg. Der grundlegenden Verknüpfung von Problemlösefähigkeit mit wissenschaftlichem Wissen liegt die leitende Idee der Aufklärung zu Grunde, dass Menschen bessere Problemlösungen entwickeln können, wenn sie wissen, wie die Welt beschaffen ist, und wenn sie darauf bezogen wissen, was sie tun. Das System der modernen Wissenschaft, ebenfalls aus dieser Epoche und dem genannten Leitgedanken erwachsen, ist darauf spezialisiert, die Grenzen der menschlichen Erkenntnisfähigkeit ein Stück weit hinauszuschieben und ist insofern das System, das bei allen Begrenzungen, die es gleichwohl hat, nach wie vor in einem großen Ausmaß die Wissensgrundlagen in den modernen und postpost-modernen Gesellschaften liefert.

Die uns leitende entscheidende Frage ist also, wie eine professionalisierte Praxis entstehen kann, das heißt, wie die Bezugnahme auf wissenschaftliches Wissen gewährleistet werden kann, und das heißt schließlich, wie wissenschaftliches Wissen sich in praktischen Problemlösungen materialisieren kann?<sup>11</sup> Es geht letztlich

---

11 Die folgende Kritik an den Konzeptionen der Sozialen Arbeit als Patchwork-Disziplin oder als Reflexionswissenschaft ebenso wie die Konzeption der Sozialen Arbeit als