

Sozialdiagnostische Tools in der klinischen Sozialarbeit

Vergleich verwendeter sozialdiagnostischer Tools
mit dem Inklusions-Chart 4

Sejla Dardagan, 1710406354

Bachelorarbeit 2
Eingereicht zur Erlangung des Grades
Bachelor of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Datum: 02.09.2020
Version: 1

Begutachter*in: Prof. Dr. Peter Pantucek-Eisenbacher, Julia Schlögl, BA

Abstract Deutsch

Die vorliegende Bachelorarbeit gibt einen Überblick über die klinische Soziale Arbeit und der Verwendung sozialdiagnostischer Instrumente zur Datenerhebung der Lebenslage der Klient*Innen im Landesklinikum Mauer. Dabei wurden im Zeitraum von fünf Wochen mittels Ethnografie oder Feldforschung und informeller Gespräche mit den dort tätigen Sozialarbeiter*Innen Informationen gesammelt und mit der Methode der „Grounded Theory“ analysiert und ausgewertet. Erforscht wurden die zu diesem Zeitraum verwendeten sozialdiagnostischen Tools und die Ergebnisse mit denen des Inklusionscharts 4 verglichen. Entgegen der Annahme, sozialdiagnostische Instrumente aufgrund ihres Zeitaufwandes in der Praxis nicht gut einsetzen zu können, ist es mit Änderungen und Adaptionen möglich, auch für spezielle Bereiche der Psychiatrie mit diagnostischen Instrumenten zu arbeiten.

Abstract Englisch

This bachelor thesis gives an overview of clinical social work and the usage of social diagnostic tools for data collection of the situation of clients in the state hospital Mauer. With ethnographic methods and informal conversations with social workers data has been collected in the time span of five weeks. The results were analysed with the method „Grounded Theory“. Research subject was, which social diagnostic tools were used in this certain period and the results of these were compared to the results of the Inklusionschart 4. In opposition to the main assumption, that the usage of social diagnostic tools is too time consuming for practise, with adaptions and alterations is even possible in the specific areas of psychiatric hospitals to work with social diagnostic instruments.

Inhalt

1 Einleitung	5
2 Forschungskontext	6
2.1 Forschungsinteresse	6
2.2 Forschungsfrage und Subforschungsfrage	6
2.3 Forschungsfeld	7
3 Forschungsprozess	7
3.1 Zielsetzung und Relevanz	7
3.2 Forschungsfeld Landesklinikum Mauer	9
3.3 Relevante Operationalisierungen	9
3.3.1 Klinische Soziale Arbeit	9
3.3.2 Klinische Soziale Arbeit im psychiatrischen Kontext	10
3.3.3 Psychiatrie	12
3.3.4 Arbeit im multiprofessionellen Team	13
3.3.5 Inklusion und Exklusion	13
3.3.6 Salutogenese	14
3.4 Methodische Vorgehensweise	15
3.4.1 Erhebungsmethode	15
3.4.2 Auswertungsmethode	16
4 Soziale Diagnostik	16
4.1 Angewandte soziale Diagnostik im LK Mauer	19
4.1.1 Netzwerkkarte und ECO-Map	19
4.1.2 Personalliste	22
4.1.3 Globale Erfassung der Funktionsniveaus/GAF -Skala	23
4.1.4 Interventionsplanung	24
4.1.5 Inklusionschart 3 und die Soziale Akut Diagnostik	25
5 Forschungsergebnisse	27
5.1 Ergebnisse der Gespräche und Beobachtungen	27
5.1.1 Erwachsenenpsychiatrie	27
5.1.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychologie	29
5.1.3 Forensik	30
5.1.4 Praktischer Versuch des Inklusionscharts 4 in der Erwachsenenpsychiatrie	31
5.1.5 Vorteile und Herausforderungen der Anwendung des Inklusions-Chart 4	31
5.1.6 Datenvergleich der SAD mit dem Inklusionschart 4	32
6 Resümee	35
7 Quellenverzeichnis	36
Literatur	36
Daten	39

Abbildungen	39
Eidesstattliche Erklärung	43

1 Einleitung

Diese Forschungsarbeit behandelt den Einsatz sozialdiagnostischer Instrumente in der klinischen Sozialen Arbeit. Dabei steht der Umgang der Sozialarbeiter*Innen im LK Mauer mit den Tools, im speziellen mit der adaptierten Version des Inklusions-Charts 3, im Vordergrund. Daher wird folgende Frage als Zentrum der Forschungsarbeit herangezogen: „Welche Methoden werden für die Einschätzung der Lebenslage von Klient*Innen angewendet?“. Des Weiteren wird seitens der Sozialarbeiter*Innen evaluiert, welchen Nutzen und Gewinn die Anwendung des Inklusionscharts 3 mit sich bringt.

Aus diesem Grund arbeite ich folgende Forschungsfragen aus:

„Wie gelangt der Bereich der klinischen Sozialarbeit im LK Mauer mithilfe sozialdiagnostischer Tools zu Einschätzungen der Lebenslage der Klient*Innen?“

„Inwiefern lassen sich gewonnene Daten der zu diesem Zeitpunkt verwendeten diagnostischen Tools mit den gewonnenen Daten des IC4 vergleichen?“

Dabei ist die Begriffsdefinition der klinischen Sozialen Arbeit von Relevanz. Klinische Soziale Arbeit ist nicht ausschließlich im Krankenhauskontext anzusehen. Im Vordergrund steht die „beratend-behandelnde Tätigkeit“ mit Klient*Innen mit Multiproblemlagen (vgl. Pauls 2011:16). Da die Forschung für die vorliegende Bachelorarbeit im Bereich der Psychiatrie stattgefunden hat, wird in den folgenden Kapiteln auf die speziellen Handlungsfelder klinische Sozialarbeit im psychiatrischen Kontext und die Psychiatrie näher eingegangen.

Die Funktion Sozialer Diagnostik wird als unerlässlich Beitrag zur Strukturierung sozialarbeiterischer Hilfe angesehen werden.

Die Hauptfunktion sozialer Diagnostik, sehr verallgemeinert, ist in einer konkreten Situation der/des Klient*In betreffend eine Antwort geben zu können. Nach Buttner (2018) ist die häufigste Frage in der Sozialen Arbeit nach den richtigen Interventionsschritten.

In der klinischen Sozialarbeit sind Psychosoziale Diagnoseinstrumente, im Falle des LK Mauer das Inklusionschart bzw. die Soziale Akut Diagnostik (SAD), als Gesprächseinstieg bzw. als Leitfaden für Erstgespräche anzusehen. Sie dienen als Hilfestellung für eine klare Struktur, um auch (exkludierte) Bereiche, die nicht im Fokus der/des Klient*In liegen, nicht zu übersehen. Im LK Mauer werden diverse sozialdiagnostische Tools verwendet, die im Kapitel 4.1 näher beschrieben werden. Als Hauptinstrument dient im LK Mauer die SAD (Soziale Akut Diagnostik), wofür das Inklusionschart 3 als Vorlage dient.

Da diese Bachelorarbeit im Bereich der qualitativen Sozialforschung zu verorten ist, wird als gewählte Methode der Datenerhebung die teilnehmende Beobachtung beschrieben und die Analyse der gewonnenen Daten mit der „Grounded Theory“ durchgeführt.

Abschließend werden die gewonnenen Ergebnisse dargestellt und diskutiert.

2 Forschungskontext

Im folgenden Kapitel wird auf das Forschungsinteresse näher eingegangen und auf die daraus entstandene Forschungsfrage und Subforschungsfrage. Auch werden das beforschte Feld und der Zugang dazu beleuchtet. Im Zuge der Projektwerkstatt Inklusionschart 4 (IC4) sollten Einrichtungen herausgefunden werden, die Inklusionschart oder andere sozialdiagnostische Instrumente für die Erhebung der Daten ihrer Klient*innen verwenden.

2.1 Forschungsinteresse

Im Rahmen des Studienganges ist im vierten Semester an der FH St. Pölten eine Projektwahl vorgesehen, bei der in weiterer Folge neben dem Projekt auch die Bachelorarbeit entsteht. Zur Auswahl standen unterschiedliche Projekte, wobei die Projektwerkstatt „Weiterentwicklung des Inklusions-Charts“ von Frau Julia Schlägl und Herrn Peter Pantucek-Eisenbacher mein Interesse am schnellsten geweckt hatte. Zusätzlich vom Vorteil war bereits vorhandene Erfahrung mit Sozialer Diagnostik und im spezielleren mit den verschiedenen Tools und dem Inklusionschart 4.

Im weiteren Verlauf des Forschungsprozesses wurden für das Projekt Interviews in verschiedenen Einrichtungen geführt, wobei die Verwendung sozialdiagnostischer Instrumente mangelhaft erschien. Ziel war, eine Einrichtung mit intensiver Nutzung von Diagnoseinstrumenten zu erreichen. Im Zuge meiner Praktikumsstelle im LK Mauer wurde ich auch für die Forschung für meine Arbeit fündig. Durch meine Anfrage auf Forschungsmöglichkeit und das Thema wurde auch das Interesse der dort beschäftigten Sozialarbeiter*Innen geweckt.

Während des Praktikums intensivierte sich der Zugang zur klinischen Sozialarbeit und das Interesse, wie Sozialarbeiter*Innen zur Erhebung der Lebenslage der Klientel gelangen und welche sozialdiagnostischen Instrumente dabei zum Einsatz kommen. Auch verspürte ich wachsenden Wissensdrang der Sozialarbeiter*Innen in Bezug zur entstehenden Bachelorarbeit und die aktuellere Version des Inklusionscharts.

2.2 Forschungsfrage und Subforschungsfrage

Aus diesen Grundlagen habe ich folgende Forschungsfrage herausgearbeitet:

„Wie gelangt der Bereich der klinischen Sozialarbeit im LK Mauer mithilfe sozialdiagnostischer Tools zur Einschätzungen der Lebenslage der Klient*Innen?“

Davon habe ich die Subforschungsfrage abgeleitet, welche lautet:

„Inwiefern lassen sich gewonnene Daten der zu diesem Zeitpunkt verwendeten diagnostischen Tools mit den gewonnenen Daten des Inklusionschart 4 (IC4) vergleichen?“

2.3 Forschungsfeld

Die vorliegende Bachelorarbeit befindet sich laut der Einteilung des Österreichischen Gesundheitsverbandes für Soziale Arbeit (2004) im Handlungsfeld Gesundheit. Zielgruppen sind in diesem Handlungsfeld beispielsweise Patient*Innen in Krankenhäusern, beeinträchtigte Menschen und Personen mit geistigen und psychischen Erkrankungen. Die Soziale Arbeit unterstützt Klient*Innen in den Bereichen der autonomen Lebensgestaltung, Verbesserung der sozialen Integrität, (Wieder-) Eingliederung in die Gesellschaft aber auch im Bereich der Prävention von Benachteiligung und Exklusion (vgl. OBDS 2004:6).

In diesem Fall wurde die Forschung im Landesklinikum Mauer betrieben, die im medizinisch-klinischem Bereich zu verorten ist. Auf verschiedene Abteilungen aufgeteilt, behandelt und begleitet das Team ambulant und stationär, Klient*Innen jeden Alters mit körperlichen, geistigen und psychischen Erkrankungen und Suchtverhalten.

3 Forschungsprozess

Im Kapitel des Forschungsprozesses werden die Zielsetzung und die Relevanz der Forschungsarbeit näher erläutert und das Forschungsfeld LK Mauer genauer dargestellt. Zum besseren Verständnis werden für die Arbeit relevante Operationalisierungen definiert und Begrifflichkeiten der Sozialen Arbeit aufgelistet. Im weiteren Kapitelverlauf werden zuzüglich die methodische Vorgehensweise mit den verwendeten Erhebungs- und Auswertungsstrategien beschrieben.

3.1 Zielsetzung und Relevanz

Ungeachtet der diversen Methoden, die sich in den letzten Jahrzehnten entwickelt haben und der unterschiedlichen beruflichen, gesellschaftspolitischen und wissenschaftlichen Weiterentwicklungen, konnte sich die Soziale Arbeit auf einen einheitlichen Ausgangspunkt einigen: die soziale Diagnostik. Durch die soziale Diagnostik ist es möglich, sowohl empirisch als auch methodisch nachvollziehbare Interventionsschritte zu planen, einzuleiten und erfolgreich durchzuführen. Debatten über den Grad des Erfolgs setzen sich bis heute fort (vgl. Buttner et al. 2018:18).

Die Soziale Arbeit in der Psychiatrie weist zwei konträre Erkenntnisse auf. Zum einen die bedeutende Relevanz im Gesundheitswesen und zum anderen der zu untergehen drohende Status einer professionellen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie bzw. im gesamten Gesundheitswesen (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 5).

Psychische Erkrankungen wirken sich nicht nur in erster Linie auf den betroffenen Menschen selbst aus, sie beeinflussen das soziale Umfeld und ziehen weitläufige Folgen auf diverse Lebensbereiche der/des Betroffenen, u.a. familiäre (mehrfach-) Belastungen, Erwerbslosigkeit, drohende Armut, Tendenzen zu Gewaltauswirkungen oder auch

weitgreifende Exklusion aus gesellschaftlicher Sicht. Soziale Faktoren beeinflussen psychische Erkrankungen, die wiederum ursächlich zu gesellschaftlicher Exklusion führen können, die sich auf den Verlauf der Erkrankung auswirkt. Da sich das Arbeiten mit gesellschaftlicher Exklusion im Aufgabenbereich der sozialen Arbeit befindet, zählt die Intervention im psychiatrischen Kontext erst seit kurzem zur Zuständigkeit von Sozialarbeiter*Innen in der Psychiatrie (vgl. Sommerfeld/Hierlemann 2004:326 ff.). Grund dafür ist laut Bienz und Reinmann (2004) das fehlende Wissen über die Kompetenzen und Fähigkeiten der Sozialen Arbeit. Im psychiatrischen Kontext fungiert die Soziale Arbeit als Ausgleich der Lücken in der Bearbeitung der sozialen Dimensionen (vgl. Sommerfeld/Hierlemann 2004: 326 ff.).

Soziale Faktoren haben eine ausschlaggebende Wirkung auf psychische Krankheiten, welche wiederum oftmals die Ursache für einen gesellschaftlichen Ausschluss sind. Dieser wirkt sich abermals auf den Verlauf der Krankheit und die Lebenssituation der Betroffenen aus. Während letzteres aus traditioneller Sicht in das Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit fällt, zählen Interventionen auf sozialer Ebene, die auf die Behandlung der psychischen Krankheit abzielen, erst seit kurzem zum Zuständigkeitsbereich der (klinischen) Sozialen Arbeit (vgl. Sommerfeld / Hierlemann 2004:326-332). Der späte oder gar ausbleibende Einbezug der Sozialen Arbeit in das klinische Geschehen wird mit dem mangelnden Wissen des Ärzt*Innenpersonals, Pfleger*Innen und Psycholog*Innen über die Kompetenzen und Fähigkeiten der Sozialen Arbeit begründet (vgl. Bienz / Reinmann 2004:69). Soziale Arbeit in der Psychiatrie muss jedoch auf beiden der angesprochenen Ebenen handeln (können), um die Lücke in Bezug auf die Bearbeitung der sozialen Dimension zu schließen (vgl. Sommerfeld / Hierlemann 2004:326-332).

