

Kennzeichen und Merkmale der Sozialarbeit an der Psychiatrie

**Am Beispiel von Pavillion 2 und 24/2
des Otto Wagner Spitals psychiatrische
Abteilung in Wien**

Kristina Müllner

Diplomarbeit
eingereicht zur Erlangung des Grades
Magistra(FH) für sozialwissenschaftliche Berufe
an der Fachhochschule St. Pölten
im September 2008

Erstbegutachter:
DSA Christoph Redelsteiner

Zweitbegutachter:
FH-Prof. DSA Mag. Dr. Peter Pantucek

Executive Summary

Kristina Müllner

„Kennzeichen und Merkmale der Sozialarbeit an der Psychiatrie“

„Am Beispiel von Pavillion 2 und 24/2 des Otto Wagner Spitals psychiatrische Abteilung in Wien“

Diplomarbeit, eingereicht an der Fachhochschule St.Pölten im September 2008

Zusammenfassung der Diplomarbeit in Deutsch:

Da zu der Thematik Charakteristika von Sozialarbeit in der Psychiatrie aktuell noch immer sehr wenig bis gar keine Fachliteratur und Forschungsergebnisse vorliegen und wenn doch, diese nur die inhaltliche Ebene der Profession beleuchten und nicht die Sichtbarkeit von Sozialarbeit an sich, stand das Erforschen und Auswerten dieses Themengebiets im Mittelpunkt dieser Diplomarbeit. Sowohl inhaltliche, als auch äußerlich sichtbare Charakteristika sollten anhand von literarischen Erkenntnissen und Ergebnissen der Erforschung von Sozialarbeit an den Pavillions 2 und 24/2 des Otto Wagner Spitals veranschaulicht und verdeutlicht werden.

Den Schwerpunkt dieser Diplomarbeit bilden die Forschung, anhand der Inhaltsanalyse von Schriftstücken, Informationsmaterialien und anderen Medien am Otto Wagner Spital nach Phillip Mayring und die Erkenntnisse daraus, sowie die literarischen Ausführungen. Zusätzlich wurden noch Beobachtungsbeispiele auf Basis von Beobachtungsprotokollen in die Arbeit eingefügt. Die Beantwortung der Forschungsfragen bildet dabei den Kern der Arbeit, wobei die Hauptfragestellung „Kann man Sozialarbeit in der Psychiatrie sowohl ´inhaltlich´ wie auch ´äußerlich´ charakterisieren?“ zwei weitere Fragestellungen nach sich zieht.

Aus den Ergebnissen der Diplomarbeit geht hervor, dass Sozialarbeit sich nicht eindeutig in Schemen einteilen lässt, sowohl inhaltlich als auch äußerlich, sie aber dennoch eine Reihe an Kennzeichen und Merkmalen, die sie sowohl in ihrer Geschichte, als auch aufgrund von Entwicklungen, ihrer Arbeitsfelder und gesellschaftlicher Einflüsse erworben hat, aufweist. Die Charakteristika sind aber nicht anhand gewisser Kriterien präzise auszumachen, sondern sind aufgrund von Beobachtungen, Expertenmeinungen und der Forschungsanalyse und Beobachtungsprotokollen festzuhalten.

Es ist zu erwarten, dass die Sozialarbeit in der Psychiatrie aufgrund von ansteigender Vernetzung der sozialen Anlaufstellen, von Qualitätskontrollen und dem Druck der Institutionen und der andere Berufsgruppen, sich selbst, ihr Können, Wissen und ihren Nutzen vermehrt präsentieren wird und eine verstärkte Selbstkritik und die Bereitschaft zur Selbstdarstellung zeigen und diese umsetzen wird.

Executive Summary

Kristina Müllner

“Characteristics of social work in psychiatry”

“Shown by example of the psychiatric ward (pavillion 2 and 24/2) of Otto Wagner Hospital”

Diploma thesis at St. Pölten college in Sept. 2008

Summary of the diploma thesis:

Because there's only few specialized literature and research dealing with social work in psychiatry and because they are dealing with mere theoretical aspects than the practical ones, I had to do research into this topic for my diploma thesis.

As well theoretical as practical aspects are shown using literature and results of my research at ward 2 and 24/2 at Otto Wagner Hospital.

The emphasis of this thesis is on my research by analysing papers and other data at Otto Wagner Hospital according to Philip Mayring and the findings of these as well as literature-based examples. Additionally I added examples based on observation records.

Answering the research questions was core issue of my work. The most important of which was if social work in psychiatry could be characterized practically as well as theoretically and it raised two more questions.

My thesis shows that social work can't be seen schematically, neither theoretically nor practically but that nevertheless it has some specific characteristics. These characteristics can't be shown by means of specific criteria but by use of observation records and analysis papers.

Social work in psychiatry is to be expected to more represent itself and its knowledge due to the development of more networking among social services and on initiatives of social institutions and professionals.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich meiner Mutter, Herta Müllner, für Ihre außerordentliche Geduld und Unterstützung von ganzem Herzen danken. Sie war mein Ruhepol während der Verfassung dieser Arbeit.

Des Weiteren möchte ich meinem Diplomarbeitsbetreuer, DSA Christoph Redelsteiner, für seine kompetente Betreuung während der gesamten Arbeit danken.

Inhalt

I. Theoretischer Teil.....	1
I.1 Definition „Sozialarbeit“	1
I.1.1 Erläuterungen über „Sozialarbeit“	1
I.1.2 Begriffsklärung „Sozialarbeit in der Psychiatrie“	2
I.2 Begriffsklärung „Kennzeichen und Merkmale“	3
I.2.1 Kennzeichnung und Kennung	3
I.2.2 Merkmal	3
I.3 Erforderliche Vorkenntnisse zu dieser Arbeit	4
I.4 Geschichte der Sozialarbeit in der Psychiatrie - Am Beispiel Österreich	6
I.4.1 Erkenntnisse aus der Geschichte für die Sozialarbeit.....	7
I.5 Sozialarbeit im Krankenhaus.....	10
I.5.1 Handlungspraktiken der Krankenhaussozialarbeit.....	10
I.5.2 Zielgruppe der Sozialarbeit im Krankenhaus.....	11
I.6 Sozialarbeit in der Psychiatrie.....	11
I.6.1 Begriffsdefinition Psychiatrie	12
I.6.1.1 Kennzeichen in den psychiatrischen Abteilungen	13
I.6.2 Zielgruppen der Sozialarbeit im psychiatrischen Handlungsfeld.....	14
I.6.3 Status und Image der Sozialarbeit in der Psychiatrie	16
I.6.3.1 Stärken der Sozialarbeit im psychiatrischen Kontext.....	17
I.6.4 Selbst- und Fremdverständnis der Sozialarbeit in der Psychiatrie	19
I.6.4.1 Fremdbild der Sozialarbeit im multiprofessionellen Team in der Psychiatrie	19
I.6.4.2 Selbstdarstellung der Sozialarbeit in der Psychiatrie.....	21
I.6.5 Sozialarbeiterisches Agieren unter schwierigen Bedingungen in der Psychiatrie.....	24
I.6.5.1 Ausgrenzung aufgrund von Stigmata.....	24
I.6.5.2 Die professionelle Arbeit und der Umgang mit stigmatisierten Personen	25
I.6.6 Spezifische Methoden der Sozialarbeit in der Psychiatrie	25

1.6.7 Klinische Sozialarbeit als Spezialisierung von Sozialarbeit in der Psychiatrie und im Krankenhaus.....	27
1.6.7.1 Zielgruppen klinischer Sozialarbeit	28
1.6.7.2 Abgrenzung zur Krankenhaussozialarbeit.....	29
1.7 Rahmenbedingungen von Sozialarbeit in der Psychiatrie und im Krankenhaus.....	29
1.7.1 Anforderungen und Aufgaben von Sozialarbeit im Krankenhaus und der Psychiatrie	30
1.7.2 Tätigkeitsprofil.....	32
1.7.3 Vernetzungsarbeit.....	34
1.7.4 Verschiedene Zugänge zur Sozialarbeit.....	35
1.8 Kennzeichen und Merkmale der Sozialarbeit	37
1.8.1 Charakteristika von Sozialarbeit im Sozialstaat.....	37
1.8.2 Kennzeichnende Unterschiede von Sozialarbeit zu anderen Professionen im psychiatrischen Kontext	39
1.8.3 Kennzeichen und Merkmale in der Geschichte von Sozialarbeit in der Psychiatrie und im Krankenhaus.....	40
1.8.3.1 Vorkommen geschichtlicher Kennzeichen und Merkmale von Sozialarbeit?	40
1.8.3.2 Im Zeitraum von den Anfängen der Sozialarbeit bis zum 1.WK.....	41
1.8.3.3 In der Zeit nach dem 2. WK	41
1.8.3.4 Im Zeitraum von 1970 bis Ende des 20. Jhdts.	42
1.8.3.5 Erkennen von geschichtlichen Kennzeichen und Merkmalen von Sozialarbeit im Krankenhaus und der Psychiatrie	43
1.8.4 Ausblick in die Zukunft der Sozialarbeit im psychiatrischen Handlungsfeld	44
1.8.5 Häufige Merkmale von Sozialarbeit im Psychiatrie- und Krankenhauskontext.....	45
1.8.5.1 Im Umgang mit PatientInnen und Krankheiten.....	47
1.8.5.2 In der Zusammenarbeit mit anderen ProfessionistInnen	50
1.8.5.3 In der Beziehungsarbeit mit Angehörigen	51
1.8.6 Widersprüchlichkeiten als besonderes Kennzeichen der Sozialarbeit	52
1.8.7 Professionalität bzw. Professionalisierungsprozess als ein Kennzeichen von Sozialarbeit in der Psychiatrie	53

II. Empirischer Teil.....	55
II.1 Forschungsfragen, Forschungsthematik	55
II.2 Forschungsergebnisse „Kennzeichen und Merkmale von Sozialarbeit am Otto Wagner Spital (Pav. 2 und 24/2)“	56
II. 2.1 Erster Forschungsteil	56
II. 2.1.1 Beschreibung der Forschungsobjekte.....	56
II. 2.1.2 Hypothesenbildung	57
II. 2.1.3 Analyseeinheiten der Forschung.....	57
II. 2.1.4 Art der Analyse, Grundform des Interpretierens.....	61
II. 2.1.5 Rücküberprüfung der Kategorien	61
II. 2.1.6 Forschungsergebnisse erster Teil.....	61
II. 2.1.7 Interpretieren der Forschungsergebnisse erster Teil.....	66
II. 2.1.8 Resümee der Forschungsergebnisse erster Teil.....	68
II. 2.1.9 Anwendung inhaltsanalytischer Gütekriterien	68
II. 2.2 Zweiter Forschungsteil	69
II. 2.2.1 Beschreibung der Forschungsobjekte.....	69
II. 2.2.2 Hypothesenbildung	70
II. 2.2.3 Analyseeinheiten der Forschung.....	70
II. 2.2.4 Art der Analyse, Grundform des Interpretierens.....	71
II. 2.2.5 Rücküberprüfung der Kategorien	71
II. 2.2.6 Forschungsergebnisse zweiter Teil.....	71
II. 2.2.7 Interpretieren der Forschungsergebnisse zweiter Teil.....	77
II. 2.2.8 Resümee der Forschungsergebnisse zweiter Teil.....	79
II. 2.2.9 Anwendung inhaltsanalytischer Gütekriterien	80
III. Zusammenfassendes Fazit der Ergebnisse dieser Arbeit	80

I. Theoretischer Teil

I.1 Definition „Sozialarbeit“

Es gibt verschiedenste Definitionen aus unterschiedlichen Blickwinkeln und auf der Basis von diversen Hintergründen von Sozialarbeit. Hier werden einige ausgewählte Beschreibungen im Hinblick auf Sozialarbeit im Handlungsfeld Psychiatrie erläutert.

I.1.1 Erläuterungen über „Sozialarbeit“

Im folgenden Abschnitt werden Zuschreibungen und Erläuterungen diverser AutorInnen Sozialarbeit betreffen festgehalten. Die Definitionen sollen möglichst unterschiedliche Sichtweisen der Sozialarbeit widerspiegeln.

THIERSCH, OTTO (2002: 34) sieht Sozialarbeit aus folgendem Blickwinkel:

"Soziale Arbeit ist im Sozialstaat zuständig für spezifische Aufgaben - für Aufgaben der Unterstützung und Hilfe in Problemen der Entwicklung von und des Lernens für Lebenskompetenzen, für die 'Kunst des Lebens' (Salomon 1927), für Aufgaben im Ziel einer Hilfe zur Selbsthilfe, für Aufgaben als einem eigenständigen Bestandteil der modernen Sozial- und Sozialisationsgesellschaft.

ERLER (1993: 31) erklärt seinen Blickwinkel auf die Sozialarbeit und die Anforderungen daran anhand der Ansprüche des Klientels und der Gesellschaft an die Sozialarbeit:

„Eine den gesellschaftlichen Strukturveränderungen adäquate Soziale Arbeit sollte

- Menschen zu eigenständigen Entscheidungen und verantwortlichem Handeln bei der Gestaltung ihres Lebens, den Aufgaben, die es ihnen stellt, und den Anforderungen, denen sie begegnen, befähigen;
- Konstruktive Lösungen von Problem- und Konfliktsituationen ermöglichen;
- Gesellschaftliche und soziale Defizite ausgleichen sowie die Teilnahme aller Mitglieder an gesellschaftlichen Auswahlmöglichkeiten und Zugangschancen der Mobilität und Freiheit eröffnen helfen.“

Aus einem umfassenderen Blickwinkel heraus sieht die International Federation of Social Workers (IFSW) das Agieren, die Zuständigkeit und Verpflichtungen von Sozialarbeit (ENGELKE 2003: 297):

“Die Profession Soziale Arbeit fördert sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Befähigung und Befreiung von Menschen zur Verbesserung ihres Wohlbefindens. Gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse über menschliches Verhalten und soziale Systeme greift Soziale Arbeit dort ein, wo Menschen und ihre Umwelt aufeinander einwirken. Grundlagen der Sozialen Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit.“

I.1.2 Begriffsklärung „Sozialarbeit in der Psychiatrie“

Sozialarbeit in der Psychiatrie einzugrenzen ist nicht einfach, da sie, wie in ihren anderen Handlungsfeldern auch, eine Vielzahl von Tätigkeiten, Anforderungen und Problemlösungen übernimmt. Eine Unterteilung kann mittels der Zielgruppe und der spezifischen Aufgabenerfüllung erfolgen.