Ein wesentliches Qualitätsmerkmal in der Sozialen Arbeit stellt eine fachlich fundierte Diagnose dar, denn zu den Hauptaufgaben von Sozialarbeiter*Innen zählen das Erkennen und Verstehen von Situationen der zu beratenden Klient*Innen. Dabei stellt die soziale Diagnostik ein Hauptelement professionellen Handelns dar (vgl. Pauls 2004:205).

Einem/r Sozialarbeiter*In ist es nicht möglich, auch nur während eines Beratungsgesprächs, nicht zu diagnostizieren. Dies geschieht zu jedem Zeitpunkt, meist nach Intuition oder Erfahrung. Um der Diagnose die professionelle Grundlage geben zu können und um sie auch nachvollziehbar auszuarbeiten, wird mit diagnostischen Instrumenten gearbeitet, die der Diagnose im sozialarbeiterischen Kontext auch ihre Professionalität gibt (vgl. Staub-Bernasconi 2003:33).

Der Gewinn durch die Verwendung sozialdiagnostischer Tools beschreibt den Erhalt von mehr Objektivität in der Fallarbeit durch den Einsatz von psycho-sozialen Diagnoseinstrumenten, da durch die Tools mehr Abstand zum Fall gewonnen wird. Auch kann die Anwendung von Instrumenten helfen, einen Leitfaden für Gespräche herzustellen, um auch mögliche Unterstützungsmöglichkeiten nicht zu übersehen. Ein weiterer positiver Aspekt der Verwendung sozialdiagnostischer Tools ist der Erhalt einer nachvollziehbaren Struktur für

Gespräche oder auch Interventionen, die zu einer „bessere[n] wissenschaftliche[n] Fundierung der Interventionen der Sozialen Arbeit“ führen kann (vgl. Pantucek 2006:4 ff).

3.2 Forschungsfeld Landesklinikum Mauer

Das LK Mauer ist eine Einrichtung des Landes Niederösterreich und im Mittelpunkt steht die „seelische und körperliche Gesundheit“ von Menschen (vgl. LK Mauer o.A.). Das Landesklinikum Mauer ist keine reine Psychiatrieeinrichtung mehr, sondern umfasst viele Bereiche, die sowohl die körperliche, geistige als auch psychische Gesundheit fokussieren. Am Gelände sind 11 Sozialarbeiter*Innen im therapeutischen Behandlungssteam beschäftigt. Sie arbeiten, auf den verschiedenen Abteilungen bzw. Häusern aufgeteilt, im multiprofessionellem Team gemeinsam mit Ärzt*Innen, Therapeut*Innen und Pfleger*Innen. Im Mittelpunkt steht dabei immer die Arbeit mit den Patient*Innen und deren Angehörige. Aufgabenschwerpunkte klinischer Sozialarbeit lauten: Soziale Anamnese, Soziale Diagnostik, Pflege- und Existenzsicherung, soziale Beratung, sozialtherapeutische Beratung und Begleitung, Entlassungsvorbereitung, Kooperation mit Nachbetreuungseinrichtungen und Unterstützung bei allen sozialen Fragen während eines Klinikaufenthaltes (vgl. ebd.).

3.3 Relevante Operationalisierungen

Im folgenden Kapitel werden wichtige Begriffe in der Sozialen Arbeit beschrieben und definiert, die im weiteren Verlauf thematisiert werden. Dies erfolgt in Form differenzierter Begriffsdefinitionen und Diskurse über in diesem Bereich relevante Thematiken.

3.3.1 Klinische Soziale Arbeit

Als Begriffsabklärung bezeichnen Homfeldt und Sting (2006) die klinische Soziale Arbeit als eine für sich stehende Arbeitsweise der Sozialen Arbeit, die weiter gefasst wird als die für das Handlungsfeld typischen Verbindungen mit den Begriffen des „Sozialdienstes im Krankenhaus“ oder „Soziale Arbeit in Rehabilitationskliniken“. Diese muss nicht zwingend im Krankenhauskontext stattfinden.

Es handelt sich um eine „spezialisierte Fachlichkeit sozialer Beratung und Behandlung im Gesundheitswesen“ (vgl. Nigel 2011: 66). Als Grundlage wird die Definition des Kerns der Sozialen Arbeit nach der National Association of Social Work (NASW) verwendet.

Demnach wird die klinische Soziale Arbeit nicht nur als ein Handlungsfeld, ein Teil der Sozialen Arbeit betrachtet, sondern kann als ein eigener Bereich der Sozialarbeit gesehen werden (vgl. ebd.).

Die klinische Soziale Arbeit wurde durch die sich noch im Entwicklungsstadium befindliche Strukturveränderungen im Gesundheitsbereich immer mehr in den Fokus gerückt. Dieser hat

im Laufe der Zeit immer mehr Aufgabenbereiche der Sozialarbeit erreicht (vgl. Schaub 2008: 17).

Auch weitere Aufgabenbereiche haben sich auf Basis der Grundversorgung der Bevölkerung im Gesundheitsbereich entwickelt. Diese bewirken nicht nur Veränderungen im psychiatrischen Kontext, der unter Einwirken der Sozialen Arbeit die Versorgungslandschaft der letzten Jahre wesentlich geprägt hat, es folgen Erweiterungen u.a. in der ambulanten Rehabilitation, Umstrukturierungen in Beratungsdiensten, Stärkungen der Hausärzt*Innen in der medizinischen Versorgung oder auch die Neuorganisation in der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung (vgl. ebd.).

Laut Homfeldt und Sting (2006) steht im Fokus der klinischen Sozialarbeit die älter werdende Gesellschaft. Durch die Weiterentwicklung der Medizin und die damit einhergehende Erhöhung des Altersdurchschnittes entstehen im fortschreitenden Alter immer mehr Beeinträchtigungen, denen mehr als nur der medizinische Fokus bedarf. Neben der medizinischen Behandlung benötigen Menschen eine intensive und umfassende (Langzeit-) Betreuung in Bereichen der „professionellen sozialen Unterstützung“ und für ihre „weitere soziale Existenz“. Als Formen der Unterstützung werden hier Beratung und Begleitung genannt, Kompetenzförderung oder auch Empowerment. Soziale Arbeit übernimmt im Krankenhauskontext diese Aufgaben, die kaum von anderen Berufsgruppen abgedeckt werden. Aufgaben ziehen sich von biografisch erweiterter Sozialanamnese, Bearbeitung aktueller psycho-sozialer Problemfelder, Krisenintervention, Einzelfallhilfe bis hin zur Hilfe bei der Lebensgestaltung.

Helmut Pauls, ein deutscher Psychotherapeut und Professor für Handlungslehre der Sozialen Arbeit und Psychologie, sieht den Handlungsschwerpunkt in der Fallarbeit der Sozialen Arbeit im klinischen Kontext als eine „direkt beratende-behandelnde Tätigkeit“. Nur die Sozialarbeit besitzt, seiner Meinung nach das professionelle Wissen in psychosozialen Beratungs- und Behandlungskontexten, in Bereichen der Prävention und „psychischen, sozio- und psychosomatischen sowie chronischen Erkrankungen“ (vgl. Pauls 2011:16).

Laut Nigel (2011) befinden sich die Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Begleitung der Klient*Innen mit ihrer „Krankheitsbewältigung“, damit sie sich mit „sozialen und biologischen Verhältnissen besser arrangieren können“. Sowohl soziale als auch psychische Belastungen und deren Wechselwirkungen werden im Aufgabenspektrum der klinischen Sozialarbeit gesehen. „Gegenstand der klinischen Sozialarbeit ist die professionelle und sozialarbeitswissenschaftlich fundierte Kunst der psychosozialen Beratung“ (Nigel 2011:42).

3.3.2 Klinische Soziale Arbeit im psychiatrischen Kontext

Im Setting des Krankenhauses werden nach Pauls (2011) soziale Beziehungsänderungen bzw. Veränderungen des Selbstkonzeptes der Klient*Innen kaum berücksichtigt. Bedingt durch Krankheiten sind Klient*Innen nicht mehr in der Lage, selbst zu entscheiden und werden von Ärzt*Innen, Psycholog*Innen, Therapeut*Innen, Pflegepersonal oder auch von deren Angehörigen abhängig. Sie brauchen in verschiedenen Lebenslagen Unterstützung, jedoch soll ihre Abhängigkeit nicht mit dem unmittelbaren Leiden der Krankheit gleichgesetzt werden.

Unterstützungsbedarf fällt auch in den Bereichen der Arbeit, der Finanzen oder auch dem Wohnen an, wobei Angehörige in die Betreuung miteinbezogen werden sollen (vgl. Homfeldt/Sting 2006:192). Um qualitativ hochwertige und ganzheitliche Beratung und Behandlung für Klient*Innen gewährleisten zu können, ist es von großer Bedeutung, eine klare Struktur und reibungslose Kommunikation im multiprofessionellen Team, mit Ärzt*Innen, Psycholog*Innen, Therapeut*Innen, Pflegepersonal usw., aufzuweisen. Ohne diese Zusammenarbeit gestaltet sich die Erfüllung der Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit im Krankenhaus als unmöglich (vgl. Ansen/Gödecker-Geenen/Nau 2004:28).

Die Soziale Arbeit nimmt im Kontext der Klinik eine fixe Rolle ein. Während der medizinische Bereich zuständig für die Diagnoseerstellung, der Pflegebereich für die Symptomatik und der daraus resultierenden Pflegemaßnahmen ist, befasst sich die Rolle der Sozialen Arbeit mit dem Management der sozialen Abhängigkeit. Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf dem „Selbstbild, die Beziehung zu anderen und das Kohärenzgebot“. Wichtig ist das soziale Netzwerk der Betroffenen und deren Angehörige. Das Einbeziehen der Angehörigen in die Beratung spielt eine große Rolle, damit sie sich mit der Thematik, der Verantwortung für die/den Betroffene/n, auseinandersetzen können, um ein angenehmes Miteinander ermöglichen zu können (vgl. Pauls 2011: 344 f.).

Eine große Abhängigkeit weisen Klient*Innen auf, die aufgrund ihrer Krankheit eingewiesen werden mussten. Diese Gruppe benötigt verstärkt Zuspruch und Anerkennung, aber auch psychotherapeutische Behandlung. Mit anderen Worten benötigt es neben ökonomischer auch soziale Unterstützung, Beratung und Behandlung (vgl. Pauls 2011: 345). Laut Ansen, Gödecker-Geenen und Nau (2004) kümmert sich die Soziale Arbeit um die Alltagsbewältigung von Individuen bzw. Gruppen, die soziale Bewältigung und die daraus resultierenden Probleme. Das Kernstück stellt laut den Autoren den Erhalt oder das Wiederherstellen der „lebenspraktische[n] Autonomie von Menschen“. Dabei berücksichtigt werden die individuellen Lebensumstände und die spezifischen Interpretationen des Erlebten des einzelnen Menschen.

„Die Soziale Arbeit wird in der Versorgung chronisch kranker Menschen zunehmend gebraucht“ (Ansen/Gödecker-Geenen/Nau 2004:19). Insbesondere im Krankenhauskontext gilt die Soziale Arbeit als wichtiger Bestandteil der Behandlung. Sie betrachtet nicht nur die sozialen Problemfelder innerhalb der Umwelt des Menschen, sie richtet ihren Blick auch auf die Nachbetreuung und das Entlassungsmanagements der/des Patient*In. Mit dem Wissen über die Möglichkeiten als auch der Grenzen von sozialen Problemlagen, Stabilisierung der Lebenslage verknüpft mit der Fähigkeit, „gesundheits- und krankheitsrelevante Erkenntnisse anderer Professionen“ zu vereinen, stellt die Soziale Arbeit allein aus diesem Grund eine nicht wegzudenkende Basis im Krankenhauskontext dar (vgl. Ansen/Gödecker-Geenen/Nau 2004:18 ff.).

Mittels diesem ganzheitlichen Blick und der Fähigkeit, sich mit anderen Unterstützungssystemen vernetzen zu können, stellt sie im Gesundheitswesen (u.a.) eine relevante Berufsgruppe dar.

3.3.3 Psychiatrie

Eine Klassifikation von Patient*Innen in der klinischen Sozialarbeit aufgrund sozialer Problemlagen in diesem Sinne existiert nicht. Vielmehr wird die Klientel aufgrund der medizinisch-diagnostischen Art, der therapeutischen Kategorien oder nach Alter oder Geschlecht als Zielgruppe definiert. Eine weit verbreitete Art im medizinischen Kontext ist die Klassifikation nach dem ICD-10 (internationale statistischer Klassifikation psychischer Krankheiten). Diese Tabelle psychischer Störungen soll als Übersicht dienen, die nützlich für Diagnosen, Therapien und Medikation sind. Im ICD-10 werden von F00 bis F99 sämtliche psychische und Verhaltensstörungen aufgezählt. Die Liste umfasst folgende Punkte:

- Organischen Störungen
- Psychotrope Substanzen
- Schizophrenie und wahnhaftes Denken
- Affektive Störungen
- Neurotischen Störungen
- Verhaltensauffälligkeiten
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- Intelligenzmilderung
- Entwicklungsstörungen
- Kinder- und Jugendalter
- Sonstige psychische Störungen

(vgl. WHO/DIMDI 2004)

Diese Einteilung dient in der therapeutischen Landschaft neben der Dokumentation und Statistik der „Transparenz, Vergleichbarkeit und Übersichtlichkeit“ (vgl. Dörr 2005:80). Themengebiete in der klinischen Sozialarbeit sind Klient*Innen, die kaum soziale Kontakte aufweisen, eher isoliert leben, Schwierigkeiten in den Bereichen Arbeit und Finanzen haben und/oder mangelhaft für sich selbst sorgen können. Daher ist es für Sozialarbeiter*Innen von großer Bedeutung, sehr behutsam auf diese Thematiken einzugehen, insbesondere, wenn Klient*Innen keinen Handlungsbedarf in ihrer Situation wahrnehmen (können). Hier kann das Spannungsfeld des Zwangskontextes entstehen, die Triade zwischen Hilfe zur Selbsthilfe, die Förderung der Autonomie und das Vermeiden negativer Verhaltensweisen (vgl. Dörr 2005:82).

Laut Dörr (2005) sind neben der Anerkennung der Person auch die Rahmenbedingungen, in denen sich die Klient*Innen befinden und deren Geschichte zu berücksichtigen. Aus diesen spezifischen Besonderheiten lassen sich adäquate und ressourcenorientierte Hilfeleistungen erarbeiten, um die momentane Situation der Klient*Innen erfassen zu können und passende Angebote zu setzen. Dies geschieht mittels Einzelfallorientierung in Bezug auf besondere Zeitlichkeit. Das bedeutet, dass Sozialarbeiter*Innen auf individuelle bedürfnis- und biografieorientierte Beziehungen in einem offenen sozialen Raum eingehen müssen. Hier werden Thematiken wie Alltagspraxis sowie „reflektierende Arbeit an sozialen Situationen, Biografien und Beziehungen“ relevant, mit dem Ziel der eigenen Autonomie.

3.3.4 Arbeit im multiprofessionellen Team

Die Soziale Arbeit verfügt über eine große Anzahl an Kompetenzen, die für die Zusammenarbeit mit anderen Professionen von großer Bedeutung sind. Als Hauptkompetenzen in der Zusammenarbeit zählen u.a. die Vernetzung und Erkennung von Ressourcen. Auch das Wissen über die Arbeit anderer Professionen, wie Medizin, Psychologie, Psychiatrie, Soziologie, Ökonomie, Recht und Gesundheit zeichnet die Arbeit der Sozialarbeiter*Innen im multiprofessionellen Team aus (vgl. Wider 2013:10).

Als Teamcharakteristiken können sich nach Schaub (2008) drei grobe Rahmenpunkte festlegen lassen, die in jedem Team verankert sind. Der erste Punkt ist die Konzeption als Grundlage der Arbeit, die verbal oder in geschriebener Form vorliegt. Sie unterliegt einem stetigen Fortschritt, die daher auch regelmäßig reflektiert werden muss. Der zweite Aspekt ist die Kooperation als multiprofessionelle Zusammenarbeit anhand eines, meist übergeordnetem, Arbeitsauftrag (beispielsweise in der Altenarbeit oder Teamarbeit in der Pflege). Schlussendlich ist noch die Leitung zu nennen. Sie ist verantwortlich für die Anleitung und Organisation der fachlichen Arbeit ebenso wie die angemessene Vertretung des Teams nach außen (zum Beispiel gegenüber anderen Teams oder der Gesamtleitung).

Diese Form der Zusammenarbeit wird in der Fachliteratur als „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“ bezeichnet und kann neben ihrem Nutzen auch große Herausforderungen mit sich bringen. „Genügend Zeitressourcen, klare Arbeitsaufträge und Rollenverteilung, kompetente Leitung“ sind ebenso notwendig wie gemeinsame Zielsetzung, Sprache, Qualitätssicherung und Transparenz, um auch komplexe soziale Probleme, die nicht an „die Logik der Disziplinen halten“ erfolgreich lösen zu können (vgl. Wider 2013). Laut Nigel (2011) gilt es als professionell, wenn „die Bereitschaft zur Vernetzung und die Offenheit für problemorientierte Maßnahmenkombination“ gegeben ist.

3.3.5 Inklusion und Exklusion

Für die Begriffe der Inklusion und Exklusion gibt es kein einheitliches Konzept. Sie bezeichnen die „gesellschaftliche[n] Teilnahmebedingungen und -chancen und [...] zugleich Teilnahmebegrenzungen und sozialer Ausschluss von Individuen als Person“ (Mayrhofer 2009:2). Eng im Diskurs befinden sich auch die nahen Begriffe der Integration und Desintegration von Individuen.

Hierzu ein Zitat aus dem Ilse Arlt Kolloquium 2013:

„Wir beschreiben mit dem Begriff Soziale Inklusion die Möglichkeit der Nutzung und Mitgestaltung der gesellschaftlichen und sozialen Prozesse wie jene der Produktion, Reproduktion, Kommunikation und Rekreation als Grundlage für eine selbstbestimmte Lebensführung.“

Im Diskurs befindlich ist die geschichtlich betrachtete Ablösung des Begriffs der Integration durch den Begriff der Inklusion. Jedoch ist der jeweilige Bezug der Bezeichnungen ein anderer. Während sich Integration auf das Individuum, das Setting oder die Rehabilitation bezieht, steht der Begriff der Inklusion in Bezug zur Gesellschaft mit ihren Funktions- und Teilsystemen. Aus dieser Theorie heraus entstand auch die Systemtheorie nach Luhmann. In diesem Sinne kann die Inklusion nicht das Ziel der Sozialen Arbeit sein.

Das Leben ist geprägt von diversen sozialen Systemen und gesellschaftlicher Prozesse, aus denen auch bewusst exkludiert werden kann (beispielsweise die Nutzung sozialer Medien). Anhand dessen kann Inklusion bzw. Exklusion sowohl positiv als auch negativ betrachtet werden.

Hier ist jedoch eine essenzielle Differenzierung notwendig.

Es gilt zwischen einem Bereich der zu sichernden Mindeststandards und dem Raum für Selbstbestimmung und Entwicklung zu unterscheiden. Beides sind Aufgaben der Sozialen Arbeit, um sowohl für einen gesicherten Lebensstandard als auch Raum für Dissidenz gewährleisten zu können.

„Ein Weg kann [man] erst verweigern, wer ihn gehen könnte.“ (vgl. Winge 2013)

Exklusion kann eine Kettenreaktion, eine Abwärtsspirale in anderen Systemen auslösen. Beispielsweise ist es schwer möglich, nach einem Arbeitsplatzverlust die eigene Wohnung zu erhalten und in weiterer Folge kann man ohne Wohnadresse nicht wählen gehen, etc. Dies kann sich in den schlimmsten Fällen zu einer völligen Exklusion aus der Gesellschaft entwickeln (vgl. Merten 2004:112). Die Soziale Arbeit ist in der Lage, diese Abwärtsspirale rechtzeitig zu erkennen und zeitnahe zu unterbrechen.

3.3.6 Salutogenese

Der Begriff der Ganzheitlichkeit prägt das Gesundheitsverständnis in der Sozialen Arbeit, die biologische, psychische und soziale Aspekte in Verbindung stellt (vgl. Nigel 2011:13). Sie geht nicht von Krankheit, sondern von Gesundheit aus. In diesem Sinne wurde das „positiv formulierte Konzept der Salutogenese“ von Aaron Antonovsky in den 1970er Jahren entwickelt. In diesem Konzept wird die Gesundheit nicht als zu gewinnenden oder zu erhaltenen Zustand betrachtet, sondern vielmehr als Prozess, mit Fokus auf dem Gesundheitsweg. Dabei fokussiert er auf die Stärkung des Organismus gegen krankmachende Einflüsse durch Förderung der Ressourcen und weniger auf die Bekämpfung einer Krankheit. Im Mittelpunkt stehen die Copingstrategien der/des Klient*In (vgl. ebd.:57).

Unter Salutogenese versteht man die Gewinnung oder Erhalt des körperlichen, geistigen und sozialen Einklangs, wobei dies auch bedeuten kann, trotz einer Beeinträchtigung den Alltag zu meistern. Der Mensch ist immer beides, krank und gesund, und eine strikte Trennung dieser beiden Zustände ist laut Nigel nicht möglich (vgl. Nigel 2011: 16 ff.). Dies bedeutet, dass sich ein Mensch trotz Krankheit gesund fühlen kann und sich krank trotz Gesundheit fühlen kann. Aus diesem Verständnis heraus resultieren in der Praxis die Methoden einer Förderung der gesundheitlichen Ressourcen und Stärken der/des Klient*In. Dabei wird der Mensch als

ganzheitlich in seiner biografischen und sozialen Umgebung wahrgenommen. Umgesetzt in die Praxis kann der Mensch durch professionelle Beratungsgespräche nicht nur sich selbst etwas mehr verstehen, es können auch gemeinsam neue Bewältigungsstrategien entwickelt werden (vgl. Dörr 2005:25 ff.).

3.4 Methodische Vorgehensweise

In diesem Kapitel werden die ausgewählten Methoden der Datenerhebung und Auswertung dargestellt und erläutert. Für die vorliegende Forschungsarbeit wurden insgesamt vier Bereiche der klinischen Sozialarbeit im Landesklinikum Mauer beobachtet. Weiters wird in den Unterkapiteln neben den Erhebungsmethoden, sowohl auf die Auswahl der Sozialarbeiter*Innen, die Gegenstand meiner Hospitation waren, als auch auf das Setting der Gesprächsverläufe eingegangen.

3.4.1 Erhebungsmethode

Als Erhebungsmethode wurde während des Praktikums die Methode der Ethnographie oder Feldforschung gewählt. Mit Ethnografie bezeichnet man den Zugang, der unterschiedliche Forschungsmethoden miteinander verknüpft, um die Alltagsnorm möglichst gut nachvollziehen zu können. Hier wurden typische Interaktions- und Lebensformen, Praktiken und Rituale in den Fokus der Beobachtungen gerückt. Es können zahlreiche Datenerhebungsmethoden verwendet werden, wobei die teilnehmende Beobachtung im Zentrum steht (vgl. Methodenzentrum o.A.). Zum Zeitpunkt meines Praktikums traf diese Methode am besten zu, um alle erforderlichen Eindrücke und Informationen zu erhalten, da in der Rolle als Praktikantin, die nicht teilnehmende Beobachtung nicht nachvollziehbar bzw. ungeeignet wäre. So war es möglich, über einen längeren Zeitraum, in diesem Fall 5 Wochen, am klinischen Alltag teilzunehmen und die Interaktionen selbst nachzuvollziehen, um dadurch eine möglichst genaue Kenntnis des Feldes zu erlangen.

Die Ethnographie erforscht mit eigenen gewählten Zugängen (Mikro-) Kulturen innerhalb von Organisationen, in diesem Fall die Kultur der klinischen Sozialarbeit im LK Mauer, um die Bedeutungen und den Sinn der Interaktionen verstehen zu können und in organisationstypische Praktiken und Routinen zu verfestigen (vgl. ebd. o.A.). Dies unterstützt die Annahme, dass bestimmte soziale Muster in Organisationen vorhanden sind, die „das, was innerhalb der Organisation möglich ist“ eröffnet und gleichzeitig begrenzt (vgl. ebd. o.A.). Unter anderem erforschen ethnographische Studien diese Muster, wie sie entstehen und welchen sozialen Spannungen sie unterliegen (vgl. ebd. o. A.).

3.4.2 Auswertungsmethode

Als Auswertungsmethode wurde die sog. „Grounded Theory“ (Glaser/ Strauss 1967/1996, Strauss/ Corbin 1990/ 1996, Strauss 1994) gewählt. Sie gewährleistet eine größtmögliche Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand und verbindet mit einer regelgeleiteten Theoriebildung. Ziel der Grounded Theory ist die Entwicklung einer datengeleiteten Theorie mittlerer Reichweite. Dabei werden in abwechselnden Schritten der Prozess der Datenerhebung und -analyse in Bezug gesetzt und Kategorien gebildet, die wiederum miteinander in Beziehung gesetzt werden, um letztendlich eine Theorie zu entwickeln (vgl. studi-lektor o.A.).

4 Soziale Diagnostik

In diesem Kapitel wird die Soziale Diagnostik im Allgemeinen erklärt, wie sich die Einsatzmöglichkeiten gestalten und welche Instrumente im Landesklinikum Mauer zum Einsatz kommen. Diese Instrumente werden kurz vorgestellt und beschreiben die Art der erhaltenen Daten.

Die Klientel der klinischen Sozialarbeit wird als „hard-to-reach-clients“ mit Multiproblemlagen betitelt. Sie kann das Angebot des sozialen Hilfesystems nicht adäquat für sich nutzen und ist auf professionelle Unterstützung angewiesen. Soziale Diagnoseinstrumente sind eine angebrachte Methodik der Unterstützung (vgl. Gahleitner/Pauls 2013:63). Sozial diagnostische Tools helfen beim Einbringen von Struktur und Übersicht bei Multiproblemlagen und komplexer Lebenslagen. Erst nach Strukturierung der Situation ist es möglich, geplante und angepasste Hilfsleistung zu erzielen. Für die Selektion und Ordnung der Daten sind Hintergrundinformationen der Sozialarbeiter*Innen von großem Nutzen. In weiterer Folge sind die Handlungsschritte klarer und besser nachvollziehbar. Hierbei ist es erwähnenswert, dass Schwierigkeiten bei der Theorieerstellung entstehen können (vgl. Pantucek 2012:55).

Röh (2006) definiert Soziale Diagnostik als eine

„[...] Methode zur kriteriengeleiteten Sammlung und Bewertung derjenigen Informationen über die soziale Situation von KlientInnen, die für die Einschätzung der Notwendigkeit, Dringlichkeit und Intensität sozialarbeiterisch/ sozialpädagogischer (Nicht-) Intervention benötigt werden“

Sozialarbeiter*Innen diagnostizieren bereits während eines Gesprächs mit Klient*Innen auf unterschiedlichen Ebenen, um auf eine Interventionsentscheidung zu kommen. Dieser Prozess der Interventionsentscheidung benötigt nachvollziehbare Schritte, um zu einer professionellen sozialen Diagnose zu gelangen. Dieser Prozess der Diagnose erfordert laut

Pantucek zwei Schritte: der erste Schritt ist der der Komplexitätsgewinnung und der folgende, diese wieder zu reduzieren, um eine Entscheidung treffen zu können.

Diagnostischer Prozess

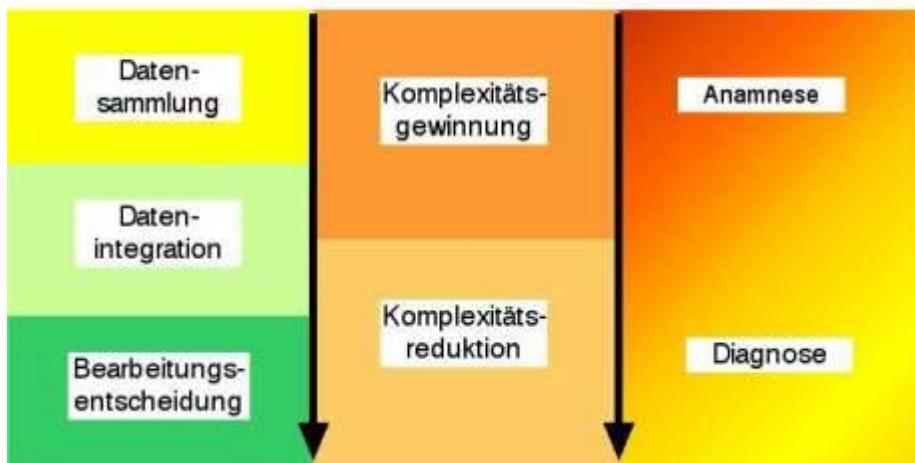


Abbildung 1: Pantucek (2005a)

Die Reduktion der Komplexität kann auf zwei Arten erfolgen: die Gewinnung von Überblick und durch die Heuristik („das Suchen nach Pfaden durch den Dschungel“). Beide Methoden sollen angewendet werden, wobei die erste auf die Vernetzung fokussiert, die zweite auf Details (vgl. Pantucek 2005a).

Ziel der klinischen Sozialarbeit soll sein, eine Mehrebenen-Diagnostik anzuwenden, da psychosoziale Problemlagen von Klient*Innen nie auf eine „Ursache“ zurückzuführen sind. Diese psychosozialen Problemlagen handeln reziprok zu Handlungs- und Transaktionsprozessen, sie entstehen auf die Gegebenheiten der Umgebung und wie das Handeln erfolgt, diese beeinflussen wiederum die Reaktionen der Lebenswelt. Um eine Mehrdimensionen-Diagnostik erfolgreich einsetzen zu können, sollten folgende Punkte erfüllt sein:

- direkte Beobachtungen von Verhalten
- Selbstbeobachtungen der/des Klient*In
- Beobachtungen des Interaktionsverhaltens
- Fremdbeobachtungen
- psychologische Testverfahren
- computerbasierte Diagnostik
- Erfahrungen und Beobachtungen in der Arbeitsbeziehung zwischen Klient*In und Sozialarbeiter*In
- Akten (vgl. Pauls 2011:205)

Gahleitner und Pauls bezeichnen die Verpflichtung der sozialen Arbeit für das Ausleuchten der „Schnittstelle zwischen psychischen, sozialen, physischen und alltagssituativen Dimensionen“ (Gahleitner/Pauls 2013:61).