CLAUSEN (1996: 17) gibt einen Überblick über die Sozialarbeit in der Psychiatrie:

„Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie knüpft an den Lebenslagen und subjektiven Erfahrungen psychisch kranker Menschen an und reicht von der Ermittlung der Möglichkeiten und geeigneten Formen ambulanter Betreuung über die Verhandlung mit Arbeitgebern, Vermietern und psychosozialen Einrichtungen bis hin zur individuellen und alltagsweltlichen Beratung und Aktivierung von Selbsthilfeprozessen.“

Aus einem praktischen und alltagsbezogenen Blickwinkel heraus und unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Ordnung und Vorstellungen erläutern BOSSHARD et al. (1999: 53) Sozialarbeit in der Psychiatrie:

„Soziale Arbeit übernimmt auch weiterhin die Aufgabe eines sozialen Wächteramtes und bietet unterschiedlichste Dienste und Maßnahmen zum Ausgleich individueller und struktureller Benachteiligung an.“

„Ausgehend von den Anforderungen und Schwierigkeiten, die sich in und bei der Bewältigung des täglichen Lebens stellen und unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Wert- und Normvorstellungen zielt sie darauf ab, KlientInnen so zu unterstützen (und auch

zu kontrollieren), dass sie zu gelungeneren und gesellschaftlich akzeptierten Formen der Alltagsgestaltung finden.“ (BOSSHARD et al. 1999: 61)

I.2 Begriffsklärung „Kennzeichen und Merkmale“

Die genaue Beschreibung von diesen häufig verwendeten Begrifflichkeiten soll Missverständnisse verhindern und Klarheit bezüglich der Ausgangslage bringen.

I.2.1 Kennzeichnung und Kennung

1. Kennzeichnung:

BROCKHAUS, 11. Band (1996: 638-639) erläutert:

„*Logik und Sprachphilosophie*: auf B. RUSSELL zurückgehende Bezeichnung für das Verfahren, einzelne Gegenstände durch Eigenschaften eindeutig zu charakterisieren. Beispiele für K. sind: >der höchste Berg der Erde<, >die größte am 1.1.1997 bekannte Primzahl<.“

Diese Definition dient in dieser Arbeit als Grundlage der Beschreibung von „Kennzeichen“.

2. Kennung:

„(*Fachsprache*) charakteristisches Merkmal oder Gesamtheit charakteristischer Merkmale; Charakteristik.“ (MEYERS ENZYKLOPÄDISCHES LEXIKON, 31. Band 1980: 1454)

I.2.2 Merkmal

1. „*Allg.*: charakterist. Zeichen, Kennzeichen.

Logik: Inhalt eines Begriffes, der eine bestimmte Eigenschaft jeden Gegenstands, der unter den Begriff fällt, ausdrückt. Es werden dabei wesentliche oder notwendige von unwesentlichen oder akzidentellen (zufälliger) M. unterschieden. – M. bezeichnet auch eine Bestimmung, durch die sich Dinge der gleichen Art oder Arten der gleichen Gattung unterscheiden.“ (BROCKHAUS, 14. Band 1996: 517-518)

Diese Erläuterung ist zugleich auch die wesentliche Definition des Begriffs „Merkmal“ in den weiteren Ausführungen dieser Diplomarbeit.

2. „Eine Eigenschaft einer Sache oder eines Individuums, an der die Sache als *diese* Sache bzw. das Individuum [wieder]erkannt wird, bzw. eine Bestimmung an einem Begriff, der diesen von jedem anderen unterscheidet. M. ist somit notwendiger Bestandteil jeder Definition. Der Begriff „M.“ wurde von Leibniz als Übersetzung des aristotel. Scholast. Begriffs „differentia specifica“ (artbildender Unterschied) in die philosophische Diskussion (v.a. die *traditionelle Logik*) eingebracht und von dort in verschiedene Wissenszweige übernommen, z.B. in Sprachwissenschaft, Biologie und Statistik.“ (MEYERS NEUE LEXIKON, 7. Band 1993: 349)

I.3 Erforderliche Vorkenntnisse zu dieser Arbeit

Das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit gilt dem Herausfinden, ob es Charakteristika der Sozialarbeit in der Psychiatrie gibt und welche diese sein könnten. Daraus ergeben sich folgenden Hauptfragestellungen, die in dieser Arbeit beantwortet werden sollen:

1. „Kann man Sozialarbeit in der Psychiatrie sowohl ´inhaltlich´ wie auch ´äußerlich´ - am Bsp. Otto Wagner Spital (Pav. 2 und Pav. 24/2) - charakterisieren?“
2. „Gibt es typische Kennzeichen bzw. Merkmale für die Sozialarbeit auf der Psychiatrie sowohl ´inhaltlich´ wie auch ´äußerlich´ - am Bsp. Otto Wagner Spital (Pav. 2 und Pav. 24/2)?“
3. „Gibt es in der Geschichte der Sozialarbeit im psychiatrischen Kontext Kennzeichen und Merkmale?“

Die Begrifflichkeiten ´inhaltlich´ und ´äußerlich´ sind im zweiten Teil der Diplomarbeit, dem empirischen Teil, näher erläutert.

Die Abkürzung „DSA“ steht in dieser Arbeit für Diplomierte SozialarbeiterIn und „OWS“ ist eine Kurzform für das Otto Wagner Spital in Wien. Die Abkürzung „Pav.“ ist eine Verkürzung von Pavillion.

Die Fragestellungen sollen anhand der Auseinandersetzung mit der Fachliteratur im Theoretischen Teil, wie auch der Forschungserkenntnissen aus dem empirischen Teil der Arbeit beantwortet werden.

Ich schütze die Privatsphäre und die Anonymität der Sozialarbeiterinnen und auch aller anderen ProfessionistInnen und in den Schriftstücken erwähnten Personen in dieser Arbeit indem ich die Technik der Pseudonymisierung anwende, das heißt ich kürze die Namen der Menschen ab, zum Schutz ihrer Privatsphäre und gebe auch sonst keine genauen Auskünfte zu ihrer Person an.

Bei den Abbildungen zu ihrer Person in ihrer professionellen Ausübung und Darstellung hat die Sozialarbeiterin Frau L. von Pav. 24/2 ausdrücklich ihr Einverständnis gegeben, sie zu fotografieren und die Fotos in meiner Diplomarbeit zu veröffentlichen.

Beschreibung des Forschungsfeldes

Das Forschungsfeld stellt das Otto Wagner Spital Wien, genauer gesagt die Pavillione 2 und 24/2 der psychiatrischen Abteilung dar. Dieses soll in diesem ersten Teil der Arbeit einen Vergleich zur Sozialarbeit in der Psychiatrie überhaupt liefern.

Der Pavillion 2 ist eine Langzeittherapiestation, auf der die PatientInnen durchschnittlich drei bis sechs Monate bleiben und so eine Verbesserung ihres psychischen sowie ganzheitlichen Gesundheitszustandes erwirken wollen. Die Einweisung auf diese Station wird oftmals von ÄrztInnen und PflegerInnen initiiert, aber basiert auf freiwilliger Basis der PatientInnen.

Der Pavillion 24/2 hingegen ist eine Akut- und Subakutstation, der PatientInnen nur kurzzeitig betreut und behandelt und sie danach wieder in ihr Zuhause bzw. in Nachsorgeeinrichtungen entlässt. Auf diese Station werden PatientInnen zumeist nach Fremd- oder Selbstgefährdung zwangseingewiesen, in den wenigsten Fällen kommen die PatientInnen nach eigenem Willen. Der PatientInnenstand auf beiden Stationen beträgt durchschnittlich 20 Personen.



Abb. 1: das Gebäude, das „Rehabilitationszentrum“ in dem die Sozialarbeiterin Frau J. vom Pavillion 2 mit ihrem Büro einquartiert ist (links)

Abb.2: der „Pavillion 24“, auf dem die Sozialarbeiterin Frau L. auf Station 2 ihr Büro hat (rechts)

Zusätzlich fließen immer wieder Erkenntnisse aus dem Forschungsfeld in den fortlaufenden Text dieser Diplomarbeit ein. Diese beruhen auf Beobachtungen und Beobachtungsprotokollen (vom Zeitraum 20.4. – 9.5. 2007) und liefern Informationen über „Settings“, „Auftreten im multiprofessionellen Team“, „Unterschiede der Sozialarbeiterinnen zu anderen ProfessionistInnen“, das „Tätigkeitsprotokoll der Sozialarbeit am OWS“, die „Vernetzungsarbeit“, die „verschiedenen Zugangsweisen“ und der „professionelle Umgang der Sozialarbeit zu bzw. mit ihren PatientInnen“ und die „Darstellung und Sichtbarkeit von Sozialarbeit am OWS“.

I.4 Geschichte der Sozialarbeit in der Psychiatrie - Am Beispiel Österreich

Die Psychiatrielandschaft in Österreich ist nicht einheitlich und abdeckend versorgt. Vor allem im ländlichen Raum ergeben sich hier erhebliche Unterschiede zu den Städten. Die Geschichte der Psychiatrie in Österreich geht bis zu den Anfängen der Psychiatrie in ganz Europa zurück, hier lassen sich sehr ähnliche Umstände und Entwicklungen verzeichnen.

Anfangen vom „Narrenturm“ in Wien im Jahre 1784 über die Befreiung der Irren aus ihren Ketten 1839 bis hin zur Errichtung der Großanstalten (in Graz 1874, in Wien 1907) sind die Entwicklungen der Psychiatrie in Österreich stets von öffentlicher Hand gelenkt.

Aufgrund der geschichtlichen Aspekte und der föderalistischen Verfassung in Österreich obliegt es den Bundesländern die ambulante und stationäre Psychiatrie zu regeln, wodurch es zu immensen regionalen Unterschieden kommt. Während es in den Großstädten psychosoziale Dienste, Übergangswohnheime und niedergelassene PsychiaterInnen in großer Zahl gibt, bemühen sich in den ländlicheren Gegenden Beratungsstellen und mobile Teams, die von SozialarbeiterInnen angeleitet und von ÄrztInnen unterstützt werden, die großen Versorgungsdefizite zu begleichen.

Wegen der Psychiatriereform, die auch Österreich betraf, versuchte man die Psychiatrie in regionale und ambulante Versorgungsnetze auszulagern. Trotz der ständigen Reduktion der Krankbetten seit 1970 um 40 Prozent und des Rückgangs der Anzahl der Zwangseinweisungen, beherrschen noch immer die Großkrankenhäuser die Psychiatrielandschaft in Österreich. Die Alternative hierzu, nämlich die Eingliederung der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, ist wenig vertreten und findet derweil wenig Anklang in der praktischen Umsetzung. (vgl. CLAUSEN et al. 1996: 49-50)

Zur Geschichte der Sozialarbeit am Otto Wagner Spital Wien sind keine schriftlichen Aufzeichnungen vorhanden. Die Erfahrungen basieren lediglich auf mündlichen Überlieferungen.

I.4.1 Erkenntnisse aus der Geschichte für die Sozialarbeit

Sozialarbeit hat vielfältige historische Wurzeln, teilweise sind diese noch immer in der täglichen Praxis sehr präsent, teilweise aber völlig abhanden gekommen und in Vergessenheit geraten. Die Rückbesinnung auf die eigenen Wurzeln könnte aber einen Fortschritt für die Profession bedeuten, da ihr Aufgabengebiet, die Anforderungen und Problematiken oft sehr komplex sind.

Bei der Betrachtung der Geschichte der Sozialen Arbeit sind Gegebenheiten wie der Zeitgeist, die Mentalität der verschiedenen Altersgruppen und das Kommen und

Gehen verschiedener Trends mit einzubeziehen. Neue Zeitabschnitte bedeuten immer auch Umstellungen und Umdenken für die Soziale Arbeit, daraus entstehen neue methodische Handlungs- und Sichtweisen, Werkzeuge, Möglichkeiten, aber auch teilweise Verluste. (vgl. MÜLLER 2006: 311 – 315)

Eine wichtige Methode, die historisch verwurzelt ist und seit Jahrzehnten von der Sozialarbeit Anwendung findet, ist die „KlientInnenzentrierung“. Sie hat bewirkt, dass sich die Sozialarbeit nicht nur an der Gesellschaft orientiert und ihren Blick auf diese richtet, sondern auf die/den einzelne/n KlientIn, also auf einzelne Menschen und Personengruppen.

Eine weitere tief in der Geschichte verwurzelte Tatsache ist, dass die Sozialarbeit einerseits immer beeinflusst worden ist durch die Anbindungen an soziale Bewegungen, denen sie sich verbunden fühlte und andererseits durch die soziale Gesetzgebung, die soziales Agieren rechtfertigte. (vgl. MÜLLER 2006: 318 – 324)

Die Abhängigkeit der Sozialarbeit vom Staat reicht auch bis weit in die Geschichte der Sozialarbeit zurück und hat dort ihre Ursprünge. Diese besagt, dass Sozialarbeit nur mehr innerhalb eines gewissen staatlichen Rahmens handeln könne oder die entgegengesetzte Sichtweise, dass Sozialarbeit nur nach ihrer eigenen Logik und Verständnis handle, sei der Fall.

Diese Ansichten sind aber deshalb als problematisch anzusehen, da sie nicht die Komplexität der Tätigkeitsbereiche Sozialer Arbeit erfassen und zu theoretisch sind. (vgl. HERING, MÜNCHMEIER 2000: 230 – 235)

Natürlich gibt es nicht nur positive Entwicklungen für die Sozialarbeit. Sie erweckt in manchen Belangen aus ihrer Geschichte, noch lernen zu können. Denn oft stößt man in der Literatur auf die Vermutung, dass Sozialarbeit aufgrund ihrer Geschichte eher präventive Maßnahmen setzt als Interventionen. Präventive Ansätze findet man vor allem in der Jugendarbeit, Beratung und Familienarbeit. Einige Kritiker sehen aber einen Rückgang im präventiven Bereich. Diese historische Belegung enthält hier viele Widersprüche.

Der Zusammenschluss zu Berufsverbänden ist ein wichtiger historischer Schritt für die Sozialarbeit und hat ihr wesentlich nach dem zweiten Weltkrieg dabei geholfen, sich in ihrer Profession zu spezialisieren und in ihrer Zuständigkeit von anderen zu unterscheiden, um so als eigenständige Berufsgruppe anerkannt zu werden. Sie hat aber trotzdem bis heute einen, nach nationalen Gegebenheiten, einen unterschiedlichen Professionalisierungsgrad erreicht. Hier besteht noch reichlich Nachholbedarf für die Sozialarbeit, um sich von anderen Professionen abgrenzen zu können und ihr Fachwissen und –können, unter Bedenken ihrer historischen Wurzeln, untermauern zu können. (vgl. LEBERT 1991: 10 – 12)

Insgesamt betrachtet hat sich die Soziale Arbeit in jeder Hinsicht weiterentwickelt, in ihrer Ausweitung, Professionalisierung und Spezialisierungen, mit dem Hintergrund Hilfe zur Selbsthilfe zu gewährleisten. Hierfür gibt es viele Belege anhand von Zahlen und Fakten.