Die Soziale Diagnostik kann unterschiedliche Dimensionen einnehmen: Das Kartografieren der Problembeschreibung, die Aufnahme, Darstellung und Einschätzung des Sozialen Status, die Etikettierung der/des Klient*In für den Zugang zum Unterstützungssystems, das Erkennen von dringenden Handlungsbedarf für das Verhindern von exkludierenden und desintegrativen Prozessen und Ansätze für das Finden von Veränderungen. Diese Schritte helfen nicht nur, Klarheit und Übersicht über die Situation zu gewinnen, sie können auch Möglichkeiten eröffnen und Hilfeprozesse anregen (vgl. Pantucek 2005).

Das professionelle Einsetzen von diagnostischen Methoden soll u.a. auch zu einer verbesserten Berufsidentität der Sozialen Arbeit beitragen. Die Diagnoseinstrumente differenzieren sich deutlich von anderen Professionen, die ebenfalls mit diagnostischen Methoden arbeiten. In der Medizin oder Psychologie wird mit Diagnostischen Tools gearbeitet, die eine „biomedizinische Logik und Herangehensweise“ als Basis aufweisen.

Die Diagnostik in der Sozialen Arbeit bezieht sich nicht nur inhaltlich auf die individuelle Lebens- und Problemlagen der/des Klient*In, sie kann auch flexibel auf die diversen Settings angepasst werden (vgl. Gahleitner/Pauls 2013:63).

Laut Pantucek (2012) kann auch eine intensive Beratung einer/s Klient*in zu einer Besserung der Situation und einer Erweiterung der Handlungsoptionen führen. Auch sollen durch Diagnoseinstrumente das Wiederholen von bereits Gesagtem vermieden werden.

Psycho-soziale Diagnostik soll sich den Eigenarten der Klientel, beispielsweise der Alltagssprache, anpassen damit sie in der Sozialen Arbeit adäquat eingesetzt werden können. Würde man diese Eigenarten überdecken mit der eigenen Logik bzw. Selbstverständnis, könnte der Ruf der Stigmatisierung und Einschränkung der Sozialen Arbeit vorwerfen (vgl. ebd.).

Um nicht auf psychiatrische Diagnosen zurückgreifen zu müssen, ist es für die Soziale Arbeit erforderlich, ihre eigenen Diagnoseinstrumente zu entwickeln. Sie ist ein zentrales und unverzichtbares Element. Die soziale Diagnostik benötigt ein Diagnoseinstrument, welches „multidimensional und prozedural“ angelegt ist, um die psychischen, sozialen und alltagsspezifischen Bereiche der Klient*Innen aufdecken zu können. Verwendet sollten solche Tools immer im Dialog mit der/dem Klient*In, um Zusammenhänge von Problemlagen, Lebenssituationen, sozialen Netzwerken, Verhalten und Erleben bewusst werden zu lassen. (vgl. Pauls 2011:200 ff.).

In der Praxis ist der zeitlich vorgegebene Rahmen eines Beratungssettings oft komprimiert, welches für die soziale Diagnostik angewendet werden kann. Umso zielführender ist es, dass die zu verwendeten Tools präzise und ökonomisch einsetzbar sind (vgl. ebd.).

4.1 Angewandte soziale Diagnostik im LK Mauer

Im Landesklinikum Mauer werden unterschiedliche Tools für die Soziale Diagnostik eingesetzt. Die Wahl des passenden Instruments ist abhängig von Fall und Komplexität und wird von der/des Sozialarbeiter*In selbst bestimmt. Am häufigsten wird die SAD verwendet, um eine stationsübergreifende einheitliche Methode für die Soziale Arbeit zu gewährleisten. Die Soziale Akut Diagnostik wurde im Rahmen eines Masterprojektes erarbeitet, die sich vom Inklusionschart 3 ableitet. Die Änderungen wurden nicht allgemein für alle Häuser adaptiert, sondern individuell auf die Klientel und die Bedürfnisse abgestimmt. Dies wurde von den Leitungen der Häuser mit den dazugehörigen Teams abgesprochen und immer wieder in Teamsitzungen adaptiert. Laut den Sozialarbeiter*Innen werden diese SAD Bögen nie bis zur Vollendung angepasst werden können, da sich die Bedürfnisse der Klientel stetig ändern, sowie die Gesellschaft in Dynamik bleibt. Ein nicht adaptierbares Tool für die Soziale Diagnostik wäre im Falle des Klinikums nicht ideal.

Jedoch können nicht alle Arten von Problemlagen nur mit dem SAD-Bogen erhoben werden. In sehr unübersichtlichen Fällen greifen die Sozialarbeiter*Innen auf zusätzliche Methoden zurück. Sind mehrere Personen oder Gruppen im Fall involviert, verwendet man zusätzlich eine Personalliste oder eine Netzwerkkarte, um die notwendige Komplexität einerseits zu erweitern, andererseits um eine Übersicht über die Situation zu erhalten. Die ECO-Map wird hier auch vermehrt eingesetzt, welche eine abgewandelte Form der Netzwerkkarte darstellt. Auch ist es von Vorteil, die soziale Umgebung der Klient*Innen in die Beratung mit einzubeziehen. In den meisten Fällen findet dies im Zuge einer Interventionsplanung statt. Hier können weitere Planungsschritte, zeitliche Durchführungen und Aufteilungen gemeinsam in Absprache mit dem übrigen Team stattfinden. Die Globale Erfassung des Funktionsniveaus (GAF) findet zwar auch Verwendung in der Sozialen Arbeit, jedoch wird sie bereits von anderen Professionen übernommen, sodass diese von den Sozialarbeiter*Innen meist nicht mit den Klient*Innen bearbeitet werden. Um sie dennoch nicht außer Acht zu lassen, ist sie im SAD-Bogen eingearbeitet. In den weiteren Unterkapiteln werden die einzelnen sozialdiagnostischen Instrumente nochmals genauer erläutert und die Daten mit dem aktuelleren Modell des Inklusionscharts verglichen.

4.1.1 Netzwerkkarte und ECO-Map

Die Netzwerkkarte ist ein sozialdiagnostisches Instrument, welches es der/dem Sozialarbeiter*In ermöglicht, im Dialog mit der/dem Klient*In, das soziale Netzwerk grafisch darzustellen. Sie kann nicht nur interpretative Möglichkeiten eröffnen, sie ermöglicht auch kreative Erweiterungen, um beispielsweise die Art der Beziehungen und die Kontaktmöglichkeiten untereinander darzustellen (vgl. Pantucek 2005a:189 ff.).

Als Ankerpunkt in der Mitte der Skizze wird üblicherweise der/die Klient*In selbst gewählt. Die restliche Fläche wird in vier Sektoren unterteilt, die für verschiedene soziale Umgebungen stehen. In der Regel werden für die vier Sektoren die Bereiche Familie, Freunde/Bekannte,

Beruf/Schule und professionelle Helfer*Innen gewählt, da in diesen Bereichen die meisten sozialen Kontakte entstehen.

Nun werden die Kontakte mit der/dem Klient*In gemeinsam eingetragen, oder der/die Klient*In schafft dies unter Anleitung selbst. Je enger die Beziehung zur Ankerperson ist, desto näher wird diese dem Mittelpunkt eingezeichnet. Pantucek appelliert, die Netzwerkkarte händisch anzufertigen und rät von der Arbeit am Computer ab, da es zu groben Verfälschungen in der Darstellung kommen kann (vgl. ebd.).

Ein weiterer Vorteil der Netzwerkkarte ist die Möglichkeit, nicht nur die Anzahl und Art der Beziehungen darstellen zu können, sondern auch das Ermitteln der Netzwerktdichte. Dieser Wert befindet sich zwischen 0,00 und 1,00. Der erste Wert zeigt an, dass sich keine der in der Grafik befindlichen Personen untereinander kennen und der zweite, dass alle Personen im Netzwerk in Beziehung stehen. Laut Pearson (1997) stellt die Dichte des Netzwerks dar, wie kompakt ein soziales System ist. Ab einer Dichte von 0,5 kann man davon sprechen, dass diese hoch ist. Jedoch betont Pantucek (2005a), dass eine hohe Dichte auch nachteilig für die Klient*Innen sein kann in Bezug auf Autonomie und differenzierte Ressourcen.

Als grafisches Beispiel dient die Netzwerkkarte einer 20-jährigen Psychiatrie-Patientin:

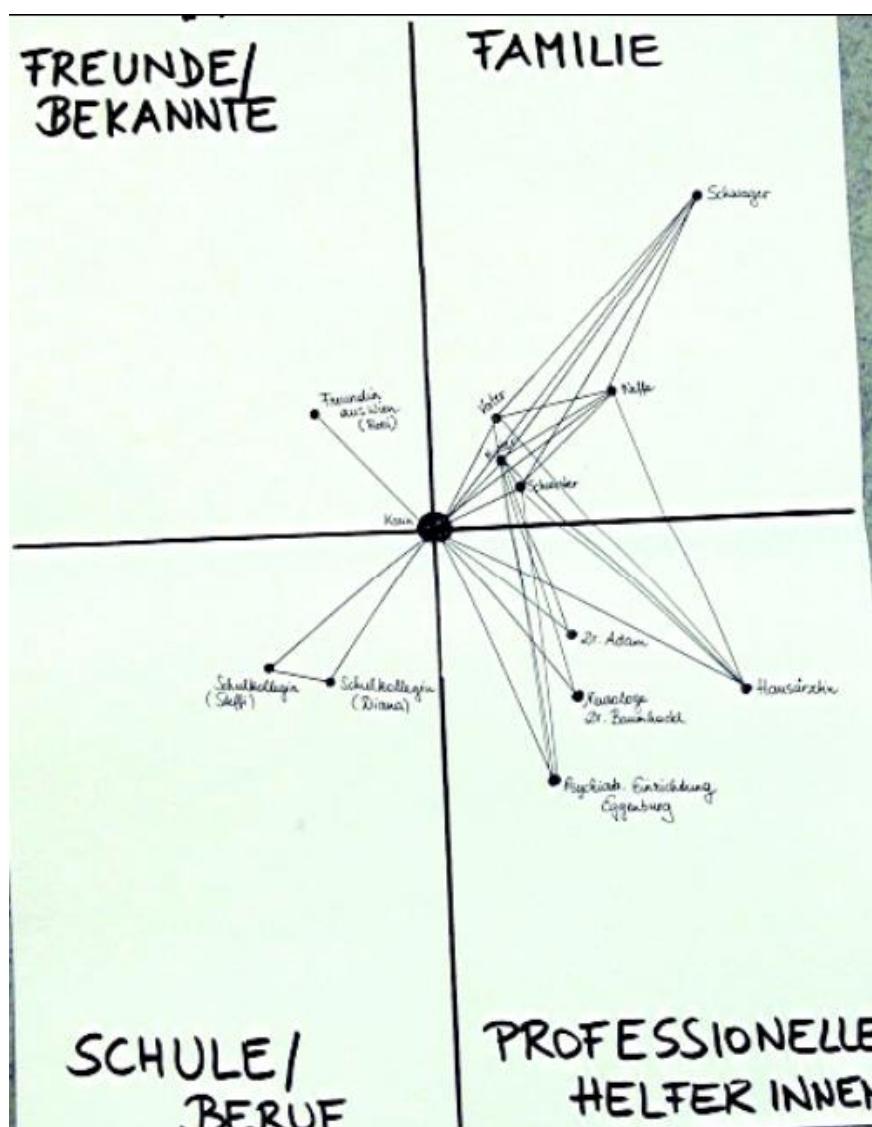


Abbildung 2: Pantucek (2005a)

Dieses Beispiel zeigt insbesondere die Auffächerung der Beziehungen, welche meisten Patient*Innen der Psychiatrie vorweisen. Eine größere Anzahl und Dichte findet sich in den Sektoren Familie und professionelle Helfer*Innen, während sich kaum Personen in den Bereichen Schule/Beruf und Freunde/Bekannte zeigen. Interpretationsmöglichkeiten bzw. Variationen zeigen einige Autoren wie beispielsweise Gerhardter (1998) und Pearson (1997). Im psychiatrischen Kontext sind solche Aufteilungen nicht selten. Sie zeigt eine fortschreitende Isolierung auf und einen weitgehenden Autonomieverlust. Die Patientin weist mehrere soziale Kontakte in den Bereichen professionelle Helfer*Innen und Familie auf, die meisten sind miteinander verknüpft. Mit einer Akteur*Innendichte von 0,21 ist diese zwar sehr gering, jedoch kann die Patientin eine autonome Beziehung im Bereich der Freunde und Bekannte aufrecht erhalten und zwei weitere aus dem Fernstudium im Bereich Schule/Beruf.

Im Prozess des Beratungssettings ist dieses Tool eher am Ende der Startphase anzuwenden, bzw. noch vor der mittelfristigen Hilfeplanung (vgl. Pantucek 2005a).

Die Eco-Map stellt eine weitere Variante der Netzwerkkarte dar. Unterschied ist, dass bestimmte soziale Personengruppen radial um die Ankerperson bereits vorgemerkt sind. In einem Beratungssetting kann der/die Klient*In diese Eco-Map leicht selbst anfertigen. Anweisungen der/des Sozialarbeiter*In könnten lauten, die Personengruppen einzukreisen, die jetziger Bestand des sozialen Umfelds sind, dann Personengruppen mit einer geraden Linie markieren, zu denen eine gute Beziehung besteht, eine unterbrochene Linie zu Personen mit einer belastenden Bindung, gewellte Linien markieren benötigte aber nicht nutzbare Beziehungen etc.

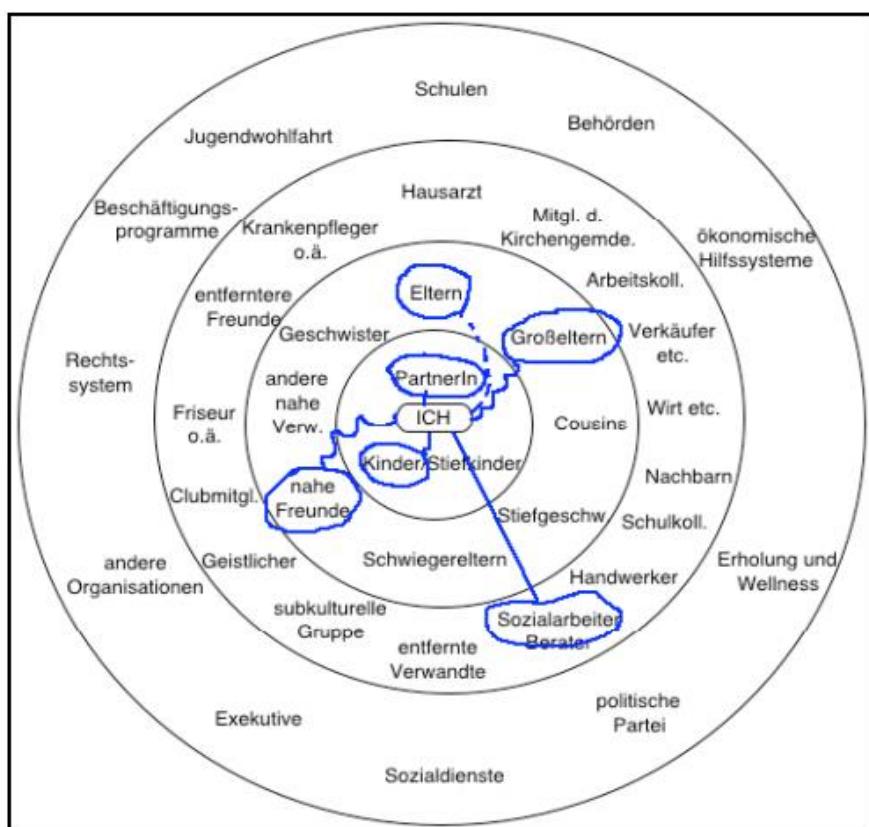


Abbildung 4: Pantucek (2005b)

Der/die Klient*In zieht nun Schlussfolgerungen und bewertet seine eigene Eco-Map. Sie dient als Grundlage bzw. Ausgangslage für eine Diskussion der sozialen Bindungen. Im Beispiel der Abbildung 3 steht eine Person, die in der eigenen kleinen Familie isoliert ist, wobei der einzige positive Sozialkontakt zum/zur Sozialarbeiter*In besteht. (vgl. Pantucek 2005b).

4.1.2 Personalliste

Die Personalliste wurde von Peter Pantucek 2001 entwickelt und im Laufe der Lehre und Erfahrung erfolgreich getestet. Sie umfasst alle Akteur*Innen eines Falles, die im sozialen System relevant sind. Das Besondere der Personalliste ist nicht nur ein herausragendes Einsetzen in der Beratung aufgrund des simplen Handlings, sie verdeutlicht auch mögliche Interventionsräume für den/die Sozialarbeiter*In in der Kontaktspalte, die mit den Symbolen Plus „+“ und Minus „-“ gekennzeichnet sind.

Personalliste Fall Rudas				
erstellt am:				
Institution	Krisenzentrum XY			
SozialarbeiterIn	Gertrude Kaiser			
Name	Alter	Rolle	Institution	Kontakt
Paul Rudas	13	Klient	Hsh 1	+
Jolanda Nemeth	38	Mutter; Heimhelferin	Hsh 1	+
Tamara Nemeth	05	Schwester	Hsh 1	-
Tadeusz Szypanski	47	Vater	unbek. Aufenthalt	-
Johann Stadler	?	Ex-Stiefvater	Hsh 2	+
Frau Keller	~30	Sozialarbeiterin	AJF	+
Frau Baric	~25	Sozialarbeiterin	AJF	+
Hr. Dr. N.N.	?	Psychiater	Klinik Spiel	-
Frau Stettler	?	Beratungslehrerin	Schule	+
Frau Bachinger	?	Klassenlehrerin	Schule	+
Fr. Gottschlich	?	Integrationslehrerin	Schule	+
Fr. Malina	?	Psychologin	Schule	+
Sigrid Studer	?	Horterzieherin	Hort	+
Fr. Rambousek	?	Psychologin	Kriseneinrichtung	+

Abbildung 5:Pantucek (2005c)

Begonnen wird mit der Ankerperson, der/dem Klient*In. Haushaltsangehörige, Freunde und Verwandte folgen und schlussendlich werden die institutionellen Helfer*Innen eingetragen. Wie beim Namen, werden in den Spalten für Alter und Rollen, falls nicht bekannt, Frau X.X./Herr Y.Y. und in Bezug zu den Rollen vorerst Individuen/Bürger*Innen oder Mitmenschen eingetragen, die im weiteren Verlauf noch herausgefunden werden können. Pantucek weist auf die Wichtigkeit der Altersspalte hin. Obwohl sie zu Anfangs banal und unscheinbar wirkt, ist sie nach dem Autor eine der gehaltreichsten Basisinformationen, die man über einen Menschen erhalten kann. Das Alter gibt Aufschluss über spezifische Möglichkeiten und Grenzen, soziale Erwartungen der Person und der Umwelt. Mit dem Alter variieren Respektverhalten sowie das Nähe-Distanz-Verhältnis der beteiligten Person.

Die Kontaktspalte zeigt, ob ein fallbezogener Kontakt zwischen fallführender Sozialarbeiter*In und der eingesetzten Person stattgefunden hat. Diese Spalte zeigt den Aktionsraum der/des Sozialarbeiter*In auf. Jedes Minus deutet auf eine mögliche Kontaktaufnahme hin und ist zumindest erklärbungsbedürftig. Der Einbezug der jeweiligen Person muss nicht zwangsläufig durch der/die Sozialarbeiter*In erfolgen, sie kann auch durch andere Akteur*Innen erfolgen.

Der erste und einer der wichtigsten Effekte durch das Erstellen einer Personalliste ist das Verschieben der Aufmerksamkeit der/des Klient*In auf die soziale Einbindung des Problems. Allein durch die Dokumentation in solch einer Liste wird nicht nur ein Überblick gewährleistet, der Fokus des Problemfeldes, eingebunden in die individuelle soziale Struktur, wird verdeutlicht. Akteur*Innen werden nicht nur als Teil einer Institution oder Verkörperung einer gewissen Rolle gesehen, sondern werden im Trias von Name, Rolle und Institution dargestellt und somit wird einer Psychologisierung entgegengewirkt. Pantucek sieht gängige Notationssysteme in der Sozialen Arbeit als zu wenig der Profession entsprechend. Sie beinhalten eine Teils psychologistische und eine Teils bürokratische Ausrichtung, die auf die Person bzw. den bürokratischen Fall fokussieren. Durch die Dokumentation wird die fälschliche Richtung der Identifikation des Falls mit der Person unterstützt. Die Person darf in der Sozialen Arbeit nie mit dem Fall identifiziert werden. Es handelt sich stets um eine Person bzw. um eine Gruppe in einer bestimmten Situation.

In erster Linie ist, rein nach Definition, eine Personalliste kein Instrument von sozialer Diagnostik, da es die Kriterien einer erklärenden bzw. kategorisierenden Charakteristika aufweist. Jedoch kann man dieses Tool als eine Möglichkeit verwenden, um Übersicht und Ordnung in einen multikomplexen Fall mit einer hohen Akteur*Innendichte zu schaffen, die Voraussetzungen für eine Interventionsplanung schaffen. Des Weiteren kann dieses Tool in Verbindung mit anderen Instrumenten als Erweiterung der Diagnostik, wie im Falle der klinischen Sozialarbeit im Landesklinikum Mauer, genutzt werden (vgl. Pantucek 2005c).

4.1.3 Globale Erfassung der Funktionsniveaus/GAF -Skala

Die GAF-Skala wird verwendet, um anhand eines Richtwertes die klinischen Fortschritte der Klient*Innen zu verfolgen, einzuordnen und miteinander zu vergleichen. Es werden jeweils nur die psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionsbereiche evaluiert, wobei körperliche oder umgebungsspezifische Beeinträchtigungen nicht miteinbezogen werden. In der Regel werden die momentanen Zustände auf den aktuellen Zeitraum bezogen, also zum Zeitpunkt

der Beurteilung. Die GAF-Werte befinden sich zwischen den Werten 1 und 100, in Klammer der momentan befindliche Zeitraum, beispielsweise das Datum oder zum Zeitpunkt der Entlassung/Aufnahme. Auch kann es von Vorteil sein, Skalen separat für soziale, berufliche und psychisches Befinden zu erstellen, um den Fortschritt unabhängig von der psychischen Beeinträchtigung besser nachvollziehen zu können. Kritikpunkt in der praktischen Anwendung ist das Erfassen eines momentanen Zustandes, der von unzähligen Faktoren in stetiger Wechselwirkung steht. Sie kann als Unterstützung zur Einschätzung der/des Klient*In seiner/ihrer Befindlichkeit betrachtet werden, sollte aber nicht zu viele Interpretationsmöglichkeiten bieten. In diesem Sinne wurde sie auch als ein Unterpunkt im Inklusionschart 4 und der SAD eingefügt, die alleinige Verwendung der GAF-Skala im Beratungssetting ist nicht zu empfehlen. Als eine eigene Einschätzung der/des Klient*In der Befindlichkeit kann sie als Gesprächseinstieg gut genutzt werden (vgl. GAF-Skala o.A.).

4.1.4 Interventionsplanung

Im Sinne der sozialen Diagnostik wird die Interventionsplanung nicht als eigenständiges Tool gesehen, vielmehr wird sie als Bestandteil einiger sozialdiagnostischer Instrumente bzw. wird im weiteren Verlauf nach der Anwendung der Tools eingesetzt. Da sie in dieser Form jedoch in Verwendung bei den Sozialarbeiter*Innen während meiner Hospitation vorhanden ist, werde ich auf die Interventionsplanung vollständigkeitshalber näher darauf eingehen.

Eine Interventionsplanung wird in der Regel gemeinsam mit allen involvierten Personen gemeinsam geplant, erstellt und koordiniert. Dies kann beispielsweise im Zuge einer Helfer*Innenkonferenz oder im Falle eines Case Managements stattfinden. Hierbei gibt es einige Eckpunkte zu beachten:

- Vorüberlegungen
- Interventionsszenarien entwerfen
- Interventionsszenarien reflektieren
- Interventionen auswählen, adaptieren und entscheiden
- Planung der ersten Interventionsphase, Zieleplanung

In den Vorüberlegungen werden die wichtigsten Informationen und Daten aus der Situationserfassung zusammengetragen und die Erkenntnisse aus der Analyse und Diagnose aus den Ergebnissen diagnostischer Instrumente zusammengetragen und Grobziele werden vereinbart. Hier wird das „presented-Problem“ fokussiert, die Leitthemen der/des Klient*In vermerkt, aktuelle Gefährdungen werden abgeklärt und die Akteur*Innen werden aufgezählt.

Im Schritt des Entwurfs von Interventionsszenarien werden sowohl innovative als auch kreative Möglichkeiten in Betracht gezogen, wobei zusätzlich der berufliche und organisationseigene Erfahrungsschatz genutzt wird.

Die Reflexion erfolgt in Hinblick auf Best- und Worstcase- Szenarien und der Vergleich der Situation, wenn keine Intervention gesetzt wird. Sobald die Intervention gewählt und zur Zufriedenheit aller Beteiligten angepasst wurde, werden in der Planung die Feinziele formuliert und vereinbart und die Interventionen koordiniert (wer erledigt welche Tätigkeiten zu welchem Zeitpunkt) (vgl. soziale-diagnostik.ch o.A.).

Die Form der Interventionsplanung kann grafisch unterschiedlich dargestellt sein, in jedem Fall dient sie der Übersicht über die Ziele und Handlungsschritte für Sozialarbeiter*In, Klient*In und Akteur*Innen (vgl. Pantucek 2004).

4.1.5 Inklusionschart 3 und die Soziale Akut Diagnostik

Im folgenden Unterkapitel wird auf das Inklusionschart 3 und die Soziale Akut Diagnostik genauer eingegangen. Die SAD ist technisch identisch aufgebaut wie das Inklusionschart 3, wobei aufgrund verschiedener Abteilungen der Sozialen Arbeit im LK Mauer Adaptionen passend für die Klientel vorgenommen wurden. Daher wird in diesem Kapitel auf die Erklärung des IC3 fokussiert und im Folgenden Beispiele für Adaptionen für das SAD genannt.

Das Inklusionschart 3 entwickelte sich zu einem kompakten und weit verbreiteten Tool der Sozialen Diagnostik. Bemerkenswert sind drei voneinander unabhängige Perspektiven der Lebenslage, die kartografiert werden. Da ein allgemeiner Maßstab für den Ausmaß der Inklusion verwendet wird, ist das IC3 als Ausgangspunkt für Hilfeplanung gut geeignet. Auch eröffnet es die Möglichkeit der Erstellung einer statistischen Auswertung, die Aussagen über die Lage von Klient*Innen der Sozialen Arbeit und weitläufige Exklusionsprozesse tätigen (vgl. Pantucek 2012).

In jeder Dimension kann eine Exklusion auch selbst gewählt sein, wird dennoch als Exklusion, sei es Selbstexklusion oder nicht, so im Chart vermerkt. Erst nach Abschluss der Datenerhebung kann die Frage gestellt werden, in welchen Bereichen es einer Intervention bedarf. Jede Dimension beinhaltet den auswählbaren Wert von „voll inkludiert“ bis „exkludiert“, wobei ein Kontinuum von zwei Zwischenstufen „weitgehend“ und „mangelhaft“ als Abstufung auswählbar sind. Durch diese Abstufungen sind zwar präzise Definitionen nicht möglich, jedoch besteht die Möglichkeit, für Professionist*Innen und Klient*Innen nach eigener Einschätzung die Situation eher im Bereich der Inklusion oder Exklusion anzusiedeln.

Die erste Achse beschreibt die Funktionssysteme bzw. die Inklusion und Exklusion aus diesen. Hier wird die Tendenz der Entwicklung der Inklusion/Exklusion, ob sie steigt, fällt oder konstant bleibt, festgehalten. Es wird auf die beobachtbare Entwicklung, beispielsweise der letzten Wochen, verwiesen, wobei diese Tendenzeinschätzung keine subjektive Sichtweise der Situation darstellen soll.

Auch stellt sie keine Prognose der Beeinflussbarkeit der Inklusion oder Exklusion dar. Jedoch beschreibt die Tendenz ein Indiz für die Priorisierung bzw. Dringlichkeit von einer durchzuführenden Hilfeleistung. In der Regel erfordern akute Exklusionstendenzen rapide Interventionsmaßnahmen. Konstanten Dynamiken bedarf es erfahrungsgemäß anspruchsvoller Beeinflussungen und werden folglich als mittel- bzw. längerfristige Projekte bearbeitet.

In der Informationsspalte werden Fakten vermerkt, die zur Belegung der Einschätzung dienen. In Stichworten werden die Einstufungen begründet, die zur Evaluation der Dynamik geführt haben. Vorhandene Fakten, optimale und suboptimale, werden ebenfalls vermerkt.

In Bezug zur geplanten Intervention empfiehlt Pantucek (2012), diese erst nach Abschluss der restlichen Einträge zu bearbeiten. Da die einzelnen Ebenen indirekt miteinander verbunden sind, ist es möglich, durch Interventionsschritte in einer oder mehreren Ebenen positive Effekte auf anderen Ebenen zu erzielen. Als Beispiel dient die gesicherte Arbeitsstelle als Einstieg in die Sozialversicherung, mit gewisser Verzögerung zum gesicherten Geldverkehr, stabiler Wohnsituation usw. (nicht zwingend in umgekehrter Reihenfolge). Als passend gesetzte Wahl für Intervention ist eine Ebene mit einer fallenden Tendenz, Richtung Exklusion, anzustreben.

Die zweite Achse beinhaltet drei Dimensionen der Existenzsicherung, die des Wohnens, der Lebensmittel und der Sicherheit, wobei sich die Einschätzung von „sicher und adäquat“ bis „nicht gewährleistet“ erstreckt.

In der letzten Achse werden die Bereiche der Gesundheit, Kompetenzen und Sorgepflichten vermerkt. Auch wird als Abschluss eine Einschätzung nach der GAF-Skala (General Assessment of Functioning Scale) eingetragen.