Ein Beispiel dafür ist die Anzahl der sozialpflegerischen Berufe. Sie stieg in den Jahren 1925 von 31.000, im Jahr 1950 über 60.000 und 1997 bis schließlich 1.039.000 Mitarbeiter an. Auch die finanziellen Hilfeleistungen wurden erweitert und die Anzahl der an Hochschulen ausgebildeten Fachkräfte stieg. (vgl. HERING, MÜNCHMEIER 2000: 232 – 234)

Aber die Ausdehnung und Professionalisierung der Sozialen Arbeit ließ den Bedarf an Hilfe, Beratung und Begleitung nicht sinken, sondern dieser wuchs stetig an. Hierbei kann man vermuten, dass Soziale Arbeit mit ihren Methoden und Maßnahmen nicht imstande ist, die Ursachen, die gesellschaftlichen Bedingungen hinter den einzelnen Problemkonstellationen, aufzugreifen.

Aktuelle Diskussionen um eine eigene Sozialarbeits-Wissenschaft könnten Anzeichen dafür sein, dass die Sozialarbeit immer noch um ihr fachliches Selbstverständnis und Selbstständigkeit kämpft. Die Krisen in unserer Gesellschaft, der Hang zur Modernisierung der Ökonomie und die Umstrukturierung des Sozialstaats stellen die Basis für Sozialarbeit in Frage und daher sollte die Sozialarbeit ihre eigene Geschichte reflektieren und anhand dieser sich selbst treu bleiben. (vgl. HERING, MÜNCHMEIER 2000: 234 – 236)

I.5 Sozialarbeit im Krankenhaus

Allgemein ist zu sagen, dass Soziale Arbeit im Krankenhaus einen Teil der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen darstellt. Für die Krankenhaussozialarbeit ist es von Vorteil, wenn sie sich an die allgemeinen Behandlungsleistungen im Gesundheitswesen hält. Die Zuständigkeit für Sozialarbeit im Krankenhaus lässt sich aus dem unmittelbaren Zusammenhang Soziale Arbeit und Krankheit erschließen.

I.5.1 Handlungspraktiken der Krankenhaussozialarbeit

Im Gesundheitssystem gestaltet sich die Arbeitsleistung deshalb für SozialarbeiterInnen so schwierig, weil sie es mit differenzierten Handlungslogiken zur selben Zeit zu tun haben. Sie sehen sich durch viele Situationen und Aufgaben gefordert und wissen in den meisten Fällen auch, wie sie auf diese reagieren können. Dieses Wissen und Können zeichnet die Sozialarbeit aus und kennzeichnet sie.

Institutionelle Anforderungen für die Sozialarbeit im Krankenhaus und Handlungsweisen, die der Sozialarbeit zur Verfügung stehen, können sein:

- Vorgabe von formalen und strukturellen Programmvorschriften und der Umgang damit, die Einhaltung und Verfolgung vorgegebener Regeln;
- Managen der Undurchschaubarkeit von Organisationen, ständigen Veränderungen, Veränderung der Spielräume und damit zusammenhängend die Anforderung an die Flexibilität, Sich-Einlassen und Akzeptanz der SozialarbeiterInnen;
- Neue Problemkonstellationen verlangen flexible und kreative Problembearbeitungen und –lösungen; es herrschen differenzierte Problem- und Aufgabengebiete vor; die sich ständig ändernden Anforderungen verlangen viel Potential an Flexibilität;
- Zusammenarbeit und professioneller Umgang mit anderen Berufsfachleuten, wie PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen und auch Fachleuten aus dem Verwaltungssektor;

- Analysieren und Lösen von Problemkonstellationen und diversen Aufgaben, mit dem Hintergrund von sozialwissenschaftlichen, sozialpsychologischen und sozialmedizinischen Wissen;
- Innehaben von Selbstkontrolle und Selbstbeschränkung im Hinblick auf sozialarbeiterische Interventionen und deren unmittelbare und langfristige Folgen; (vgl. DEWE et al.1995: 129 – 143)

I.5.2 Zielgruppe der Sozialarbeit im Krankenhaus

Im Krankenhaus bietet sich der Sozialarbeit eine Zielgruppe mit besonderen Problemen und verschiedenen Krankheitsbiographien, auf die die Sozialarbeit spezifisch eingeht. Sozialarbeit richtet ihr Handeln auf der Grundlage der Informationen über die Zielgruppe und ihre Krankheitsgeschichten aus und plant so ihre Beratung, Begleitung und Betreuung.

Die Zielgruppe in Spitälern stellt unter Umständen andere, differenziertere Anforderungen an die Sozialarbeit, als in der alltäglichen Praxis von Sozialarbeit in anderen Handlungsfeldern.

In erster Linie befasst sich die Sozialarbeit im Krankenhaus mit chronisch Erkrankten, die mehr als drei Viertel aller kranken Menschen ausmachen, da diese Krankheiten aufweisen die komplex sind und mit sozialen Defiziten einhergehen. Unter dem Begriff chronische Erkrankungen fallen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Beschwerden im Herz-Muskelsystems, Stoffwechselerkrankungen, Tumorerkrankungen und psychische Störungen. (vgl. ANSEN 2004: 13)

I.6 Sozialarbeit in der Psychiatrie

Sozialarbeit existiert und fungiert schon lange im psychiatrischen Kontext. Sie nimmt alltäglich wesentlichen Einfluss ins psychiatrische Geschehen und leistet einen erheblichen Beitrag in der Behandlung und Betreuung von psychisch kranken Menschen.

Die Betrachtung der Sozialarbeit in der Psychiatrie mit ihrem geschichtlichen Hintergrund, vor allem unter Beachtung der Psychiatriereform, ist deshalb so wichtig, da die Geschichte für das heutige Verständnis psychiatrischer Strukturen und Behandlungsformen von großer Bedeutung ist. Die Geschichte der Psychiatrie und die der Sozialarbeit in der Psychiatrie sind eng mit den gesellschaftlichen Entwicklungsprozessen, den sozialpolitischen Strukturen und den kulturellen Einflüssen verbunden. (vgl. CLAUSEN et al. 1996: 20 – 22)

Sozialarbeit in der Psychiatrie hat also eine lange Tradition und wird besonders seit der Psychiatriereform sehr geschätzt. Die Sozialpsychiatrie wäre ohne das Bestehen der Sozialarbeit kaum effektiv, da die soziale Einschätzung und Mitwirkung für die Beurteilung und Behandlung psychischer Erkrankungen unverzichtbar sind. Diese klinische- soziale Professionalität ist unbedingt notwendig in psychiatrischen Einrichtungen. (vgl. GEIßLER-PILTZ et al. 2005: 73 -74)

Sozialarbeiterische Professionalität bedeutet aber auch, dass Sozialarbeit oft mit vielen Erwartungen gleichzeitig überhäuft wird, da verschiedene Mitglieder des multiprofessionellen Teams und PatientInnen, aber auch Außenstellen diverse Anforderungen an sie stellen, sie mit diesen aber gut und gekonnt umgehen kann. Sozialarbeit soll trotz der steigenden Anzahl an Fälle und Belastungen PatientInnen wirksam behandeln, psychosoziale Maßnahmen verbessern und die Effizienz ihrer Arbeit belegen. Wenn ihr der Beleg ihrer Arbeit jedoch nicht gelingt, obliegt es anderen Berufsgruppen diese Lücke zu füllen und dadurch würden die Grenzen unter den Professionen noch undeutlicher werden. (vgl. GEIßLER-PILTZ et al. 2005: 19 – 21)

I.6.1 Begriffsdefinition Psychiatrie

Im folgenden Abschnitt wird auf die Klärung der Psychiatrie als Profession, Organisation und sozialer Ort eingegangen. Aber es wird auch der Frage nachgegangen wie das System Psychiatrie funktioniert.

Die Unterteilung und Spezifizierung der Psychiatrie in ihren verschiedenen Funktionen kann man anhand der Erläuterungen nach DÖRR (2005: 11 – 13) betrachten:

1. Psychiatrie ist als eigene Disziplin, aber der Profession Medizin zugehörig, zu verstehen. Sie diagnostiziert, wirkt präventiv und intervenierend bei mentalen Erkrankungen und befasst sich auch mit Erforschung von Krankheiten. Die Psychiatrie sucht physiologische Erklärungen und bietet Behandlungen für die Erkrankten.
2. Psychiatrie ist ein sozialer Ort. Damit gemeint sind die psychiatrischen Hospitäler, Kliniken und Landeskrankenhäuser. Diese sozialen Orte sind geprägt von medizinischer Behandlung der PatientInnen und sind bis heute für eine immense soziale Kontrolle und räumliche Verwahrung von Menschen, die aufgrund von psychiatrischen Krankheitsbildern dort anwesend sind, bezeichnend.
3. Psychiatrie ist eine soziale Institution, die ein Ziel verfolgt, aber auch Werte und Normen inne hat. Sie dient also einer gewissen gesellschaftlichen Ordnung und ist aufgrund des sozialen Bedarfs entstanden. Somit vereint sie eine Deckung von Lücken und bietet Ressourcen für bedürftige Menschen an. Psychiatrie kann man auch als ordnendes Instrument von psycho-sozialem Leiden in unserer Gesellschaft ansehen.

I.6.1.1 Kennzeichen in den psychiatrischen Abteilungen

Ein wesentliches Kennzeichen der Psychiatrie ist, dass sie ein eigenes System darstellt. Ein abgetrenntes Gebäude, eigene ProfessionistInnen und SpezialistInnen, eine eigene Verwaltung und Organisation, ein anderes Klientel und andere Abläufe und Funktionsweisen, wie in einem Spital, sind typisch für eine Psychiatrie. Psychiatrie ist zwar dem Krankenhaussystem zugehörig, aber als ein vom Krankenhaus getrennter Bereich zu betrachten.

Das psychische System ist ein in sich geschlossenes System, das sich selbst herstellt und erhält. Das Spezifische an psychischen Systemen ist, dass in ihrem

Mittelpunkt das Bewusstsein, und nicht wie bei sozialen Systemen die Kommunikation, steht. Dieses Bewusstsein erhält das System durch sich selbst und es gelangt nicht nach außen. Sie weisen außerdem eine Geschlossenheit und einen selbstständigen Fortlauf ihrer Existenz auf. Welchem Zweck psychische Systeme dienen lässt sich nur in Verbindung mit ihrem Bewusstsein erfragen.

Unser soziales System stellt eine Eigenheit, die sie besitzt, dem psychischen System zur Verfügung, nämlich die Sprache. Die ursprüngliche Gestalt psychischer System hat nämlich keine Sprache zur Verfügung. Aber in psychischen Systeme lässt sich bei Beobachtung leicht feststellen, dass viele Dinge vorhanden sind und geschehen, die kein Sprachrohr benötigen, wie das Hören von Geräuschen, beim Misslingen der richtigen Wortwahl, beim Ablenken lassen oder der Resignation. Aber nicht nur die Sprache, sondern auch Gefühle, als ein sozialer Aspekt, wirken auf psychische Systeme ein. (vgl. LUHMANN 1999: 367 – 370)

I.6.2 Zielgruppen der Sozialarbeit im psychiatrischen Handlungsfeld

Die genaue Verortung der Zielgruppen in der Psychiatrie ist nicht eindeutig gegeben, da die Problemkonstellationen und Ausgangslagen sehr kompliziert und verwoben und nicht immer eindeutig sind.

Die nähere Bestimmung der Zielgruppen der Sozialarbeit in der Psychiatrie ist insofern schwierig, weil hier verschiedene Ebenen von Problematiken, Berufsfeldern und diversen professionellen Konzepten mit einzubeziehen sind. Außerdem ist zu bedenken, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen erst in den dafür geschaffenen Institutionen und in Interaktion mit den verschiedenen ProfessionistInnen zu Adressaten bzw. zu einer Zielgruppe werden. Bei der Definition psychisch kranker Menschen sei zu bedenken, dass psychische Krankheiten das Ergebnis von Austauschprozessen sind und die mit Macht ausgestatteten ProfessionistInnen (hier vor allem PsychiaterInnen) das Stigma (psychische Krankheit bzw. Störung) zuschreiben.

Das Hilfe- bzw. Kontrollsystem Psychiatrie bestimmt den Kontakt zwischen Sozialarbeit und dem Klientel. Entweder können die PatientInnen soziale Hilfeleistungen der Sozialarbeit von sich aus einfordern, von anderen ProfessionistInnen an die Sozialarbeit weitergeleitet werden oder die Sozialarbeit tritt selbst bei Bedarf in Kontakt mit ihrem potentiellen Klientel. (vgl. DÖRR 2005: 59)

Zumeist erfolgt aber eine Zuweisung zur Sozialarbeit von anderen Berufsgruppen, wie vor allem durch ÄrztInnen. Es ist aber nicht sinnvoll jede/n einzelne/n PatientIn an die Sozialarbeit zu verweisen, daher erfolgt die Behandlung und Betreuung psychisch erkrankter PatientInnen nach bestimmten Kriterien und diagnostischen Leitlinien oder auf Delegation. Die Differenzierung erfolgt aufgrund von klinisch erkennbaren Symptomen oder Verhaltens- und Erlebnisauffälligkeiten, diese sind im Manual der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) verankert, oder wegen bestimmten Regelungen und Merkmalen, die in der Gesetzesordnung festgehalten sind. (vgl. BOSSHARD et al. 1999: 118)

Die PatientInnengruppe in der Psychiatrie festzulegen ist schon allein deshalb problematisch, da der Krankheitsbegriff schon unscharf ist. Die Grenze zwischen gesund und krank ist oft unklar und somit auch zwischen psychisch gesund und psychisch krank. Dennoch müssen ProfessionistInnen psychische Erkrankungen und deren Betroffene beschreiben und eingrenzen können. Dies ist wichtig, um überhaupt Anspruch auf Leistungen in unserem Gesundheitssystem zu haben und diese für PatientInnen geltend zu machen.

CLAUSEN et al. (1996: 62 – 63) tauscht den Begriff psychische Krankheit gegen „psychische Störung“ aus, da dieser weniger endgültig, stigmatisierend ist und Psychiatrische Krankenhäuser auch genau diese Begrifflichkeit verwenden.