Als nächsten Schritt für Professionist*Innen, nachdem das Formular gemeinsam ausgefüllt wurde, wird eine Nachbesprechung angesetzt. Pantucek empfiehlt, dass erst der/die Sozialarbeiter*In ihre Einschätzung abgibt und folglich zum Diskurs einlädt. Nicht zu unterschätzen ist das Herausarbeiten positiver Tendenzen, in diesem Sinne Ressourcen der/des Klient*In, womit erste Ideen für mögliche Ziele und Hilfeleistungen bzw. das Erstellen eines Hilfeplans eingeleitet werden kann (vgl. Pantucek 2012).

Um die Adaptionen für die SAD nachvollziehen zu können, werden drei konträre Bereiche der klinischen Sozialarbeit im LK Mauer als Beispiele für die unterschiedliche Klientel genannt: die Erwachsenenpsychiatrie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychologie (KJPP) und die Forensik.

Adaptionen in der Abteilung der Erwachsenenpsychiatrie wären beispielsweise zusätzliche Informationen im Bereich der Achse 3. Zusätzlich zum Gesundheitszustand wird nach der Diagnose gefragt und nach dem Netz der Ärzt*Innen und Ärzte außerhalb des Klinikums. Auch als aktiv gesetzter Fragepunkt zählt die nach einer Erwachsenenvertretung bzw. vorhandenen Vormundschaft. Ein weiterer wichtiger Punkt, der der Nachbetreuung, wird als Abschluss gesetzt.

In der KJPP fallen Dimensionen der Achse 1 weg, wie der Arbeitsmarkt, die Sozialversicherung, der Geldverkehr und Mobilität. Zusätzlich beigelegte Punkte betreffen schulische Einrichtungen, die Einbindung der Erziehungsberechtigten bzw. wichtige Bezugspersonen und die Einbindung in schulexterne Programme.

Die dritte Abteilung Forensik enthält auch eine gewisse Anzahl an Adaptionen: Es werden behördliche Kontakte abgefragt, wichtige Termine mit Bewährungshelfer*Innen und Termine

vor Gericht. Somit sind die Adaptionen des Inklusionschart 3 charakteristisch für die einzelnen Abteilungen des LK Mauer.

5 Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse präsentiert und diskutiert. Es beinhaltet den Ausgang der informell geführten Gespräche mit den Sozialarbeiter*Innen, die Anwendung des Inklusionscharts 4 in der Erwachsenenpsychiatrie, die Vorteile und Herausforderungen Anhand dessen

eines Expert*Innengesprächs und in weiterer Schlussfolge der direkte Vergleich der SAD mit der aktuellen Version des Inklusionscharts 4. Die Hypothese besteht, dass die Anwendung des Inklusionscharts 4 einen Mehrwert für die Soziale Arbeit und ihr Handeln im LK Mauer hat.

5.1 Ergebnisse der Gespräche und Beobachtungen

Die Gespräche und Beobachtungen wurden in insgesamt drei Abteilungen des LK Mauer mit den dort tätigen Sozialarbeiter*Innen geführt, in der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychologie (KJPP) und der Forensik. Entschieden habe ich mich im speziellen für diese drei Bereiche, da sich ihre Klient*Innengruppen nicht überschneiden und ich so eine größtmögliche Auffächerung der Aufgabengebiete der Sozialen Arbeit erhalten konnte.

5.1.1 Erwachsenenpsychiatrie

Für die Sozialarbeiterin in der Erwachsenenpsychiatrie hat die Verwendung der SAD sowohl Vorteile als auch Nachteile in der Anwendung. Aus den Ergebnissen der Forschung lässt sich der allgemein vertretende Standpunkt herausarbeiten, dass die Anwendung sozialer Diagnoseinstrumente wichtig und sinnvoll in der sozialen Arbeit ist. Als Hauptgrund wurde das Schaffen eines guten Überblicks über die Situation von Klient*Innen und der Beziehungsaufbau genannt, wobei die Auswahl und Anzahl der Tools keine Rolle spielen. Die Wahl des passenden Instruments ist immer fallspezifisch abzuwägen und kann nach Situation und Person variieren. Es stehen die Klient*Innen im Mittelpunkt und die Betreuung und Beratung unter Einsatz des SAD soll vor allem für die Klientel einen Nutzen erzielen.

Vor Beginn der Anwendungsphase werden die Klient*Innen in der Erwachsenenpsychiatrie entweder durch fallführendes Fachärzteampersonal an die Soziale Arbeit überwiesen oder die Patient*Innen äußern in selteneren Fällen selbst den Wunsch. Das bedeutet, dass die Klient*Innen, bevor sie zu den Sozialarbeiter*Innen in Beratung gehen, bereits Therapien begonnen haben und eine medikamentöse Einstellung durch Ärzt*Innen und Psycholog*Innen bereits stattgefunden hat. Dadurch ist es besonders wichtig, keinen Wiederholungscharakter in den verschiedenen Beratungen hervorzurufen. Die Termine werden entweder elektronisch eingetragen, wobei sie an einem Bildschirm im Aufenthaltsraum der Klient*Innen sichtbar sind, oder schriftlich auf einer Tafel im selben Raum.

Als Vorbereitung werden bereits ausgedruckte SAD-Formulare vorab ausgefüllt. Informationen zu den Patient*Innen werden vom fallführenden Ärzteampersonal für die Sozialarbeiter*Innen auf der Station freigegeben. Patient*Innenakten von gesamten Klinikum sind aufgrund der Datenschutzvereinbarung nicht einsehbar. Alle relevanten Daten werden in das Formular übertragen, wobei Punkte markiert werden, wo nach den Sozialarbeiter*Innen Fragebedarf bestehen könnte. Erst dann kommt es zum Erstgespräch mit den Klient*Innen. Dafür wird ein Zeitrahmen von mindestens 35 Minuten vorgesehen, idealerweise 45 Minuten und mehr, um die SAD angemessen ausfüllen zu können.

Dabei steht die Prämisse zur Bereitschaft der Klient*Innen im Vordergrund. Es wird nach dem Wohlbefinden erkundigt und um die Erlaubnis erbittet, die SAD während des Gesprächs verwenden zu können. Es wird die Anwendung des Tools erklärt und der Nutzen wird kurz geschildert. Falls es zur Verweigerung seitens der Patient*Innen kommen sollte, wird während des Gesprächs auf das Formular verzichtet und nachträglich ausgefüllt.

Aufgrund der Erkrankung von Klient*Innen kann eine realistische Durchführung erschwert werden, sie befinden sich, vor allem während einer akuten Psychose, in ihrer eigenen Realität. In diesen Fällen kann das Einbeziehen des sozialen Umfelds von Vorteil sein, um ein objektiveres Bild von der Gesamtsituation zu erhalten. Auch kann es vorkommen, dass sich ein Gespräch als momentan nicht durchführbar darstellt, wobei von dem/der Sozialarbeiter*In abgebrochen und ein weiterer Termin festgelegt wird.

Meist fällt es den Klient*Innen schwer, ihre Problemfelder konkret auszudrücken, wobei die klare Strukturierung der SAD hilfreich erscheint. Im gesamten Verlauf des Gesprächs stehen die Befindlichkeiten des zu Betreuenden im Vordergrund und auf einen guten Beziehungsaufbau wird, besonders im Erstgespräch, geachtet. Anders als bei anderen Professionen, spielt die Diagnose bei der Beratung keine Hauptrolle. Schwerpunkte sind die Eckpunkte der SAD, also Themenbereiche der Unterkunft, des Einkommens, der Alltagsbewältigung, soziale Problemfelder etc.

Die Art der Krankheit ist weniger ausschlaggebend wie deren Einfluss auf den Alltag der Patient*Innen. Bei Bedarf werden auch weitere Diagnoseinstrumente verwendet, etwa bei einem unübersichtlichen sozialen Netzwerk (bzw. bei der Ressourcenerschließung), komplexe Familienstrukturen oder bei notwendigen mehrfach-Interventionen.

Reflektiv betrachtet werden nicht alle Patient*Innen des LK Mauer zu Klient*Innen der Sozialen Arbeit. Durch Überweisung durch das fallführende Team oder der Eigeninitiative der Klient*Innen kann es erst zum Kontakt kommen. Daher ist es aus eigener Einschätzung

wichtig, dass sowohl das multiprofessionelle Team über Wissen des Arbeitsbereiches der Sozialen Arbeit verfügt als auch die Klient*Innen über die Tätigkeiten der Sozialen Arbeiter*Innen informiert sind. Eigene Beobachtungen schildern zwar ein vorhandenes Basiswissen des Teams, jedoch waren einzelne Professionist*Innen während Teamsitzungen erstaunt über die Weitläufigkeit der Tätigkeiten der Sozialen Arbeit. Um dieser Hochschwelligkeit und der hierarchischen Struktur entgegenzuwirken, ist es ratsam, durch Teambesprechungen oder Supervision intensivere Einblicke über die Tätigkeiten aller Professionen zu gewähren. Somit könnten Patient*Innen, die durch die Einschätzung der fallführenden Professionist*Innen keine Klient*Innen der Sozialarbeiter*Innen wurden, auch die notwendigen Beratungs- und Unterstützungsangebote nutzen.

5.1.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychologie

In der KJPP ist die Aufteilung der Patient*Innen nach Alter zu unterscheiden. Kinder bis zum 14. Lebensjahr werden auf der Kinderseite und ab 14 auf der Jugendseite untergebracht. Die räumliche Unterteilung ist identisch, wobei die Einrichtung und die Freizeitbeschäftigungen bzw. das Programm am Alter der Patient*innen angepasst wird. Auf beiden Stationen stehen jeweils 15 Betten zur Verfügung. Des Weiteren gibt es zusätzlich altersabhängig eine Tagesklinik, die von Klient*Innen genutzt werden kann, die zuhause nächtigen bzw. ihre Stammschule besuchen. Für alle, denen es nicht möglich ist, die Stammschule zu besuchen, werden in den Bildungseinrichtungen (VS, NMS, AHS, ...) am Gelände unterrichtet. Die Schulpflicht besteht auch für Patient*Innen einer Psychiatrie. Für junge Patient*Innen ist auch eine Mutter-Kind Einrichtung vorgesehen, um die Bindung zur Mutter als Ressource aufrecht zu erhalten, um Stress und Angstzuständen entgegenzuwirken.

Die Patient*Innen der Jugendstation haben die Möglichkeit, ihre Stammschule weiterhin zu besuchen, sobald es die Umstände zulassen. Als Selbstläufer bezeichnen die Sozialarbeiter*Innen jene Jugendliche, die ohne Begleitung durch Pflegekräfte selbstständig mit öffentlichen Verkehrsmitteln zur Schule gehen. Dies ist eine Möglichkeit, die Autonomie von jungen Patient*Innen zu stärken.

Auf dieser Abteilung wurden die Adaptionen des Inklusionscharts 3 für die SAD am weitläufigsten vorgenommen. Für Kinder und Jugendliche wurde jeweils eine separate Diagnostik angefertigt, angepasst auf die Alters- und Lebenslage der Patient*Innen. Auch hier werden die Erstgespräche mit Anwendung der SAD, wenn möglich ohne Angehörige, durchgeführt. Bei weiteren Gesprächen werden nahe Angehörige und wichtige Bezugspersonen involviert. Die Begründung der Sozialarbeiterin ist die, dass Kinder und Jugendliche, die Opfer häuslicher Gewalt geworden sind oder unter Krankheiten der Eltern mitleiden, offener in die Beratung gehen können als mit Begleitung. Oft haben Kinder- und Jugendliche dieser Abteilung keine Diagnosen, sie sind meist Symptomträger psychisch oder körperlich erkrankter Eltern oder eines kranken Systems. Geäußert wird dies durch Konzentrations- und Lernschwierigkeiten, mangelnde Kompetenzen der Aggressionsbewältigung, soziale Unsicherheiten, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Emotionale Instabilität, depressive Verstimmungen, Isolation etc.

Meinen Einschätzungen nach ist die wichtigste Aufgabe des gesamten Teams, Kinder und Jugendliche auf der Station zu stabilisieren und an eine Tagesstruktur zu gewöhnen. Die soziale Diagnostik wird zum Erstgespräch als Leitfaden für Sozialarbeiterin und Patient*In verwendet. Da insbesondere Kinder Schwierigkeiten mit der Artikulation von Problemlagen aufweisen, ist der SAD Bogen mit dem klaren Aufbau und der bildlichen Veranschaulichung eine ideale Unterstützung des Gesprächsbeginns.

Besonders wichtig auf dieser Station ist das Einbeziehen der Bezugspersonen in die Therapien und Beratungen. In den meisten Fällen können es die Eltern oder ein Elternteil sein, der idealerweise unterstützend und kooperativ an den Beratungen teilnimmt. Auch enge Freund*Innen könnten als Ressourcenquelle und als soziale und emotionale Unterstützung nach Möglichkeit einbezogen werden.

5.1.3 Forensik

In der Forensik befinden sich Patient*Innen, die nach § 21.2 StGB/ §429 (4) StPO in eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher eingewiesen wurden. Im Vordergrund stehen Gerichtstermine, möglicher Ausgang, der Kontakt mit Bewährungshelfer*Innen, Kontakt nach außen, etc. Die Möglichkeit eines Ausgangs wird in insgesamt sechs Stufen unterteilt, wobei nur die erste Stufe ohne polizeiliche Begleitung das Gelände verlassen darf. Sonst beschränken sich die Ausgänge nur auf wichtige gerichtliche Termine.

Die Station ist mit entsprechenden Sicherheitsmaßnahmen für Patient*Innen und Personal gesichert. Die Abteilung für Klient*Innen, die keine Ausgangsstufe bzw. eine nach § 166 StVG Unterbrechung der Unterbringung (UdU) aufweisen, befindet sich hinter zwei elektronisch gesicherten Stahltüren, die durch eine Schleuse miteinander verbunden sind. Alle professionellen Mitarbeiter*Innen müssen beim Verlassen des Büros zwei Notfallsignalknöpfe bei sich tragen, um sie im Ernstfall betätigen zu können. Auch kann man sich nur mit der Mitarbeiterkarte plus Chip durch die Station fortbewegen.

Aufgrund der Klient*Innengruppe gestaltet sich die Arbeit mit der Sozialen Akut Diagnostik schwierig, da Klient*Innen auf dieser Station aus den meisten Bereichen exkludiert sind. Falls nicht schon von der Akut-Station ausgefüllt, wird die SAD in Kombination mit einem selbst erstellten Ersterhebungsbogen angewendet. Beides wurde auf der Station gemeinsam im Team mit der Leitung erstellt und adaptiert, um alle notwendigen Lebensbereiche der Klient*Innen abdecken zu können. Zusätzlich werden zu den bereits vorhandenen Punkten Fragestellungen bezüglich vorhandener Haftmeldung der Justizanstalt, aktueller Meldungen, Erstvertretung, Aktenzahl, Kontakte zu weiteren Behörden, Rechtsgeschäfte, UdU etc. eingefügt.

Es kann beobachtet werden, dass sich die Soziale Arbeit auf dieser Station durch ihren Zwangskontext charakterisiert, die Kooperation seitens der Klient*Innen ist in seltenen Fällen gegeben. Daher erfordert es ein breitgefächertes Knowhow der Sozialarbeiter*Innen in den Bereichen der Gesprächsführung, Deeskalationsmethoden, Krisenintervention und Beziehungsarbeit, um gemeinsam mit den Klient*Innen arbeiten zu können.

Meiner Einschätzung nach ist der gegebene Rahmen der Sozialen Arbeit in der Forensik herausfordernd. Sie bewegt sich nicht nur innerhalb der Gesetzesregelung in Österreich, auch die Bedingungen des Landesklinikums selbst, der Justizanstalt und die Arbeit der Bewährungshelfer*Innen schränkt die „Bewegungsfreiheit“ der Sozialarbeiter*Innen in ihrem Arbeitsumfeld maßgeblich ein.

5.1.4 Praktischer Versuch des Inklusionscharts 4 in der Erwachsenenpsychiatrie

Während des Forschungszeitrahmens von fünf Wochen war es möglich, der Sozialarbeiterin in der Erwachsenenpsychiatrie die aktuelle Version des Inklusionscharts 4 vorzustellen. Gemeinsam mit der Forscherin wurde der Versuch der Anwendung in der Erwachsenenpsychiatrie gestartet. Zu Beginn wurde das Formular in ausgedruckter Form begutachtet und ein Vergleich zum aktuellen diagnostischen Instrument hergestellt. Aus der bisherigen Erfahrung der Sozialarbeiterin konnte sie bereits in der Besprechung vorweg einige Punkte hinzufügen, die im klinischen Kontext mit Klient*Innen anzusprechen sind, wie der Gesundheitszustand, die Diagnose, weiteres Ärzt*Innen-Netzwerk, Erwachsenenvertreter*Innen usw.

Der Sozialarbeiterin fiel nicht nur das neue Design auf, sondern auch die umfassende Überarbeitung des Manuals, welches sie viel verständlicher und klarer empfand als die Vorgängerversion. Die Anwendung des IC4 erfolgte in insgesamt fünf Erstgesprächen, wobei die Forscherin zum Zweck der Veranschaulichung das erste übernahm. Voraussetzung ist ein Zeitraum von mindestens 35 Minuten, um die Anwendung des Formulars erfolgreich einsetzen zu können.

Den Versuch betrachte ich als sehr gelungen, alle Aspekte der Lebensführung der Klient*Innen wurden besprochen und die Sozialarbeiterin stellte zusätzliche kontextbezogene Fragen, die in der Psychiatrie ihrer Meinung erforderlich waren.

5.1.5 Vorteile und Herausforderungen der Anwendung des Inklusions-Chart 4

Anfangs war die Arbeit der Sozialarbeiterin mit dem Inklusionschart 4 mit Stress verbunden, da die Anwendung zwar ähnlich, aber dennoch ungewohnt und neu war. Sie sah den Einsatz einerseits als Herausforderung und andererseits als Möglichkeit, die soziale Diagnostik in der Psychiatrie weiterhin besser auf die Klientel anpassen zu können. Sie stellte nach einigen Wiederholungen eine gewisse Routine in den Gesprächen fest, die sich etablierte. Durch die Rahmenbedingungen auf der Station wurde der Anspruch, das Inklusionschart 4 bei allen Patient*Innen anwenden zu können, oftmals verhindert. Es kam vor, dass Patient*Innen während des Prozesses entlassen wurden, Gespräche auf zwei Termine aufgeteilt werden mussten, die Aufmerksamkeitsspanne der Klient*Innen nachließ, wobei die Anwendung abgebrochen werden musste. Diese Erfahrungen deckten sich mit der Bestätigung der Sozialarbeiterin, dass dies nicht seltene Szenarien in der Psychiatrie sind und dieser Ausgang nicht in Verbindung mit dem IC4 gebracht werden kann.

Meiner Einschätzung nach war die größte Herausforderung für die Anwendung sozialdiagnostischer Tools die fehlende Krankheitseinsicht von Patient*Innen. Im Fall des Forschungszeitraumes wies die Patient*Innengruppe auf der Station eine erhöhte Anzahl an Demenzerkrankter und akut psychotischer Personen auf. Aufgrund der Überzeugung der Patient*Innen, keine Unterstützung zu benötigen, war es in diesen Fällen sinnlos, das IC4 gegen ihren Willen einsetzen zu wollen. Die Sozialarbeiterin hätte mit der SAD nicht anders agiert.

Ich vertrete die Meinung, dass das IC4 als auch die SAD für diese Patient*Innengruppe eine zu lange Aufmerksamkeitsspanne verlangt, die zu diesem Zeitpunkt nicht aufgebracht werden kann. Speziell für diese Zielgruppe würde es eine kurze und prägnante Form benötigen. Da durch eine Kürzung des IC4 oder der SAD unverzichtbare Punkte gestrichen werden würden und das Formular nicht zielgemäß in seiner Ganzheitlichkeit eingesetzt werden könnte, ist die Alternative, die Anwendung des Tools auf mehrere Termine aufzuteilen. Herausfordernd ist zum einen die kurze Aufenthaltsdauer der Klient*Innen in der Psychiatrie und zum anderen die Termindichte, die durch weitere Therapien und Behandlungen entstehen.

Generell ist in der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen zu beachten, dass es ihnen Schwierigkeiten bereitet, ihre Krankheit zu akzeptieren und über die daraus resultierenden Probleme in der Alltagsbewältigung zu sprechen. Insofern eignet sich das IC4 hervorragend, um unentdeckte Problemfelder und mögliche Ressourcen aufzudecken. Der persönliche professionelle Mehrwert der Sozialarbeiterin im Inklusionschart liegt in der Bearbeitbarkeit und Flexibilität des Instruments. Informationen können problemlos aktualisiert werden, wenn Patient*Innen immer wieder zu Beratungen auf die Station kommen und ein gelungener Beziehungsaufbau stattfinden kann. Der Überblick bleibt somit erhalten und dient sowohl der Nachbetreuung als auch bei Fallübergaben.

Mir fiel in der Anwendung auf, dass die Gespräche viel entschleunigter stattgefunden haben, als mit dem SAD. Ich führte dies auf den „Bruch“ ihrer Routine zurück, man musste sich mehr konzentrieren als beim gewohnten Abarbeiten der SAD. Rein durch das Umformulieren der jeweiligen Begriffe wurde das Gesprächsthema erweitert und neue Bereiche der Lebenswelt und der Ressourcen aufgedeckt. Auch für Klient*Innen war die Anwendung des Inklusionscharts 4 vorteilhaft. Durch das bewusste und konkrete Bearbeiten jedes einzelnen Punktes wurde die Ist-Situation der Klient*Innen ins Bewusstsein gerufen und ein roter Faden entstand während den Gesprächsverläufen.

5.1.6 Datenvergleich der SAD mit dem Inklusionschart 4

Im Rahmen der Forschungsarbeit stellte sich heraus, dass sich eine Übernahme des Inklusionscharts 4 als Hauptdiagnoseinstrument in die Praxis schwierig gestalten würde. Alle Sozialarbeiter*Innen im LK Mauer verwenden eine bereits angepasste Version des IC3, wobei bei Übernahme des IC4 wieder Adaptionen vorgenommen werden müssten. Als realistisch vorstellbar wäre eine weitere Teamsitzung zur Anpassung der SAD mit einigen Punkten des IC4. In diesem Kapitel werden auf relevante Punkte betreffend der SAD im Vergleich mit dem IC4 eingegangen und diskutiert.

Grundsätzlich ist ein vollständig ausgefülltes Formular wichtig und sinnvoll, wobei in der Anwendung für die Sozialarbeiterin erkennbar war, dass zu viele einzelne Punkte vorhanden waren. Aufgrund dessen wurde die Grundvoraussetzung für Klient*Innen geschaffen, ein eigenes Maß an Selbstreflexion und Aufmerksamkeit entgegenzubringen.

Relevante Aspekte in der Erwachsenenpsychiatrie sind insbesondere die Bereiche Arbeitsmarkt und Sozialversicherung. Diese Punkte geben den Status der Versicherung preis, die im Krankenhauskontext hinsichtlich der Finanzierung relevant ist. Zum Bereich Arbeitsmarkt könnte der Punkt Geldverkehr miteinbezogen werden, wobei ein anderer Überbegriff gewählt werden müsste.

Um das umfassende Ausmaß an zwei Seiten zu kürzen, könnte man meinen Erfahrungen nach den Begriff Arbeit mit dem der Bildung kombinieren, da im Gesprächsverlauf Arbeit und Bildung in der Regel gekoppelt gefragt und erzählt wird, da sie mehr oder weniger miteinander verknüpft sind.

Die Rubriken Wohnen, Güter des Alltags und Sorgepflichten wurden von mir und der Sozialarbeiterin als sehr wichtig empfunden, wobei die Bereiche Wohnen und Versorgung mit dem Aspekt der Güter des Alltags zusammengefasst werden können. Sorgepflichten, Sicherheit und Kompetenzen sollten extra aufgelistet bleiben.

Einen detaillierteren Vergleich der beiden diagnostischen Instrumente aufgelistet nach relevanten Punkten in der Erwachsenenpsychiatrie, die für die klinische Sozialarbeit in der Erwachsenenpsychiatrie adaptiert werden würden, ist dem folgenden Unterkapiteln zu entnehmen.

5.1.6.1 Arbeitsmarkt und Bildungswesen

Eine volle Inklusion in den Arbeitsmarkt ist nach Pantucek (2012) gegeben, wenn die Qualifikationen und Fähigkeiten in der Arbeit eingesetzt werden können, wobei der Lebensunterhalt selbstständig und angemessen finanziert werden kann. Auch selbstständiges Kümmern um die Arbeitsstelle und den Erhalt dieser spricht für eine volle Inklusion.

Ist der Zugang zur Bildung und Weiterbildung gegeben und wird individuell auch genutzt, ist eine Person in das Bildungswesen voll inkludiert (vgl. ebd.).

In einer adaptierten Version (hier: SAD 2) wäre es angedacht, diese beiden Bereiche miteinander zu verknüpfen. In der Regel besteht ein relevanter Zusammenhang zwischen den beiden Bereichen, sowohl bei der Fragestellung als auch im Gesprächsverlauf werden sie meist in Verbindung gebracht. Bei Unstimmigkeiten im Gesprächsverlauf kann die Sozialarbeiter*In jederzeit genauer auf einzelne Aspekte eingehen, insbesondere, wenn die Ausbildung nicht mit der ausgeübten Tätigkeit übereinstimmt. Auch bei fehlender Aus- bzw. Weiterbildung oder Interessenskonflikten ist es ratsam, sich diesen Aspekten näher zu widmen.

5.1.6.2 Sozialversicherung

Die Wichtigkeit, die die Sozialversicherung im Inklusionschart einnimmt, würde auch im SAD 2 übernommen werden. Hierbei wird der Versicherungsstatus abgeklärt, um auch die finanzielle Deckung des Versicherungsträgers der Kosten des Klinikums abzuklären oder ob andere Finanzierungsformen in Betracht gezogen werden müssen. Inkludiert sind laut Pantucek Personen, die auf Grundlage eigener Leistungen selbst versichert sind und im Bedarfsfall die Möglichkeiten in Anspruch nehmen können. Abstufungen sind in den Fällen der Mitversicherung oder fehlender Versicherungen, wie beispielsweise eine Pensionsversicherung vorzunehmen (vgl. Pantucek 2012).

5.1.6.3 Mobilität

Die freie Fortbewegungsmöglichkeit ist auch im psychiatrischen Kontext von großer Bedeutung. Sie stellt sicher, dass wichtige Destinationen wie Tagesstätten, Pflegestationen oder andere adäquate Einrichtungen erreichbar sind. Die von Pantucek gewählte Definition würde auch im SAD 2 übernommen werden. Unter Mobilität versteht er, dass sich eine Person frei fortbewegen kann, unabhängig von Art des Fortbewegungsmittels unter Berücksichtigung der Zeit-Preis-Relation. Ist eine gegebene Bewegungseinschränkung vorhanden, beispielsweise durch körperliche Einschränkung, fehlende Verkehrsmöglichkeiten oder Angewiesenheit auf Unterstützung, die nicht finanziell ausgeglichen werden kann, spricht Pantucek (2012) von Exklusion aus dem Bereich der Mobilität.

5.1.6.4 Gesundheit und medizinische Versorgung

Im Kontext des Inklusionscharts wird eine adäquate medizinische Versorgung durch gegebenen und bezahlbaren Zugang zu Leistungen gekennzeichnet, die im Bedarfsfall wahrgenommen werden kann. Wird eine notwendige medizinische Leistung nicht in Anspruch genommen oder ist nicht erreichbar bzw. verfügbar, spricht man von Exklusion (vgl. Pantucek 2012). Im klinischen Kontext wird im Bereich der medizinischen Versorgung und Gesundheit nach dem momentanen Gesundheitszustand gefragt und ob das medizinische Angebot wahrgenommen wird oder werden kann. Eine wichtige Rolle spielt die Beeinträchtigung des Alltags der Person durch die Erkrankung und ist unumgänglich zu erheben.

5.1.6.5 Wohnen und Güter des Alltags

Der Bereich Wohnen untersucht die aktuelle Wohnsituation, vorhandene Privatsphäre und Rückzugsmöglichkeiten. Auch soll der Raum Möglichkeiten geben, diversen Tätigkeiten nachgehen zu können, wie Raumgestaltung, Kochen, Körperhygiene, private Kommunikation usw. Unter Güter des Alltags werden all jene Produkte verstanden, die für die Lebensführung benötigt werden. In dieser Kategorie fallen nicht nur Lebensmittel, sondern auch Kleidung, Medikamente, Internetzugang, Bücher und weitere (vgl. Pantucek 2012).

Für das SAD wird eine Aufteilung des Bereichs der Existenzsicherung in zwei Aspekte als sinnvoll erachtet, zum einen in „Wohnen und Güter des Alltags“ und zum anderen in „Sicherheit“. Die Kategorie könnte in „Wohnen und Versorgung“ umbenannt werden und deckt mehrere Bereiche des Lebens ab. Die Bereiche „Wohnen“ und „tägliche Versorgung“ werden demnach in einem abgefragt.

5.1.6.6 Sorgepflichten und Kompetenzen

Trägt die Person Verantwortung für einen anderen Mitmenschen, wird dies unter „Sorgepflichten“ vermerkt. Inbegriffen sind nicht nur Kinder, sondern auch Partner*Innen und Pflegebedürftige. Der Bereich Kompetenzen beschreibt die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für die Bewältigung des Alltags und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben erforderlich sind. Auch die Problembewältigung fällt in diese Kategorie.

Beide Bereiche sollen nach der befragten Sozialarbeiterin separat im Formular stehen, jedoch ist eine differenzierte Einteilung oder Abstufung nicht notwendig. Eine vereinfachte Beurteilung von „gegeben“ und „nicht gegeben“ würde für die Station ausreichen.

6 Resümee

Die Hypothese, dass die Anwendung des Inklusionscharts einen Mehrwert für die Soziale Arbeit im LK Mauer darstellt, wurde zwar bestätigt, jedoch auf eine andere Art und Weise, wie zu Anfangs vermutet. Durch die angewandten Methoden konnte die Auswirkung der Forschung auf die Soziale Arbeit in Mauer festgestellt werden.