Die Zielgruppe Sozialer Arbeit in der Psychiatrie kann also mit „Menschen mit psychischer Störungen aller Art“ umschrieben werden. Grob unterteilt können die Betroffenen an Psychosen, Schizophrenien, Abhängigkeitserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Neurosen leiden. (vgl. DÖRR 2005: 59 – 78)

Eine mögliche nähere Kategorisierung der Zielgruppen von Sozialarbeit in psychiatrischen Rahmenbedingungen stellen folgende Unterteilungen dar:

1. Anhand des Alters der PatientInnen: Dann erfolgt die Einteilung der Zielgruppen in Kinder und Jugendliche, Erwachsene und alte Menschen.
2. Aufgrund der verschiedenen internen psychiatrischen Gliederung, würde sich diese in klinische, Sozial-, forensische, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchtbereich, Tages- und Nachtstruktur, ambulante und stationäre Klinik aufspalten.
3. Die Zielgruppen der Sozialarbeit in der Psychiatrie ließen sich aber auch anhand von medizinisch-diagnostischen und therapeutischen Definitionen charakterisieren lassen, wie etwa Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, endogene und exogene Psychosen oder Suchterkrankungen.
4. Oder die PatientInnen können auch ganz allgemein in „Kinder und Jugendliche“, „Alte Menschen“, „Psychiatrische Langzeitpatienten bzw. chronisch psychisch Kranke“, „Menschen mit Abhängigkeitsproblemen“, „Psychisch kranke StraftäterInnen“ und „MigrantInnen“ unterteilt werden. (vgl. DÖRR 2005: 60 – 78)

Zu bedenken ist schließlich noch, dass eine Krankheit bzw. Störung noch weitere Folgen für die Betroffenen hat. Diese Menschen kämpfen sehr häufig mit Nebenerscheinungen, wie Stigmatisierung und Ausgrenzung, die vor allem den beruflichen Werdegang und das Leben in der Gesellschaft bzw. Gemeinschaft betrifft. (vgl. BOSSHARD et al. 1999: 118)

I.6.3 Status und Image der Sozialarbeit in der Psychiatrie

Es gibt sehr unterschiedliche Positionierungen zum Ansehen und Auftreten der Sozialarbeit im psychiatrischen Arbeitsfeld. Einerseits gibt es sehr viele positive Sichtweisen über die Handlungsweisen und Wichtigkeit von Sozialarbeit, andererseits unzählige negative Sichtweisen im Hinblick auf Sozialarbeit in der Psychiatrie zu verzeichnen.

I.6.3.1 Stärken der Sozialarbeit im psychiatrischen Kontext

Sozialarbeit erfüllt eine Vielzahl an Funktionen und Aufgaben und hat eine Menge an fachlichem Know-How und Kompetenzen im Umgang mit PatientInnen, Angehörigen, Organisationen, KooperationspartnerInnen und Außenstellen in der Psychiatrie zu bieten. Im Detail kann man ihren unersetzbaren Beitrag in der Psychiatrie folgendermaßen aufschlüsseln:

- ❖ Sie bietet eine sehr wichtige Schnittstellen- und Vernetzungsfunktion; sie wirkt einerseits vernetzend und andererseits durchschaut sie das soziale Gefüge, in dem wir alle leben und nützt dieses für ihre KlientInnen; (vgl. BIENZ, REINMANN 2004: 77 – 80)
- ❖ Neben der Schnittstellenfunktion bringt sie einen erheblichen wirtschaftlichen Profit für die Psychiatrie ein, weil sie das Entlassungsmanagement über hat, also an Außenstellen und kompetente ambulante Versorgung vermittelt, und mit ihrer sozialen Komponente, in dem sie Beziehungen und Netzwerke aufbaut, die Rückfallrate niedriger hält. Die wird ihr hoch angerechnet. (vgl. ANSEN et al. 2004: 11 – 20)
- ❖ Eine weitere einzigartige Kompetenz macht die Sozialberatung und die Beratung der Angehörigen aus; keine andere Profession ist in Sachen Beratung, Gesprächsführung und Krisenintervention so intensiv gelehrt und geschult worden, wie die Sozialarbeit;
- ❖ Eine schnelle und unkomplizierte Kostenregelung ist nur durch die Sozialarbeit garantiert, da sie das nötige Wissen und die Fertigkeiten im Sozialversicherungsbereich hat und Kontakte zu den diversen Kostenträgern hat;
- ❖ Sie wirkt bei der großartigen Versorgungsqualität, die den PatientInnen gewiss ist, maßgeblich mit, da sie anhand professioneller Beratungskompetenzen und umfassender Betreuungskonzepte förderlich unterstützen kann und damit für eine Zufriedenheit der PatientInnen sorgt. (vgl. BIENZ, REINMANN 2004: 77 – 80)

I.6.3.2 Schwächen der Sozialarbeit in der Psychiatrie

Der gewonnene Status der Sozialen Arbeit nimmt in den letzten Jahren merklich ab. Was sich bewährt hat, wird hinterfragt. Ein Grund mag sein, dass sich Soziale Arbeit, dadurch, dass sie unter einschränkenden Bedingungen arbeitet, sich viel zu sehr an ihre Pflichtaufgaben hält und dadurch in eine billige Dienstleistung verkommt.

Dadurch, dass Sozialarbeit aber von ihren Defiziten weiß, erscheint es so, als ob sie noch zögerlicher, zurückhaltender und selbstkritischer agiert. Das bewirkt wiederum, dass es zu einer Zeitverzögerung kommt und Sozialarbeit nicht „modern“ handelt. Soziale Arbeit ist aber aufgrund der Profession alleine schon den Problemen und Ungereimtheiten in unserem System ausgeliefert und von Krisen und Katastrophen beeinträchtigt und zurückhaltend im Erkennen der Erfolge im eigenen Beruf. Diese Erfolge der Öffentlichkeit aufzuzeigen und sich selbst anzuerkennen, hätte die Sozialarbeit aber dringend nötig. (vgl. THIERSCH, OTTO 2002: 29 - 30)

Aufgrund des fehlenden Selbstbewusstseins fällt es ihr nicht leicht, ihre Berechtigung im Krankenhaus und der Psychiatrie zu vertreten und zu erläutern. Man könnte sogar so weit greifen und behaupten, dass SozialarbeiterInnen nicht immer eins mit ihrer Berufsidentität sind. Mit Berufsidentität ist die Übereinkunft von einer Person mit ihrem Beruf gemeint. Die Allzuständigkeit im Krankenhaus und der Psychiatrie für verschiedene Belange und die Entlehnung von Methoden aus anderen Professionen könnten mögliche Ursachen dafür sein. (vgl. BIENZ, REINMANN 2004: 53 – 59)

Mit einer niedrigen Berufsidentität würde aber auch eine untergeordnete Position in einem System, wie der Psychiatrie, einher gehen. Verstärkend hierzu kommt noch die Tatsache, dass es keine Teamidentität unter den SozialarbeiterInnen gibt. Sie müssen also ihre Positionen selbst bestreiten. (vgl. BIENZ, REINMANN 2004: 57 – 59)

I.6.4 Selbst- und Fremdverständnis der Sozialarbeit in der Psychiatrie

Das Selbst- und Fremdbild der Sozialarbeit im psychiatrischen Arbeitsfeld zu konkretisieren erscheint nicht ganz einfach, da es in der Literatur sehr unterschiedliche Positionierungen zum Bild der Sozialarbeit gibt. Der folgende Abschnitt soll einen Überblick über das unklare Bild der Sozialarbeit in der Psychiatrie bringen.

I.6.4.1 Fremdbild der Sozialarbeit im multiprofessionellen Team in der Psychiatrie

SozialarbeiterInnen in multiprofessionellen Institutionen, wie der Psychiatrie, und die übrigen ProfessionistInnen der Teams sehen einander sehr unterschiedlich. Entweder betrachten sie sich die SozialarbeiterInnen als Teil eines gemischten Teams und die Gemeinschaft sieht sie auch als Mitglied, in dem beide Strukturen und Hierarchien vorfinden und in bzw. mit diesen arbeiten können oder sie sehen sich selbst und auch das Team als Pioniere in Sachen Aufbau und Konzeption von Einrichtungen.

Bei dem Selbst- und Fremdbild spielen Faktoren, wie das eigene professionelle Selbstverständnis der Sozialen Arbeit, die Stellung anderer Professionen und die hierarchische Ordnung im psychiatrischen Krankenhaus, die Wichtigkeit der fachlichen Standards der Sozialen Arbeit, die eigene Meinung und Durchsetzungskraft der SozialarbeiterInnen eine wesentliche Rolle.

Die Position der Sozialarbeit im interdisziplinären Team ist also stark geprägt durch die Selbst- und Fremdbestimmung. Das Fremdbild der Sozialarbeit innerhalb des multiprofessionellen Teams kann man anhand verschiedener Details betrachten.

ProfessionistInnen anderer Berufsspaten beschreiben oft, dass die Kleidung der SozialarbeiterInnen im Vergleich mit anderen Berufsgruppen unterschiedlich sei und dass sie eine andere, eine sozialwissenschaftliche Sprache anwenden, sie würden auch einen anderen Krankheitsbegriff gebrauchen, nämlich dass sie die Ursachen

sozial begründet sehen. SozialarbeiterInnen benennen, nach Fremdeinschätzung, ihre PatientInnen auch oft als KlientInnen, anstelle von PatientInnen, und es hat den Anschein als ob sie nur mit diesen Gespräche führen würden. Die Ziele der Sozialarbeit, so die Fremdeinschätzung, seien sehr vielfältig. Von den Pflegekräften wird die Sozialarbeit oft als wichtiges Bindeglied zwischen den PatientInnen und der Pflege gesehen, ihr wird eine vermittelnde und beratende Rolle zugesprochen und ihre professionelle Leistung sowohl bei der Pflege, als auch den PatientInnen hoch angesehen. (vgl. BIENZ, REINMANN 2004: 64 -68)

Die Team- Mitglieder der Pavillions 2 und 24/2 schätzen die Arbeit, die Anwesenheit und das Engagement, nach eigenen Aussagen in Gegenwart der Sozialarbeiterinnen, sehr. Sie sind ein wertvoller, beständiger Teil in Team- und Fallbesprechungen, Sozialarbeiterin Frau J. auch bei den regelmäßigen Therapiegruppen-Sitzungen auf Pavillion 2. Die Sozialarbeiterinnen wirken sehr präsent und bringen häufig sinnvolle Bemerkungen in die Runden ein. Sie verhalten sich in der Regel ruhig und empathisch, sowohl dem interdisziplinärem Team, als auch den PatientInnen und Angehörigen gegenüber.



Abb. 3: „Dienst-Pinnwände“ des Gemeinschaftsraumes auf Pavillion 2 (links)

Abb. 4: Pinnwand im Sozialraum des „Teams“ des Pavillions 24/2 (rechts)

Das Dilemma der Fremdbestimmung des Berufsbildes und die Zielvorstellungen anderer Berufsgruppen führen dazu, dass sich diese klar von den eigenen Zielen der SozialarbeiterInnen unterscheiden und auch den Selbstwert der SozialarbeiterInnen beeinflussen. (vgl. ANSEN et al. 2004: 11 – 20)

Der Selbstwert der Sozialarbeit in der Psychiatrie wird aber vor allem durch Faktoren, wie wenig berufliche Identität, niedrigen Status in der Institution und von Rechtswegen und einem mangelnden eigenen Durchsetzungsvermögen, negativ geprägt. Schon alleine die Tatsache das eigene Berufsprofil zu erklären und die Handlungsweisen zu erläutern, stellt für die Sozialarbeit in der Psychiatrie eine Schwierigkeit dar und ist für ihr Selbstwertgefühl nicht förderlich. Andere, mit uns verwandte Berufsgruppen, kennen unsere Arbeitsansätze und Motive, wie die ganzheitliche, lebensweltorientierte und sozialökologische Problembehandlung, oft nicht und können unsere Arbeitsweisen sehr häufig nicht verstehen. (vgl. HEINER 2004: 118 – 122)

I.6.4.2 Selbstdarstellung der Sozialarbeit in der Psychiatrie

Vor allem im Krankenhaus und der Psychiatrie, wo eine ärztliche und administrative Hierarchie vorherrscht, stellt es für die Sozialarbeit eine besondere Herausforderung dar, sich selbst und ihre Fähigkeiten zu repräsentieren. Der Status der Sozialarbeit ist davon abhängig, ob sie erfolgreich dabei ist, ihre unersetzlichen Beiträge für andere Berufsgruppen offensichtlich zu machen.

Um den komplexen Anforderungen im Spital gewachsen zu sein, kann die Sozialarbeit auf ein breitgefächertes Wissensspektrum zugreifen. Dieses Wissen ist eines der Besonderheiten und Stärken der Sozialen Arbeit und das allein macht diese Profession schon unersetzlich. Das Wissen um soziale komplexe Problemlagen und soziale Absicherung und Grenzen, Gruppenarbeit, soziale Unterstützung und diverse Methoden der Beratung kann durch keine andere Berufssparte im Krankenhaus und in der Psychiatrie ersetzt werden.

Um diese Tatsache weiß die Soziale Arbeit, sollte sich selbst und ihre Kompetenzen aber noch mehr in der multiprofessionellen Arbeit mit anderen Professionen hervorheben und einbringen, was sie bis zum heutigen Zeitpunkt noch zu wenig getan hat. Ansonsten besteht die Gefahr, dass sie in der medizinischen Domäne mitsamt ihren vielfältigen Fähigkeiten sehr wenig Beachtung findet und ihr Tun unterschätzt wird. (vgl. ANSEN et al. 2004: 18 – 20)

SozialarbeiterInnen sollten sich also selbst und in ihrer Arbeit bestärken und publik machen, was sie können, was sie für einen Nutzen sie bringen und unter welchen schwierigen Bedingungen sie Durchhaltevermögen und Verlässlichkeit beweisen. (vgl. THIERSCH, OTTO 2002: 195)

Auch am Beispiel der Sozialarbeit auf den beiden Pavillionen ist dieses Manko erkennbar, da die Sozialarbeiterinnen nicht sehr selbstsicher wirken.

Obwohl die KollegInnen aus dem interdisziplinären Team ihnen sehr wohl Wertschätzung entgegenbringen.

Ein wichtiges Faktum zur Sichtbarkeit der Sozialarbeit an der Station Pav. 24/2 ist die Darstellung der Sozialarbeiterin Frau L. in einer Vitrine am Gang mit Namen, Professionsbezeichnung und einem Foto von ihr, des Weiteren sind Sprechstundenzeiten und die ihre speziellen Fachkenntnisse angeführt. Dadurch gewinnt sie sehr viel an Präsenz an der Station. Neben ihr in der Vitrine ist der Psychologe des therapeutischen Teams, der Stationspfleger und dessen Vertreter an der Station mit einem Foto und Berufsbezeichnung ausgehängt. Außerdem trägt ihre Anwesenheit am Gang der Station und in den Krankenzimmern wesentlich zur Sichtbarkeit an der Station bei.



Abb. 5: Darstellung der Sozialarbeiterin Frau L. am Flur von Pavillion 24/2 (links)



Abb. 6: Vitrine, in der unter anderem die Sozialarbeiterin Frau L. vorgestellt wird (rechts)

Die Sozialarbeiterin Frau J. von Pav. 2 ist weder mit ihrem Foto, noch ihrer Namens- und Berufsbetitelung am Flur sichtbar. Die Angebote und das Aufscheinen beider Professionistinnen bzw. die Erreichbarkeit per Telefon und

auf ihren jeweiligen Stationen erscheinen aber in den Informationsfoldern der Station, sowie im Gemeinschaftsraum des multiprofessionellen Teams.

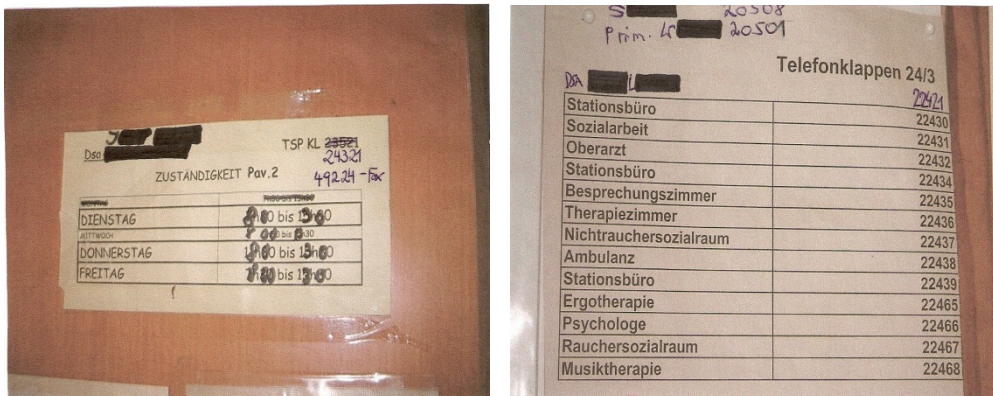


Abb. 7: Telefonklappe und Sprechzeiten von Sozialarbeiterin Frau J., die im Gemeinschaftsraum auf Pavillion 2 aushängen (links)

Abb. 8: Auflistung der Klappennummern der einzelnen Büros und Zimmer auf Pavillion 24/2, auch die der Sozialarbeiterin Frau L. (rechts)

Sie sind beide in den Fall- und Gruppentherapiegesprächen, wie den Morgenrunden sehr oft vertreten.

(Beobachtungsprotokolle 20.4. – 9.5.)

Die Selbsteinschätzungen der SozialarbeiterInnen im interdisziplinären Team kann man ganz allgemein in „Koordinations- und Führungsfunktion im Bereich Gesprächsführung“, „InformationsgeberIn und KoordinatorIn“ und „VermittlerIn und SchlichterIn“ unterteilen. (vgl. BIENZ, REINMANN 2004: 64 – 68)

In psychiatrischen Krankenhäusern ist es aufgrund der hierarchischen Gegebenheiten, also der ärztlichen Domäne, sehr schwierig für die Sozialarbeit ihre eigenen fachlichen Standards umzusetzen. Daher bereitet es SozialarbeiterInnen oft sehr große Schwierigkeiten, ihre professionellen Kompetenzen gegenüber anderen Berufsspaten zu zeigen und umzusetzen. (vgl. HEINER 2004: 118 – 122)

Aufgrund dieser Tatsache lassen sie somit ihre Macht- und Handlungsfertigkeiten oft ungenutzt. Die Kontrolle übertragen sie den ÄrztInnen, um so nicht die Solidarität zu den KlientInnen bzw. PatientInnen und die mitfühlende Haltung für diese in Gefahr zu bringen. (vgl. GEIBLER-PILTZ et al. 2005: 20 – 21)

Im psychiatrischen Arbeitsalltag bedingt diese Selbstunsicherheit, dass sozialarbeiterische Handlungen zumeist erst nach einer Weisung eines ärztlichen oder pflegerischen Personals erfolgen und Meldungen an die SozialarbeiterInnen oft erst sehr spät geäußert werden, somit haben sie kaum mehr Möglichkeit zu reagieren. (vgl. ANSEN et al. 2004: 21-35)

Aufgrund der unklaren Einschätzung von Sozialarbeit, geringem positivem Selbstbild, dem beruflichen Image, aber dem gleichzeitigen Verlangen helfen zu wollen, weichen viele SozialarbeiterInnen in alternative Arbeitsmöglichkeiten aus oder entwickeln einen Berufszynismus. Für das Selbstverständnis von SozialarbeiterInnen ist es förderlich, wichtigen Fragen nach der eigenen Professionalisierung nachzugehen.

I.6.5 Sozialarbeiterisches Agieren unter schwierigen Bedingungen in der Psychiatrie

Sozialarbeit in der Psychiatrie sieht sich neben all den vielfältigen Problemlagen und krankheitsbedingten Schwierigkeiten auch mit heiklen Bedingungen wie Stigmatisierung und Ausgrenzung gefordert.

I.6.5.1 Ausgrenzung aufgrund von Stigmata

Nicht-Teilhabe am gesellschaftlichen System kann darin wurzeln, dass ein Mensch, ein psychisch kranker Mensch, aufgrund seiner Stigmata von der Gesellschaft ausgeschlossen wird. Hierbei fällt der Sozialarbeit die Aufgabe zu, diese Personen wieder ins System hereinzuholen und das Gleichgewicht zwischen Gesellschaft und KlientInnen wieder herzustellen. Die Herkunft von Stigmata und Auswirkungen beschreibt GOFFMAN (1994: 9 – 14) folgendermaßen:

Stigma, diesen Begriff finden wir auch schon bei den Griechen, als Hinweis dafür, dass jemand körperlich „gezeichnet“ wurde, um etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes an diesem bzw. dieser zu zeigen.

Heutzutage werden Stigmata in deren ursprünglichen Bedeutung gebraucht, bezieht sich aber eher auf Eigenschaften, als auf die äußerliche Erscheinungsweise. Stigmatisierungen widerfahren vor allem auch psychisch kranken Menschen, da sie in ihrem Verhalten auffällig sind, sich nicht der Norm entsprechend verhalten und somit von der Gesellschaft ausgegrenzt werden. Somit wird das Stigma für die betreffende Person in jeder Hinsicht zu einer Belastung.

I.6.5.2 Die professionelle Arbeit und der Umgang mit stigmatisierten Personen

Es gibt zwei Personengruppen von denen die stigmatisierten Personen ihre Unterstützung, ihr Mitgefühl und Akzeptierung erwarten können. Das sind Personen, die „normal“ sind, aber durch ihre besondere Situation mit den stigmatisierten Personen verbunden sind, also ProfessionistInnen. Vor diesen brauchen sie weder Scham zu fühlen, noch ihr Selbst zu kontrollieren.

Hierzu zählen Menschen, die in Einrichtungen mit Menschen, die von Stigmatisierung betroffen sind, beschäftigt sind, wie z.B. SozialarbeiterInnen, Krankenschwestern, PhysiotherapeutInnen usw. und auch Menschen, die aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit mit stigmatisierten Personen zusammentreffen, wie z.B. PolizistInnen.

Zum zweiten Typus gehören Personen, die durch ihre Sozialstruktur mit den Stigmatisierten verbunden sind. Das sind z.B. die Tochter eines Haftentlassenen, die loyale Gattin eines psychisch Kranken, der Freund eines Blinden, usw. Diese Personen sind ein Stückweit dazu gezwungen das Verächtliche des Stigmatisierten mit ihm/ihr zu teilen. (vgl. GOFFMAN 1994: 40 – 44)

I.6.6 Spezifische Methoden der Sozialarbeit in der Psychiatrie

Im Krankenhaus und der Psychiatrie erweist es sich für die Sozialarbeit als Erleichterung, sich verschiedener differenzierter Methoden und Hintergrundwissen im Umgang mit den KlientInnen bedienen zu können.

Neben diesen speziellen Methoden finden aber natürlich auch die klassischen Methoden, wie die Einzelfallhilfe, soziale Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit, im Arbeitsalltag Anwendung. Und auch die modernen Trends, wie Fallarbeit und Diagnostik, Sozialmanagement, Casemanagement, Netzwerkarbeit und alltagsbezogene Sozialarbeit beeinflussen die professionelle Arbeit in der Psychiatrie. Im Mittelpunkt stehen dabei immer das Individuum und sein Lebensumfeld. (vgl. SCHILLING, ZELLER 2007: 208 – 214)

Einige der spezifischen Methoden der Sozialarbeit im psychiatrischen Kontext seien nun erwähnt, um einen Einblick in die differenzierte Arbeitswelt der Sozialarbeit zu bekommen:

- therapeutische Hilfestellungen mit diversen Mitteln und Hilfen, um die Nöte der KlientInnen zu beheben bzw. zu lindern;
- rechtspflegerische Unterstützung zur Erlangung des gewünschten gesellschaftlichen Normverhaltens, um die Kontrolle zu behalten und auch um die KlientInnen mit der Norm vertraut zu machen;
- administrative Aufzeichnungen zur Absicherung etwaiger Risiken und im Sinne der Gleichbehandlung des Klientels; (vgl. DEWE et al. 1995: 135 – 143)

Des Weiteren gibt es spezifische „soziotherapeutische“ Maßnahmen, gemeint sind Verfahren, die die PatientInnen und deren soziales Umfeld positiv beeinflussen sollen:

- Soziotherapeutische Verfahren werden von SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen und anderen Berufsgruppen angewendet. Hierfür sind eine abgestimmte Teamarbeit und der detailreiche Informationsfluss für einen idealen Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf unbedingt notwendig.
- ProfessionistInnen orientieren sich an der Gegenwart, auf die funktionierenden Persönlichkeitsanteile der PatientInnen und versuchen deren Handlungs- und Kontaktfähigkeiten zu fördern.
- Weitere wichtige Handlungsschritte von SozialarbeiterInnen an der Psychiatrie sind die Bewältigungsstrategien (Coping-Strategien) auszubauen, ihnen eine soziale Stütze zu sein und das alles auf der Basis eines gewissen therapeutischen Milieus.

- Zu soziotherapeutischen Maßnahmen zählen alle grundsätzlich in der Psychiatrie vorkommenden Methoden der Sozialarbeit, aber auch Ergotherapie, teilweise Arbeitstherapie, berufsorientierte rehabilitative Anleitungen, auch das Training von sozialen Fähigkeiten. Auch die Gestaltung der Räumlichkeiten, die Tages- und Wochenstrukturierung an der Station, der Umgang der MitarbeiterInnen und den PatientInnen gehören zur Soziotherapie. In Bezug auf Soziotherapie ist das Gruppenerfahren auch ganz wesentlich, von der Gruppe an sich bis hin zur Psychotherapiegruppe. (vgl. CLAUSEN et al. 1996: 106-108)

Außerdem ist im Umgang mit dem Klientel zu beachten, dass der/die SozialarbeiterIn stets nicht nur Außenstehende/r, sondern auch ständig Involvierte/r ist im Krankenhaus-Geschehen ist und sie somit oft kreativ auf heikle Situationen reagieren sollte.

Von SozialarbeiterInnen werden also sehr viele Kompetenzen gleichzeitig gefordert, wie persönliches Eingehen auf das Klientel, professionelles Verständnis, Bedenken der Individualität jedes/jeder einzelnen PatientIn und die Gleichbehandlung aller und Fundierung des Tuns auf wissenschaftlicher Basis. (vgl. DEWE et al. 1995: 135 – 143)

I.6.7 Klinische Sozialarbeit als Spezialisierung von Sozialarbeit in der Psychiatrie und im Krankenhaus

Mit klinischer Sozialarbeit ist eine behandelnde Sozialarbeit gemeint, die bei Krankheiten, Behinderungen und psychosozialen Problematiken Anwendung findet. Mithilfe von klinischer Sozialarbeit kann bei diesen Störungen Heilung, Linderung oder Besserung erwirkt werden.

Klinische Sozialarbeit agiert auf einer anderen Schiene als die Medizin und die herkömmliche Soziale Arbeit. Sie stellt ein Spezifikum Sozialer Arbeit in der Psychiatrie mit dem nötigen klinischen Hintergrundwissen dar.

Sie ist im Unterschied zur Medizin keine physiologische betreuende Profession, sondern befasst sich mit dem Einzelfall und dessen/deren Biographie anhand des sozialen Blickes. Mithilfe der Methoden der klinischen Sozialarbeit will die Sozialarbeit ihre üblichen Problematiken, mit denen sie kämpft, fassbar und überwindbar machen. Das spezielle Charakteristikum von klinischer Sozialarbeit ist, dass sie einen „klinischen Blick“ auf einen „besonderen Fall“ wirft. (vgl. DÖRR 2005: 87- 90)

Die klinische Sozialarbeit erfordert ein hohes Maß an Auseinandersetzung mit komplexen Problemstellungen und deren Auswirkungen, sowohl theoretisch, als auch praktisch. Das Aufgabenfeld ist nicht nur sehr groß, da es sämtliche Anliegen von sozialen und psychosozialer Beratung und Behandlung beinhaltet, sondern ist ständig vom Wandel der Kultur und Gesellschaft geprägt. (vgl. GEIßLER-PILTZ et al. 2005: 13 – 15)

Sie stellt eine fachliche Spezialisierung innerhalb der Sozialen Arbeit dar, die beratende und behandelnde Aufgaben übernimmt. Doch trotz dieser Vorstellung bleiben ihre Grenzen unscharf, da sie ein Teilgebiet der Sozialen Arbeit ist und mit ihr dasselbe Selbstverständnis teilt. (vgl. GEIßLER-PILTZ et al. 2005: 15 – 16)

I.6.7.1 Zielgruppen klinischer Sozialarbeit

Zur Zielgruppe klinischer Sozialarbeit können, allgemein formuliert, alle PatientInnen, die unter schwierigen und komplexen Lebens- und Krankheitssituationen leiden, gezählt werden. Diese können in folgende Gruppen eingeteilt werden:

- Enorm beeinträchtigte Kinder und Jugendliche und deren Familien
- Menschen in familiären Problemkonstellationen und Krisen
- Psychisch erkrankte Menschen
- Drogenabhängige Personen
- Chronisch erkrankte Menschen
- Traumatisierte Personen
- Dissoziale, gewaltbereite und straffällige Menschen; (vgl. GEIßLER-PILTZ et al. 2005: 47 – 50)

I.6.7.2 Abgrenzung zur Krankenhaussozialarbeit

Krankenhaussozialarbeit ist keinesfalls mit klinischer Sozialarbeit gleichzusetzen. Klinische Sozialarbeit ist eine Spezifizierung und ein Teilgebiet von Sozialarbeit und kommt bei konkreten sehr differenzierten und schwerwiegenden Anlässen zum Einsatz.