Das Arbeitsfeld der klinischen Sozialarbeit beschäftigt sich mit Personengruppen in Multiproblemlagen, wobei ein unterstützendes Instrument sowohl für Sozialarbeiter*Innen als auch für Klient*Innen erstrebenswert ist. In der Forschungsarbeit kristallisierte sich heraus, dass durch die Anwendung des Inklusionscharts 4 weitere Aspekte und Ressourcenquellen aufgezeigt werden konnten. Vermutet wurde eine Einführung des Inklusionscharts 4 als neues standardisiertes Diagnoseinstrument in der sozialarbeiterischen Praxis des LK Mauer, wenn auch nur zum Teil. Als Ergebnis kam eine Kombination der Adaptionen beider diagnostischer Instrumente, abgestimmt auf die Klient*Innen der Erwachsenenpsychiatrie. Durch die Beschäftigung mit der aktuellen Version des Charts eröffneten sich neue Blickrichtungen und Gedankengänge für weitere Adaptionen, auch in anderen Bereichen der klinischen Sozialarbeit.

In allen Bereichen der Sozialen Arbeit im Klinikum ist durch die Anwendung (einer adaptierten Version) des Inklusionscharts die Möglichkeit gegeben, die Klient*Innen bestmöglich zu

beraten und zu unterstützen. Der große Vorteil ist, dass dieses Tool nicht fixiert ist, also flexibel und zu jedem Zeitpunkt anwendbar und aktualisierbar ist. Auch ist es möglich, durch Veränderungen und Adaptionen weitläufige Bereiche mit verschiedenen Klient*Innengruppen abzudecken. Sie kann schriftlich und elektronisch erfolgen, in Kooperation mit der zu beratenden Person aber auch mit Angehörigen. Sie hilft nicht nur den Sozialarbeiter*Innen in ihrer Beratung, sondern eröffnet auch für Klient*innen die Möglichkeit die übersichtliche Aufbereitung ihrer aktuellen Lebenslage, notwendige Interventionen aber auch Ressourcen und positive Aspekte ihres alltäglichen Lebens.

Ein weiterer positiver Aspekt ist die Handhabe des Charts bei Fallübergaben, Überweisungen in andere Abteilungen und Psychiatrien. Durch die übersichtlich dargestellten Eckpunkte ist eine Fallübernahme nahezu komplikationslos. Dadurch kann das Weiterabreiten mit den Klient*Innen auch in anderen Professionen und Einrichtungen schneller erfolgen, Daten und Fakten müssen nicht allesamt von vorne wiederholt werden.

Im Beratungssetting dient das Tool für Klient*innen als „roter Faden“, auch bei psychotischen Patient*Innen hilft dies zur Strukturierung ihrer Gedankengänge. Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass die Anwendung des Inklusionscharts 4 angenehme Gespräche mit gutem Klima für alle Beteiligten geschaffen hat und schlussendlich profitieren sowohl Sozialarbeiter*Innen als auch Klient*innen vom Inklusionschart 3 und 4.

7 Quellenverzeichnis

Literatur

Ansen, Harald/Gödecker-Geenen, Norbert/ Nau, Hans (2004): Soziale Arbeit im Krankenhaus, München: Ernst Reinhardt Verlag.

Bienz, Barbara/Reinmann, Arlette (2004): Sozialarbeit im Krankenhaus: Aufgaben, Methoden,

Buttner, Peter/ Gahleitner, Silke Brigitta/ Hochuli Freund, Ursula/ Röh, Dieter (2018): Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit, Freiburg: Lambertus Verlag.

Dörr, Margret (2005): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Flick, Uwe (2012): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 5. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

GAF-Skala. Global Assessment of Functioning Scale (o.A.): http://www.psychiatrie-in-berlin.de/soziotherapie/gaf_skala.pdf [Zugriff: 21.08. 2020]

Gahleitner, Silke Brigitta/Hahn, Gernot/Glemser, Rolf (Hg.) (2009): Klinische Sozialarbeit, Forschung aus der Praxis – Forschung für die Praxis. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 2, Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH,

Gahleitner, Silke Brigitta/Hahn, Gernot/Glemser, Rolf (Hg.) (2013): Psychosoziale Diagnostik, klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 5, Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Gahleitner, Silke Brigitta/ Helmut, Pauls (2013): Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung. Ein variables Grundmodell. In: Gahleitner, Silke Brigitta/ Hahn, Gernot/ Glemser, Rolf (Hg.): Psychosoziale Diagnostik, Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 5, Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Homfeldt, Hans Günther/ Sting, Stephan (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung. München; Ernst Reinhardt Verlag.

Mayrhofer, Hemma (2009): Soziale Inklusion und Exklusion. Eine system-theoretische Unterscheidung als Beobachtungsangebot für die Soziale Arbeit. In: Soziales Kapital. Wissenschaftliches Journal österreichischer Fachhochschul-Studiengänge Soziale Arbeit, Nr.2 (2009) / Rubrik „Nachbarschaft“: Standortredaktion St.Pölten.

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken, 5.Auflage, Weinheim: Beltz-Verlag.

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 11. aktualisierte und überarbeitet Auflage, Basel: Beltz-Verlag.

Merten, Roland (2004): Inklusion/Exklusion und Soziale Arbeit. Überlegungen zur aktuellen Theoriedebatte zwischen Bestimmung und Destruktion. In: Merten, Roland/ Scherr, Albert (Hg.): Inklusion und Exklusion in der Sozialen Arbeit, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S.99-118.

OBDS. Handlungsfelder der Sozialarbeit (2004): https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/04/handlungsfelder-fh-campus_wien.pdf

Pauls, Helmut (2011): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung, 2. überarbeitete Auflage, München: Juventa Verlag.

Pantucek, Peter (2004): Interventionsplanung: <http://www.pantucek.com/diagnose/mat/interventplang/Interventionsplanung1.pdf> [Zugriff: 20.08.2020]

Pantucek, Peter (2005a): Netzwerkkarte:

http://www.pantucek.com/diagnose/netzwerkkarte/netzwerkkarte_manual.pdf

Pantucek, Peter (2005a): Netzwerkkarte: http://www.pantucek.com/diagnose/netzwerkkarte/netzwerkkarte_manual.pdf

Pantucek, Peter (2005b): ECO-Map:
<http://www.pantucek.com/diagnose/mat/ecomap/ecomap.pdf> [Zugriff: 20.08.2020]

Pantucek, Peter (2005c): Personalliste:
<http://www.pantucek.com/diagnose/mat/personalliste/personalliste.pdf> [Zugriff: 21.08. 2020]

Pantucek, Peter (2012): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. Wien: Böhlau Verlag.

Schaub, Heinz-Alex (2008): Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung. Göttingen: V&R Unipress.

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

Sommerfeld, Peter/ Hierlemann, Franz (2004): Psychiatrische Rehabilitation. Soziale Arbeit in der Psychiatrie und im Rehabilitationsprozess. Berlin: Springer Verlag.
Staub-Bernasconi

Staub- Bernasconi, Silvia (2003): Soziale Arbeit und soziale Probleme. Eine disziplin- und professionsbezogene Bestimmung. Wiesbaden: Springer VS.

Wider, Diana (2012): Soziale Arbeit und Interdisziplinarität. In: SozialAktuell, Nr. 4 (2013), vbmb.

Winge, Meinrad (2013): Inklusion 4. Unveröffentlichtes Manuskript.

WHO/DIMIDI (o.A.): ICD-10: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2019/> [Zugriff: 21.08. 2020]

Methodenzentrum (o.A.): Ethnografie als Forschungsparadigma.
<https://methodenzentrum.ruhr-uni-bochum.de/e-learning/qualitative-erhebungsmethoden/qualitative-beobachtungsverfahren/ethnographie-als-forschungsparadigma/> [Zugriff: 21.08. 2020]

Daten

B1, Beobachtungsprotokoll 1, verfasst von Sejla Dardagan, Beobachtung am 4.3.2020, 10:10Uhr im Regelbetrieb des Landesklinikum Mauer.

Abbildungen

Abbildung 1: Pantucek, Peter (2005a): Netzwerkkarte:
[http://www.pantucek.com/diagnose/netzwerkkarte/
netzwerkkarte_manual.pdf](http://www.pantucek.com/diagnose/netzwerkkarte/netzwerkkarte_manual.pdf) [Zugriff: 21.08. 2020]

Abbildung 2: Pantucek (2005a): Netzwerkkarte:
[http://www.pantucek.com/diagnose/netzwerkkarte/
netzwerkkarte_manual.pdf](http://www.pantucek.com/diagnose/netzwerkkarte/netzwerkkarte_manual.pdf) [Zugriff: 21.08. 2020]

Abbildung 3: Pantucek, Peter (2005b): ECO-Map:
<http://www.pantucek.com/diagnose/mat/ecomap/ecomap.pdf> [Zugriff: 20.08.2020]

Abbildung 4: Pantucek, Peter (2005c): Personalliste:
<http://www.pantucek.com/diagnose/mat/personalliste/personalliste.pdf> [Zugriff: 21.08. 2020]

Anhang

Beobachtungsprotokoll

Beobachtungsprotokoll am 4.3.2020, 10:10Uhr

Haus 21

Im Team wurde auf ein Diagnostisches Tool geeinigt, um Einheitlichkeit gewähren zu können. Es verwenden zwar alle Häuser dasselbe Tool, jedoch werden Adaptionen je nach Klientel bzw. individuell auf jedes Haus abgestimmt angewandt. Grundlage dafür war das IC3 und mit den Adaptionen für die jeweiligen Häuser wurde das SAD (Soziale Akut Diagnostik) im Rahmen einer Master Arbeit verfasst. Allein wurde die Entscheidung nicht getroffen, vielmehr einigten sich die Leitung des jeweiligen Hauses gemeinsam mit dem Team auf ein einheitliches Tool, auch die Abwandlungen wurden mit dem Team abgesprochen.

Sozialarbeiter*Innen dieses Hauses füllen selten den gesamten Bogen aus, meist weisen Patient*Innen auf ein gewisses Anliegen, daher findet in den meisten Fällen eine Themenpriorisierung statt.

Aus Erfahrung mit der Netzwerkkarte spricht sich die SA deutlich für die SAD aus, da ihrer Meinung nach die Netzwerkkarte zu offen gestaltet ist, sie bräuchte für die klinische Sozialarbeit mehr Struktur. Bei der SAD kann man einzelne Punkte hervoreben oder fokussieren, auch beinhaltet diese mehr Risikofaktoren als die Netzwerkkarte. Sie findet die SAD anwendbarer auf die klinische Sozialarbeit. Des Weiteren wird nach Bedarf (Einschätzung der SA) eine Personaliste angefertigt, in sehr unübersichtlichen Fällen auch ein Genogramm. Bei Unbefindlichkeiten der/des Patient*In wird das SAD nochmals genauer erklärt, sonst wird es weggelegt und fehlende Informationen werden nach dem Gespräch nachgetragen. Die SAD wird nur schriftlich auf Papier ausgefüllt und nicht mehr ausgewertet. Das niedergeschriebene wird in einem eigenen Programm dokumentiert. Ziel ist es, möglichst viele Informationen in kurzer Zeit zu erhalten. Die SAD wird eher routiniert verwendet, wichtig ist es, authentisch zu bleiben und nicht vom Papier abzulesen. Es soll ein Gesprächsfluss stattfinden und kein Frage-Antwort Spiel. Nach jeder Antwort der/des Patient*In soll nachgefragt werden, ob das momentane Angebot ausreichend ist oder ob mehr Unterstützung benötigt wird, bzw. ein Aspekt fehlt. Das gesamte Gespräch soll unterstrichen werden durch Lob, Empathie, Pacing und Erklärungen und Informationen auf vereinfachter Sprache (falls nötig).

Auswertung

Textpassage	Kodierung/Memo
Im Team wurde auf ein sozialdiagnostisches Tool geeinigt, um Einheitlichkeit gewähren zu können. Es verwenden zwar alle Häuser dasselbe Tool, jedoch werden Adaptionen je nach Klientel bzw. individuell auf jedes Haus abgestimmt angewandt	Es stehen mehrere Tools zur Anwendung zur Verfügung, und ein Tool wird zum Zweck der Vereinheitlichung genutzt. Anpassungen des Tools werden vorgenommen, um für das Klientel passgenaue und bestmögliche Interventionen planen und durchführen zu können.
Grundlage dafür war das IC3 und mit den Adaptionen für die jeweiligen Häuser wurde das SAD (Soziale Akut Diagnostik) im Rahmen einer Master Arbeit verfasst. Allein wurde die Entscheidung nicht getroffen, vielmehr einigten sich die <u>Leitung</u> des jeweiligen Hauses <u>gemeinsam mit dem Team</u> auf ein einheitliches Tool, auch die Abwandlungen wurden mit dem Team abgesprochen.	SAD basiert auf das IC3, welches von einer externen Professionisten als Masterprojekt erarbeitet wurde im Rahmen einer eigenen Forschung. Es wurde das gesamte Team in den Prozess miteinbezogen, alle Meinungen wurden gehört und flossen im Prozess ein. Hierarchische Strukturen wurden somit entgegengewirkt, es existieren keine Alleingänge, das Teamgefühl und die Verantwortung dem SAD gegenüber wurde gestärkt.
Sozialarbeiter*Innen dieses Hauses füllen selten den gesamten Bogen aus, meist weisen Patient*Innen auf ein gewisses Anliegen, daher findet in den meisten Fällen eine Themen Priorisierung statt.	Klient*Innen wurden bereits vor dem Erstkontakt mit SA von anderen Professionist*Innen befragt, Themen Priorisierungen finden statt, um Wiederholungscharakter zu vermeiden und Klient*Innen zu schonen .
Aus Erfahrung mit der Netzwerkkarte spricht sich die SA deutlich für die SAD aus, da ihrer Meinung nach die Netzwerkkarte zu offen gestaltet ist, sie bräuchte für die klinische Sozialarbeit mehr Struktur. Bei der SAD kann man einzelne Punkte hervorheben oder fokussieren, auch beinhaltet diese mehr Risikofaktoren als die Netzwerkkarte. Sie findet die SAD anwendbarer auf die klinische Sozialarbeit.	Struktur in der Diagnostik maßgeblich für die SA, der direkte Vergleich mit der Netzwerkkarte zeigt Nachteile in der Strukturierung und der individuellen Fokussierung und das Herausheben einzelner Punkte, welche bei der SAD möglich sind. Vorteile sind auch vorhandene Risikofaktoren . Insg. anwendbare auf die klinische SA.
Des Weiteren wird nach Bedarf (Einschätzung der SA) eine Personalliste angefertigt, in sehr unübersichtlichen Fällen auch ein Genogramm.	Individuelle Professionalität und Anwendungsfreiraum der SA nach eigenem ermessen ist gegeben, innerhalb der engen Struktur haben SA eigene entscheidungsfreiheit.

Bei Unbefindlichkeiten der/des Patient*In wird das SAD nochmals genauer erklärt, sonst wird es weggelegt und fehlende Informationen werden nach dem Gespräch nachgetragen. Die SAD wird nur schriftlich auf Papier ausgefüllt und nicht mehr ausgewertet.	Auch bei Anwendung diagn. Tools wird auf das Befinden der Klient*Innen rücksicht genommen, sie stehen immer im Fokus, höher gewichtet als Informationserhalt. SAD wird nicht ausgewertet, dient als Leitfaden und nicht als Auswertungstool.
---	---

Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Sejla Dardagan**, geboren am **14.09.1995** in **Amstetten**, erkläre,

1. dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Amstetten, am **02.09.2020**

Unterschrift

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Sejla Dardagan". The signature is fluid and cursive, with a small oval flourish at the end.