Klinische Sozialarbeit meint also eine spezialisierte Behandlung und Beratung von KlientInnen im Gesundheitsbereich, diese Fertigkeiten werden anhand von klinischer Praxis und Weiterbildungen angeeignet. Im Gegensatz zur Krankenhaussozialarbeit, die eine allumfassende soziale Absicherung, Beratung, Begleitung und verschiedenste Hilfestellungen ihren PatientInnen im Krankenhaus und der Psychiatrie zur Verfügung stellt. (vgl. GEIBLER-PILTZ et al. 2005: 42 – 43)

I.7 Rahmenbedingungen von Sozialarbeit in der Psychiatrie und im Krankenhaus

Rahmenbedingungen beinhalten nicht nur Regeln, Pflichten, Rechte und Möglichkeiten für die Sozialarbeit, sie spiegeln auch gleichzeitig Kennzeichen und Merkmale der Sozialarbeit wider. Sozialarbeit hat, sowie alle anderen Berufsspaten auch, diese Rahmenbedingungen zu achten, da sie die Grenzen und Räume für sozialarbeiterisches Arbeiten auf der Psychiatrie vorgeben.

Sozialarbeit ist in verschiedensten Institutionen mit Gesundheit und Krankheit konfrontiert. Wenn es jedoch um Behandlung geht, findet man sozialarbeiterische Beiträgen in Krankenhäusern und Fachkliniken, in der Suchtkrankenhilfe, der Psychiatrie und auch vereinzelt in der Alten- und Behindertenhilfe. Weiteres finden wir Sozialarbeit im Zusammenhang mit Behandlung auch in Betrieben, im Sozialen Dienst oder im Wohnungslosenbereich.

Ein wichtiger Grundpfeiler und somit eine wichtige Rahmenbedingung für die Sozialarbeit ist die Hierarchie im Krankenhaus und in der Psychiatrie. Diese gliedert sich in drei Spaten, den ärztlichen Dienst, den Pflegedienst und den

Verwaltungsdienst. Die Sozialarbeit ist in diesem Raster entweder der Verwaltung oder dem ärztlichen Dienst untergeordnet. In der Schweiz ist Krankenhaussozialarbeit entweder der Verwaltung oder dem ärztlichen Dienst zugeordnet. In Deutschland und Österreich sind die SozialarbeiterInnen vor allem der Verwaltung zugehörig. (vgl. ANSEN 2004: 12)

Aber unabhängig wem die Sozialarbeit unterstellt ist, ist eine direkte Mitwirkung der SozialarbeiterInnen an den Behandlungen von PatientInnen nur in psychiatrischen Einrichtungen und Rehabilitationskrankenhäusern gegeben. (vgl. MÜLLER, REINL 1997: 151-155)

I.7.1 Anforderungen und Aufgaben von Sozialarbeit im Krankenhaus und der Psychiatrie

Der Sozialarbeit im Gesundheitsbereich stellen sich eine Reihe von Herausforderungen, Aufgabenbereiche und Anfragen bezüglich diverser Hilfsangebote. Sie sieht sich gefordert diesen nachzukommen und unter Berücksichtigung ihrer Grenzen und die der Institution diesen gerecht zu werden.

In Bezug auf die PatientInnen beachtet die Sozialarbeit in der Psychiatrie und im Krankenhaus die persönlichen, sozialen, finanziellen und psychischen Missstände, um so ein umfassendes Verständnis dafür zu erhalten, Interventionen planen und danach agieren zu können. Auch Anliegen der Angehörigen und dem Umfeld des/der Betroffenen finden in der Sozialarbeit Gehör und sind von Bedeutung. (vgl. ANSEN 2004: 21 – 35)

Mit PatientInnen in der Psychiatrie, vor allem mit Suchtkranken, gestaltet sich die soziale Hilfestellung folgendermaßen, einerseits werden „Hilfen zur Gesundheit“ angeboten und andererseits „Beratung, Unterstützung und Aktivierung“ offeriert. Aber auch die Beratung und Begleitung von Angehörigen, Familien und Freunden wird größtenteils von SozialarbeiterInnen erbracht. (vgl. GEIßLER-PILTZ et al. 2005: 72 – 74)

Die Aufgabengebiete der Sozialarbeit im Krankenhaus und in der Psychiatrie überschneiden einander häufig, dennoch ergeben sich eine Reihe von Unterschieden. Die Psychiatrie als Arbeitsfeld der Sozialarbeit kann als Spezialisierungsgebiet des Krankenhausbereichs beschrieben werden, somit stellen sich auch an die Sozialarbeit in der Psychiatrie speziellere Fragen und Anforderungen, als im Krankenhaus.

Im Gegensatz zu den oft detailorientierten Problemen der Sozialarbeit in der Rehabilitation, Psychiatrie oder der Suchtkrankenhilfe muss die Sozialarbeit im Krankenhaus zentralistische Handlungskompetenzen aufweisen. (vgl. ANSEN 2004: 21 -35)

Krankenhaussozialarbeit beinhaltet grundsichernde Vermittlungstätigkeiten, praktische Hilfestellungen und das Organisieren und Administrieren der Aktivitäten. Diese Beschreibungen werden aber auch von anderen Berufsgruppen erledigt. Das spezifische sozialarbeiterische Handeln ergibt sich mehr aus dem konkreten Anlass zur Hilfestellung und der Art der nötigen Unterstützung. Anlässe stellen zum Beispiel Krankheiten mit Einbußen in der Mobilität, Sprache und selbstständigen Versorgung dar, aber auch psychische Erkrankungen, Suizidalität und kranke Kinder zählen dazu. Weitere Problematiken, die sich der Sozialarbeit im Spital und der Psychiatrie stellen, sind Arbeitslosigkeit, sozioökonomische Schwierigkeiten, Wohnungs- bzw. Obdachlosigkeitsprobleme, Problemkonstellationen mit Versicherungen und Behörden. (vgl. GEIBLER-PILTZ et al. 2005: 72 – 73, 89 - 90)

Es stellen sich aber noch weitere Anforderungen an die Sozialarbeit in der Psychiatrie und im Krankenhaus, wie der Umgang mit Hilfe und Kontrolle, sowie Autonomie und Delegation, das Beachten von gesellschaftlichen Sozialisationsvorstellungen und den eigenen individuellen Wichtigkeiten, das Ziel einer konstruktiven, funktionierenden Arbeitsbeziehung und die Eingrenzung der Möglichkeiten durch Rahmenbedingungen. (vgl. BOSSHARD 1999: 120)

Die Personalverordnung schreibt der Sozialarbeit im Regelfall außerdem spezifische klinische Tätigkeiten zu, wie sozialpädagogische Fertigkeiten, einzelfall- und gruppenbezogene Betreuung, aber auch unmittelbar auf PatientInnen bezogene

Tätigkeiten zu. Des Weiteren werden meistens therapeutische, wie beratende Hilfestellungen, sowie ein auf die PatientInnen bedarfsgerechtes Methodenkonzept und die Versorgung danach – stets mit Bedacht auf den/die psychisch kranke/n PatientIn, seine/ihre Angehörigen und sein/ihr soziales Umfeld von der Leitung verlangt. (vgl. GEIßLER-PILTZ et al. 2005: 72 – 74)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass SozialarbeiterInnen in der Psychiatrie vor allem mit Problemen der praktischen Lebensgestaltung und der Vielfältigkeit von psychosozialen Schwierigkeiten von stigmatisierten Personen, LangzeitpatientInnen und Menschen mit komplizierten oder chronischen Störungen zu tun haben. (vgl. BOSSHARD 1999: 56)

I.7.2 Tätigkeitsprofil

Es existiert bisweilen kein einheitliches Tätigkeitsprofil für SozialarbeiterInnen im Spital und auf der Psychiatrie, da im Zuge von Reformierungen und Umbauten der Krankenhäuser und Psychiatrien die Notwendigkeit einer Festlegung eines Aufgabenprofils keine große Bedeutung hatte.

Viele SozialarbeiterInnen im Krankenhaus hatten noch bis vor wenigen Jahren kein Tätigkeitsprofil für ihren Aufgabensektor, obwohl der Dachverband für Sozialarbeit einige Vorschläge hierzu ausschickte. Doch dies hat sich durch die vielfältigen Umstrukturierungen im Krankenhaus geändert und nun existieren viele, unterschiedlichste Arbeitsplatz- und Stellenbeschreibungen von SozialarbeiterInnen in Krankenhäusern. (vgl. ANSEN 2004: 11 – 20)

Das Beispiel der Sozialarbeit am Otto Wagner Spital in Wien auf den Pavillions 2 und 24/2 zeichnet hiervon ein anderes Bild. Alle SozialarbeiterInnen auf der Psychiatrie können sich anhand des „Tätigkeitsprofils der diplomierten SozialarbeiterInnen im Psychiatrischen Zentrum Otto Wagner Spital“ orientieren. Die SozialarbeiterInnen erhalten in dieser 20- seitigen Ausgabe aus dem Jahr 2001 genaue, aber sehr allgemein formulierte Informationen zu „Methoden, Funktionen, Ziele und Aufgaben,

Definitionen, Handeln bei Problematiken, Handlungsfelder, Berufswissen, Handlungs- und Arbeitsprinzipien und der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen“. Anzumerken ist jedoch, dass die Ausführungen sehr allgemein und für das Otto Wagner Spital und die einzelnen Stationen unspezifisch gehalten sind. (vgl. BRANDT et al. 2001: 1- 20)

Ein einheitliches Tätigkeitsprofil für Sozialarbeit in der Psychiatrie und im Krankenhaus zu erstellen, gestaltet sich nicht einfach. Anhand verschiedener spezifischer Zuschreibungen und typischer Hilfestellungen der Sozialarbeit lassen sich aber dennoch die Tätigkeiten der Sozialarbeit im klinischen Kontext näher beschreiben.

SozialarbeiterInnen auf der Psychiatrie unterstützen die tägliche Alltagsbewältigung, beraten, begleiten und helfen kranken PatientInnen und deren Familien und Freunden, ermöglichen erträgliche Lebensformen in betreuten Wohnformen und Zuhause, koordinieren finanzielle und soziale Absicherungen, leiten individuelle Unterstützungen ein und managen regionale Angebote.

Sie haben viele weitere Aufgaben, wie die Verhinderung von Exklusion, d.h. Ausgrenzung von Menschen aus einer Gruppe bzw. der Gesellschaft, und das Ermöglichen von Inklusion, die soziale Teilnahme bzw. Teilhabe, zu ermöglichen und auch zu forcieren. Arbeitslose, kranke und sehr individuell auffällige Menschen sind häufig von Exklusion betroffen und leiden darunter. Hier greift die Sozialarbeit ein. (vgl. BOSSHARD et al. 1999: 55, 118)

Genauer betrachtet bedeutet diese für die Sozialarbeit in der Praxis, dass sie Meldungen und Zuweisungen nachgeht, akute Notleiden versucht zu entschärfen, in Krisen interveniert und überhaupt Beratungsgespräche führt. Die Entlassungsversorgung, Nachsorge und dabei die Sicherung einer Basisversorgung sind wichtige Punkte im Rahmen des Tätigkeitsprofils. Hierbei ist die Kooperation und Vernetzung mit Außenstellen, wie Sozialpsychiatrischen Diensten, Wohngemeinschaften, betreutem Wohnen, ambulante Organisationen für psychisch kranke Menschen, Beschäftigungstherapien, Krankenkassen, ...usw. von immenser Bedeutung. Elementar ist auch in der Arbeit mit psychisch gestörten Menschen, dass

wenn die PatientInnen selbst über diverse Angebote und Maßnahmen nicht zu erreichen sind, das soziale Umfeld dieser PatientInnen aber sehr wohl Beratung und Unterstützung erhält.

Bei der Menge an Anforderungen erweist es sich für SozialarbeiterInnen als unumgänglich eine hohe Belastbarkeits- und Toleranzgrenze aufzuweisen und kreative Lösungsansätze parat zu haben und reflexionsfähig zu sein. (vgl. CLAUSEN et al. 1996: 221 – 222)

I.7.3 Vernetzungsarbeit

Einer der wichtigsten Grundlagen für funktionierende Maßnahmen der Sozialarbeit, sowohl im Krankenhaus als auch der Psychiatrie, stellt die reibungslose und intakte Kommunikation zwischen der Sozialarbeit und ihren PartnerInnen innerhalb und außerhalb der Psychiatrie dar. Wichtige Aspekte hierbei können sein:

-  Die Sozialarbeit im Krankenhaus und in der Psychiatrie arbeitet sehr nach außen orientiert, d.h. sie muss Wissen über Institutionen der Versorgung, Beratung und Nachsorge haben, damit PatientInnen zeitgerecht und informiert entlassen werden können. So können Rückfälle und negative Folgen einer Krankheit verhindert werden.
-  Da Krankenhausaufenthalte der PatientInnen immer kürzer dauern, ist es die Aufgabe der Sozialarbeit mit den Leistungsträgern enge Verbindungen aufzubauen und zu halten, da diese die PatientInnen direkt nach dem Krankenhausbesuch aufnehmen. Dazu gehören ambulante und stationäre Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen.
-  Die wichtigsten Kontakte der Sozialen Arbeit nach außen sind die zu den nachstationären Leistungserbringern und den Leistungsträgern. Einige der unzähligen Kooperationspartner seien hier erwähnt, wie die Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Sozialhilfeträger, Integrationsämter, Gesundheitsämter, Arbeitsämter, Jugendämter,... uvm.
Die externen Partner unterteilen sich ganz allgemein in Anbieter von Pflegeleistungen, Rehabilitationskliniken, Leistungsträger, Angehörige und Selbsthilfegruppen. (vgl. ANSEN 2004: 21-35)

Aufgeschlüsselt sind die professionellen Partner in den Außenstellen die Sozialpsychiatrische Dienste, Übergangsorganisationen, Wohn- und Pflegeheime, Betreutes Wohnen, Kontaktstellen, Tageszentren, ambulante Krankenversorgung und Krisendienste. (vgl. CLAUSEN et al. 1996: 220 – 236)

Die fünf Kostenträger, nämlich die Kranken-, Arbeitslosen-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung, mit denen die Sozialarbeit den häufigsten professionellen Kontakt nach außen pflegt, gewähren nur dann Leistungen, wenn PatientInnen ihre Sozialversicherungsbeiträge regelmäßig einbezahlt haben. (vgl. CLAUSEN et al. 1996: 218 – 219)

Die Vernetzungsarbeit der Sozialarbeit am Beispiel Pavillion 2 und Pavillion 24/2 mit den PartnerInnen funktioniert sowohl innerhalb, als auch außerhalb der Pavillione in den meisten Fällen reibungslos. Das ergibt sich daraus, dass die Sozialarbeiterinnen meistens früh genug über Entlassungen an den Stationen informiert werden, sie fixer Bestandteil in den multiprofessionellen Teamsitzungen und ärztlichen „Visiten“-Nachbesprechungen sind, sie präsent bei Besprechungen überhaupt und im Stationsablauf mitwirken, sie regen Kontakt zu Außenstellen, vor allem zu den Leistungsträgern und Nachsorgestellen haben und pflegen. Sie über Neuigkeiten sowohl an der Stationen und auch in externen Nachsorgeeinrichtungen in den meisten Fällen zeitgerecht verständigt werden. (Beobachtungsprotokoll vom 20.4. – 9.5.2007)

I.7.4 Verschiedene Zugänge zur Sozialarbeit

Es gibt verschiedene Zugänge zur Sozialarbeit in Krankenhäusern und Psychiatrien. Die Praxis zeigt, dass KlientInnen in den seltensten Fällen von sich aus Sozialarbeit aufsuchen, sondern eher von einer Berufsgruppe vermittelt werden oder der/die SozialarbeiterIn selbst auf diese/n zugeht.

Der professionelle Kontakt zwischen PatientInnen und SozialarbeiterInnen kann auch auf Wunsch von den Betroffenen, deren Angehörigen und durch andere Institutionen von außen entstehen. (vgl. ANSEN 2004: 25 – 35)

Aber generell entsteht der Erstkontakt zwischen SozialarbeiterInnen und KlientInnen im Krankenhaus fast immer durch die Anweisung von ÄrztInnen und PflegerInnen. Der/die SozialarbeiterIn entscheidet in den wenigsten Fällen selbst, ob eine sozialarbeiterische Indikation und Intervention von Nöten ist und bei welchen PatientInnen dies der Fall ist.

Der Sozialarbeit in einem Spital steht nach dem Zugang zu ihrem Klientel nur eine kurze Betreuungszeit zur Verfügung. Im Gegensatz zum Sektor Psychiatrie und Rehabilitation, dort treffen die ProfessionistInnen erstens auf ein anderes Klientel und zweitens ist die Aufenthaltsdauer meistens länger, die Ausnahme bildet hier die Akutstation der Psychiatrie. (vgl. BIENZ, REINMANN 2004: 68 – 70)

Auch am Otto Wagner Spital an den beiden Pavillions 2 und 24/2 passiert der Zugang zu den PatientInnen in der Regel über die Zuweisung von ÄrztInnen und PflegerInnen. In den seltensten Fällen konnte beobachtet werden, dass die Sozialarbeiterinnen selbst die Indikation sahen, um mit den PatientInnen in Kontakt zu treten. PatientInnen wendeten sich überhaupt nur dann an die Sozialarbeit, wenn bereits ein Kontakt zur Sozialarbeiterin stattgefunden hatte bzw. eine professionelle Beziehung vorhanden war, aber es konnte nicht beobachtet werden, dass der Erstkontakt von PatientInnen ausging. (Beobachtungsprotokoll vom 20.4. – 9.5. 2007)

Nach HURRELMANN (1990: 189-190) gibt es drei verschiedene Ebenen, unter denen BerufsprakterInnen PatientInnen begegnen und wo diese ansetzen können. Anhand dieser drei Zugangsebenen der Intervention soll Gesundheit gefördert und erreicht bzw. Krankheit und Störungen so gelenkt werden, dass menschenwürdiges Leben gefördert und realisiert wird.

1. Der präventive Zugang (vor den schädigenden Ereignissen)
2. Der korrektive, unterstützende Zugang (Ereignisse korrigieren bzw. bessern)
3. Der kompensatorische/ rehabilitative Zugang (weitere Schäden vermeiden)

I.8 Kennzeichen und Merkmale der Sozialarbeit

Gibt es überhaupt typische Merkmale und Kennzeichen, die auf die Sozialarbeit überhaupt und speziell in der Psychiatrie zuzuschreiben sind? Und wenn ja, wie äußern sich diese. Diesen Fragen wird in diesem Kapitel konkret nachgegangen.

I.8.1 Charakteristika von Sozialarbeit im Sozialstaat

Das professionelle Handeln mit all seinen unterschiedlichen Arbeitsweisen wird den SozialarbeiterInnen in einem gewissen Rahmen von der Gesellschaft und den Institutionen vorgegeben. Das ist auch ein wichtiger Grund dafür, warum die Methoden ein unerlässlicher Grundpfeiler in der Stabilisierung der Professionalität in der Sozialarbeit sind.

Wenn SozialarbeiterInnen gewissenhaft mit ihren Methoden und Arbeitshilfen arbeiten, können sie ziemlich genau definieren, was sie gemacht haben („Output“), aber was sie bewirkt haben („Outcome“) nicht. Dies stellt ein Kennzeichen, aber gleichzeitig auch ein Strukturproblem im Dienstleistungssektor dar, und besonders bei personenbezogenen Dienstleistungen, wie in der Sozialarbeit. (vgl. MÜLLER 2006: 325 – 328)

Die Vielfalt der Tätigkeitsbereiche ist ein wesentliches Kennzeichen der Sozialen Arbeit und hat viele Gründe. Dies begründet sich zum einen vor allem in den Ungleichmäßigkeiten in der Geschichte der Sozialen Arbeit, zum anderen aufgrund ihrer unzähligen und entwicklungsbedingten Gegenstände und Ziele. Weitere Gründe bedingen die äußeren Rahmenbedingungen und die Charaktere der Hilfeleistungen. Somit ist festzuhalten, dass Sozialarbeit keinen abgrenzbaren Handlungsbereich für sich inne hat.

Aufgrund dieser Vielfältigkeit und Unabgeschlossenheit schaffen es Wissenschaftler bisher nicht die Gemeinsamkeiten in den unterschiedlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit festzulegen. In der Literatur findet man sehr allgemein gehaltene, handlungspraktische Konzepte dazu, wie z.B. die Lebensweltorientierung, die Sozialraumorientierung, Ressourcenorientierung,... usw., die die Sozialarbeit näher

erläutern sollen. Diese sind entweder sehr abstrakt oder aber sehr detailliert und spezifisch beschrieben. (vgl. HEINER 2004: 24 – 38)

Ein weiteres typisches Merkmal ist die KlientInnenzentrierung. An oberster Stelle für SozialarbeiterInnen sollten die Interessen der KlientInnen, also das Individuum bzw. Angehörige dieser und die Problemlösung stehen, aber auch die Anliegen der Institution, in der sie arbeiten, und der Gesellschaft. (vgl. LEBERT 1991: 92 – 118)

Auch die Vernetzung zwischen den Einrichtungen und der Lebenswelt, den KlientInnen und der Gesellschaft stellt ein wichtiges Kennzeichen der Sozialarbeit dar. Und im Zuge dessen Konflikte zu ebnet und diese zu reflektieren. Wobei es sich SozialarbeiterInnen zur Aufgabe gemacht haben, ihren KlientInnen die „Gewährleistung von Normalität“ anstelle von Anpassung, Unterdrückung und Kontrolle zu garantieren. (vgl. HEINER 2004: 24 – 38)

Und auf Basis dieser Vernetzung ermöglicht Sozialarbeit Leistungen, die weder der vorherrschende Markt an Güter-, Arbeits- und Dienstleistungsmöglichkeiten, noch das private Umfeld ausgleichen können. (vgl. ERLER 1993: 115 – 118)

So fungiert Soziale Arbeit heutzutage als positiv beeinflussende Vermittlung zwischen den Ansprüchen der Gesellschaft und dem Verlangen bzw. den eigenen Fähigkeiten der einzelnen Mitglieder. Wobei zu erwähnen ist, dass sich Soziale Arbeit seit den 90er Jahren an den Grundpfeilern der Dienstleistung orientiert und auch nicht mehr so stark Bezug zu anderen Fachdisziplinen nimmt. (vgl. HEINER 2004: 24 – 38)

Nach vermehrten Drängen gibt es seit den 90er Jahren sehr wohl eine eigene Sozialarbeitswissenschaft, die das gesamte theoretische Wissen und praktische Handlungskonzepte der Sozialen Arbeit in einer eigenständigen Disziplin vereint und nicht (nur) aus anderen Fachdisziplinen entlehnt. (vgl. ERLER 1993: 115 – 118)

I.8.2 Kennzeichnende Unterschiede von Sozialarbeit zu anderen Professionen im psychiatrischen Kontext

Der Sozialarbeit steht im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen eine Reihe von Arbeitshilfen zur Verfügung. SozialarbeiterInnen können ihre Methoden, Arbeitsweisen und Probleme in der Supervision reflektieren und in der Dokumentation erläutern und niederschreiben. (vgl. MÜLLER 2006: 325 – 328)

Ein weiteres sehr wesentliches Kennzeichen der Sozialen Arbeit ist, im Unterschied zu anderen Professionen auf der Psychiatrie, dass sie, bedingt durch die wechselseitige Einflussnahme der Probleme aufeinander, mit vielen sozialen Konflikten konfrontiert ist. Das Resultat sind viele unterschiedliche Handlungsfelder der Sozialen Arbeit, die SozialarbeiterInnen ein hohes Maß an Flexibilität und Professionalität abverlangen. (vgl. ERLER 1993: 115 – 118)

Widersprüchlichkeiten sind auch ein sehr charakteristisches Merkmal der Sozialarbeit und löst, im Gegensatz zu anderen Professionen, oft große Wellen und Kritik aus. Aufgrund von Widersprüchlichkeiten in der Sozialarbeit, wie auf der einen Seite die Rückschritte und auf der anderen Seite die neuen Ansätze, sollte der Kern der Sozialarbeit auf der Psychiatrie hinterfragt werden. Außerdem sollte die Funktion von Sozialarbeit und ihre Handlungsorientierung reflektiert werden. (vgl. THIERSCH, OTTO 2002: 29 – 32)

Aber das Managen von Widersprüchen, wie das Vermitteln zwischen Individuum und Gesellschaft, System und Lebenswelt, zählt zugleich zu den wichtigsten professionellen Fertigkeiten in der Sozialen Arbeit. (vgl. HEINER 2004: 24 – 38)

Aber auch äußerlich sichtbare Kennzeichen unterscheiden die Sozialarbeit von anderen Berufsgruppen, wie aus den Beobachtungsprotokollen hervorgeht. Die SozialarbeiterInnen am Otto Wagner Spital tragen während ihrer Arbeitszeit keinen „weißen Kittel“ wie ÄrztInnen, keine weiß-blau gestreiften Oberteile und weiße Hosen, wie das Pflegepersonal und weiße Ober- und Unterteile, wie das Pflegepersonal oder grüne Uniformen, wie das Reinigungspersonal. Sie tragen auch keine Utensilien, wie Stetoskope,

Spritzen, Tabletten oder andere Hilfsmittel bei sich. Jedoch bildet hier der Pavillion 2, wegen der Tatsache dass dieser eine Langzeitstation ist, eine Ausnahme, hier tragen keine ProfessionistInnen Uniformen, weder ÄrztInnen, Pflegepersonen, noch anderes Personal. Die beiden Sozialarbeiterinnen auf den Pavillions 2 und 24/2 sind eher leger gekleidet, meistens in Jeans, einfarbigen Pullover und T-Shirts, haben Hausschlappen und Lederschuhe bzw. Stiefel an, haben oft ihren Terminkalender, Sozialanamneseblätter, PatientInnenunterlagen, Kugelschreiber und anderes Schreibmaterial bei sich. (Beobachtungsprotokoll vom 20.4. – 22.4.2007)

I.8.3 Kennzeichen und Merkmale in der Geschichte von Sozialarbeit in der Psychiatrie und im Krankenhaus

Im folgenden Abschnitt werden einige Kennzeichen und Merkmale von Sozialarbeit im Krankenhaus und der Psychiatrie anhand der verschiedenen Epochen beleuchtet. Hier spiegeln sich die diversen Einflüsse auf die Sozialarbeit wider. Außerdem wird der Forschungsfrage bezüglich der Geschichte der Sozialarbeit in der Psychiatrie nachgegangen und im Hinblick auf die Hypothese beantwortet.

Die Einflüsse auf die Sozialarbeit ergeben sich aus geschichtlichem Hintergrund, sozialpolitischen und gesellschaftlichen Entwicklungen und Reformierungen. Sie sind die Hauptursachen für das breite Aufgaben- und Anforderungsfeld der Sozialen Arbeit. Diese Bandbreite der Tätigkeiten und der Vielfältigkeit ihrer Zuständigkeiten gelten bis heute als Spezifika der Sozialen Arbeit.

I.8.3.1 Vorkommen geschichtlicher Kennzeichen und Merkmale von Sozialarbeit?

Gibt es überhaupt Hinweise auf Charakteristika der Sozialarbeit in deren Geschichte bzw. zeigt die Sozialarbeit aufgrund ihrer Geschichte gewisse Kennzeichen und Merkmale? Hierzu wurde die Fragestellung „Gibt es in der Geschichte der Sozialarbeit im psychiatrischen Kontext Kennzeichen und Merkmale?“ formuliert, der in dieser Arbeit nachgegangen werden soll.

Anhand der Erläuterungen zur Geschichte der Sozialarbeit im Krankenhaus und der Psychiatrie und der Erkenntnisse daraus kann man folgende Vermutung aufstellen:

Hypothese 1: „Die Sozialarbeit im psychiatrischen Handlungsfeld hat sehr wohl einige Kennzeichen und Merkmale, die sie bereits in ihrer Geschichte aufweist.“

I.8.3.2 Im Zeitraum von den Anfängen der Sozialarbeit bis zum 1.WK

Die genauen Tätigkeiten der SozialarbeiterInnen, früheren HelferInnen und FürsorgerInnen im Krankenhaus und der Psychiatrie, sind schwer einzugrenzen, da sie damals, wie heute auch noch allzuständig agierten. Sozialarbeit suchte schon zu ihren Anfängen das Gespräch zu notleidenden Menschen, veranlasste Hilfsangebote, baute Netzwerke auf und kümmerte sich sowohl um den einzelnen Menschen, wie auch um Verbände.

- ❖ Damals wie heute hatten sozialarbeiterische Maßnahmen, neben der ärztlichen Behandlung, das Ziel den PatientInnen materielle und soziale Grundsicherung zur Verfügung zu stellen, damit diese wieder ihrer Arbeit nachgehen konnten.
- ❖ Die Hilfsangebote von Krankenhaussozialarbeit in damaliger Zeit galten vor allem Menschen in wirtschaftlicher Not, Obdachlosen und Menschen nach einem Suizidversuch.
- ❖ Schon zu Beginn sozialarbeiterischer Tätigkeiten im Krankenhaus wurde ein wirtschaftlicher Vorteil in der Verkürzung der Aufenthaltsdauer und somit eine Kostenersparnis für das Krankenhaus erkannt. (vgl. ANSEN et al. 2004: 117 – 120)

I.8.3.3 In der Zeit nach dem 2. WK

Die Zeit während des ersten und zweiten Weltkrieges zu erörtern macht im Zusammenhang mit sozialarbeiterischen Wirken wenig Sinn, da die Sozialarbeit nicht ihren professionsgerechten Zielen nachgehen konnte, weil diese vom Regime reglementiert wurden. Nach 1945 kommt es zur Reformierung der Sozialarbeit:

- ❖ Nach 1945 sieht sich die Sozialarbeit im Krankenhaus und dem psychiatrischen Kontext vor einer Veränderung, sie bietet den PatientInnen nicht mehr nur soziale und materielle Unterstützung an, sondern setzt auch rehabilitative Angebote und berät bei psychosozialen Problemen.
- ❖ Ein wesentliches Kennzeichen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus, wie auch in der Psychiatrie, nach dem zweiten Weltkrieg ist der Umgang mit dem Doppelten Mandat, da sie nun vor allem auf die Anliegen der einzelnen PatientInnen eingeht, aber gleichzeitig weiterhin die Interessen der Institution wahrt.
- ❖ Nach der Erschaffung von externen Einrichtungen für Pflege, Rehabilitation und Beratung wurde Sozialarbeit vor allem auch die Aufgabe zuteil, die PatientInnen an diese zu vermitteln. Das Entlassungsmanagement wird somit ein wichtiges Aufgabenfeld der Sozialarbeit in der Psychiatrie und im Krankenhaus. (vgl. ANSEN 2004: 121- 123)

I.8.3.4 Im Zeitraum von 1970 bis Ende des 20. Jhdts.

In den Jahren 1960 bis 1970 kam es zu einer der größten Psychiatrie-Novellierungen in der Geschichte Europas. Auch die Sozialarbeit, ihre Maßnahmen und Ziele waren davon betroffen und wurden reformiert. Aber auch heute passen sich sozialarbeiterische Methoden und Zielsetzungen den gesellschaftlichen, institutionellen und sozialen Veränderung ständig an.

- ❖ Um 1970 forderten ÄrztInnen in Deutschland und Österreich die Einstellung von mehr sozialem Betreuungspersonal für PatientInnen.
- ❖ Gegen Ende des 20.Jhdts. veränderte sich das Aufgabengebiet der Sozialarbeit im Krankenhaus und der Psychiatrie. Die sozialen und persönlichen Hilfestellungen spielten im Arbeitsalltag der Sozialarbeit eine untergeordnete Rolle, dafür war sie eine wichtige Tür zu externen Versorgungs- und Betreuungssystemen geworden.

- ❖ 1975 nahm erstmals eine Sozialarbeiterin, Margret Mehs, den Vorsitz im Sozialarbeiter Dachverband ein. Die vielen Jahren zuvor wurden Vertreter der Medizin oder anderer Berufe diese Rolle zuteil.
- ❖ Aufgrund der Tatsache, dass ProfessionistInnen aus anderen Fachbereichen in den Verband eingegliedert worden waren, wussten diese von den Aufgaben, Zielen und Vorgehen der Sozialarbeit Bescheid. Dadurch wurde die sozialpolitische Einflussnahme der Sozialarbeit gesteigert.
- ❖ Nach 1975 änderte sich jedoch der Einfluss in den sozialpolitischen Markt. Da 2001 auch der letzte einer anderen Verbandsgruppe Angehörige aus dem Verband der SozialarbeiterInnen ausstieg.
- ❖ Öffentlichkeitsarbeit und die Einflussnahme im politischen Geschehen der Sozialarbeit führten schließlich dazu, dass die Vereinigung wieder Mitglieder anderer Fachverbände und Institutionen für sich gewinnen konnte und so entstanden wichtige Kontakte.
- ❖ Im Laufe der Zeit wurden und werden auch heute noch die Maßnahmen zur Professionalisierung Sozialer Arbeit den neuen Umständen angepasst. Die Basisseminare für NeueinsteigerInnen in die Arbeitsgebiete der Sozialarbeit blieben und bleiben aber in alter Form erhalten.
- ❖ Ein wichtiges historisches Kennzeichen sei abschließend noch erwähnt, nämlich dass der soziale Dienst im Krankenhaus und der Psychiatrie ausschließlich durch das Mitwirken von Frauen entstand und diese auch die Krankenhausgeschichte stark prägten. Männer sind erst seit den 70er Jahren im Krankenhaussozialdienst tätig.
(vgl. ANSEN 2004: 123 – 126)

I.8.3.5 Erkennen von geschichtlichen Kennzeichen und Merkmalen von Sozialarbeit im Krankenhaus und der Psychiatrie

Auf der Grundlage der geschilderten, literarisch belegten Tatsachen über das Vorkommen, das Auftreten, die Veränderungen und die Besonderheiten der Geschichte der Sozialarbeit in der Psychiatrie, lässt sich der Schluss ziehen, dass Sozialarbeit sehr wohl in ihrer Geschichte im psychiatrischen Arbeitsfeld Kennzeichen und Merkmale inne hatte und sehr viele dieser bis heute für sie typisch

sind. Begründen ist dies damit, dass die Sozialarbeit heute, wie damals für die Sicherung der sozialen und finanziellen, sowie der persönlichen und psychosozialen Bedürfnisse, die Vernetzungsarbeit zwischen Psychiatrie und externen Einrichtungen, die Nachsorge zuständig ist und sich seit ihrer Geschichte mit dem Doppelten Mandat, der typischen Zuschreibung des Berufsbildes auf Frauen und der geringen sozialpolitischen Einflussnahme gefordert sieht.

Die Hypothese „Die Sozialarbeit im psychiatrischen Handlungsfeld hat sehr wohl einige Kennzeichen und Merkmale, die sie bereits in ihrer Geschichte aufweist.“ ist somit zu bestätigen.

I.8.4 Ausblick in die Zukunft der Sozialarbeit im psychiatrischen Handlungsfeld

Anhand von historischen Ereignissen und Erkenntnissen daraus, lassen sich Schlüsse für die Zukunft der Sozialarbeit auf der Psychiatrie ziehen.

Um mehr Zufriedenheit für sich selbst und mehr Achtung von anderen Berufsgruppen zu bekommen, wäre es für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie hilfreich, sich auf das eigene Metier zurück zu besinnen. Damit gemeint ist, dass die Sozialarbeit im multiprofessionellen Team darauf achten sollte, sich für *das Soziale* zuständig zu fühlen. Dabei sollte die Soziale Arbeit alle sozialen Hilfsmittel, die ihr zur Verfügung stehen, in ihren Bereich einfließen lassen und nutzen. (vgl. CLAUSEN et al. 1996: 110 – 113)

Aber auch die gleichzeitige Orientierung der Sozialarbeit am Zeitgeist ist für sie von Vorteil. Aktuell sieht sich die Profession gefordert mit Problemen von nichterfüllten Lebenschancen, Ausgrenzung, Stigmatisierung und der Bewältigung von Aufgaben der heute so veränderten Normalität. Um sich diesen Herausforderungen stellen zu können, bedarf es Theoriemodellen, Forschung, Professionalität und Lehre. (vgl. THIERSCH, OTTO 2002: 179 – 180)

Diese veränderten Lebensumstände bringen es mit sich, dass ein kurzer Aufenthalt in einem Krankenhaus oder eine wirklich sinnvolle ambulante Betreuung nur dann für

die meisten PatientInnen zum gewünschten Resultat führten, wenn die medizinische Behandlung mit einer verlässlichen sozialen und pädagogischen Unterstützung verbunden ist. Dadurch kann die Sozialarbeit in ihrer Profession zuversichtlicher und selbstbewusster und die Mediziner können kooperativer werden, die Psychiatrie wird letztlich kleinräumiger. Somit kommt zu einer Annäherung aller Berufsgruppen an die Sozialarbeit.

Aber auch anhand von Qualitätskontrollen in der Psychiatrie ist die Sozialarbeit in der Gegenwart, wie auch in der Zukunft dazu aufgerufen, ihre Profession anhand von Qualitätsmerkmalen, wie „Dokumentation“, „Fortbildung“, „Evaluation“ und „Supervision“ sichtbar und nach außen hin transparent zu machen. So kann sie sich auch in Zukunft auch gegenüber anderen Berufssparten profilieren. (vgl. CLAUSEN et al. 1996:110 - 113)

I.8.5 Häufige Merkmale von Sozialarbeit im Psychiatrie- und Krankenhauskontext

Die Sozialarbeit hat im Umgang bzw. Betreuung von psychisch kranken Menschen eigene Leitperspektiven vorzuweisen, muss aber dennoch die rechtlichen und behandlungsorientierten (internen) Richtlinien, wie die verschiedenen Klassifikationen, der klinischen Psychiatrie kennen und akzeptieren.

Die medizinischen Klassifikationen, wie die „International Classification of Disease“ (ICD-10) oder das „Diagnostisch und Statistische Manual für Psychische Störungen“ (DSM –IV), bilden die rechtliche und die finanzielle Absicherung für die medizinische und therapeutische Betreuung, in diese Sparte die sozialarbeiterischen Interventionen fallen. (vgl. DÖRR 2005: 79 – 80)

Gesundheitsförderung bildet dabei den entscheidenden Leitfaden und auch gleichzeitig das Ziel von Sozialarbeit im klinischen Kontext. Mit der vollen Unterstützung durch den Staat, gesundheitsfördernde Maßnahmen zu initiieren, wurde auch das Ziel Gesundheit für die Sozialarbeit ein wesentlicher Bestandteil im theoretischen wie praktischen Umgang. Sozialarbeit bestärkt ihr Klientel im Umgang

mit deren Gesundheitsbewusstsein, nämlich im Wissen und der Selbstbestimmung ihrer Gesundheit.

Grundvoraussetzung für professionelles und lösungsorientiertes sozialarbeiterisches Arbeiten in der Psychiatrie sieht DÖRR (2005: 82-91) in der Erhebung von verwertbaren biographischen Eckdaten des Klientels, um so dort anschließen zu können. Aber auch die Erfassung von Lebenslagen der PatientInnen und den möglichen Ressourcen gehören dazu.

Ein wichtiges Kennzeichen im Hinblick auf Sozialarbeit in der Psychiatrie ist das Anstreben auf eine Rückbesinnung von gemeinschaftlichen Möglichkeiten in einem System, in dem psychisch erkrankte Menschen sozial gerecht behandelt werden sollen. Psychisch Erkrankte in ihrer gewohnten Umgebung und ihrem familiären Umkreis zu unterstützen, stellt demnach das sozialarbeiterische Ideal dar. Ein vermehrter Einsatz von gemeindepsychiatrischer Betreuung würde dies noch forcieren.

Soziale Arbeit ist wenig gekennzeichnet durch Institutionalisierung. Dies birgt zwar Nachteile im Hinblick auf das Prestige der Sozialarbeit im sozialpolitischen Kampf, doch bringt es ihr in der Organisation der Arbeit mehr Flexibilität und Eigenregie ein. Somit ist auch die auf dem Gespräch beruhende frei gestaltete Arbeit mit dem Klientel gesichert.

Bei der Bewältigung von Problemkonstellationen und Schwierigkeiten stehen diesem Beruf Werkzeuge, wie Planung, Organisation und Durchführung von Interventionsmöglichkeiten, zur Verfügung. Für die Professionalität der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie sind die Kontrolle ihres Wissens, deren Verwendung, Vermittlung und die Evaluation wichtige Kriterien.

Zusammengefasst lässt sich die Sozialarbeit unter den Gesichtspunkten Begleitung und Beratung in alltäglichen Belangen und Hilfestellungen bei sozialen Netzwerken, Biographien und Beziehungen charakterisieren. Oberste Priorität für die Sozialarbeit in der Psychiatrie hat der Einzelfall.

I.8.5.1 Im Umgang mit PatientInnen und Krankheiten

In der Behandlung, Begleitung und Betreuung von PatientInnen zeigt die Sozialarbeit in der Psychiatrie typische Umgangs- und Handlungsweisen, die sie verfolgt, aber sie hat sich auch an Gegebenheiten, Vorgaben und Bedingungen zu halten:

- ❖ Die Leitung im Krankenhaus und der Psychiatrie ist eine ärztliche und der/die PsychiaterIn hat die Verantwortung für die PatientInnen und Vorkommnisse auf der Station allein zu tragen und nicht die SozialarbeiterIn oder ein anderes Fachpersonal. (vgl. CLAUSEN et al. 1996: 108 – 111)
- ❖ Die fachlichen Interessen und Wichtigkeiten von SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen gehen oftmals weit auseinander. Die Sichtweise des/der Arztes/Ärztin und das Erleben des/der PatientIn über die Krankheit bzw. das Kranksein gehen oftmals sehr weit auseinander. Das sozialarbeiterische Agieren und Intervenieren konzentriert sich auf die subjektiv erlebte Sichtweise des/der PatientIn und die ärztliche Sichtweise dient der Sozialarbeit als wichtiges Zusatzwissen. (vgl. ANSEN et al. 2004: 11 – 20)
- ❖ SozialarbeiterInnen in Krankenhäusern mit einer psychiatrischen Abteilung oder in einer psychiatrischen Klinik wird ein klar gesteckter Aufgabenbereich an der Psychiatrie zuteil, nämlich oft in einem eigenen Bereich bzw. Büro, eventuell etwas abseits, aber schon mit gewissen Privilegien, denn sie sind (meistens) zu keinem Schichtdienst verpflichtet und besitzen ihre eigenen Räumlichkeiten. Die Soziale Arbeit untersteht generell der Verwaltung in Österreich. (vgl. CLAUSEN et al. 1996: 108 – 111)

Auch am Beispiel des Otto Wagner Spitals lassen sich diese Aussagen bestätigen, denn die Büros der beiden Sozialarbeiterinnen liegen abseits der Station, das von Frau L. liegt direkt am Pav. 24/2, aber am Ende des Ganges und das der DSA Frau J. außerhalb der Station, in einem anderen Gebäude. Die Büros wirken aber sehr hell, einladend und freundlich und sind mit Türschildern und Professionsbezeichnungen versehen. Die Sozialarbeiterinnen haben fix geregelte Arbeitszeiten und keinen Schichtdienst, unterstehen der Krankenhausverwaltung und werden kaum für Versagen an der Station zur Rechenschaft gezogen. (Protokoll vom 20.4.2007)



Abb. 9: Türschild der Sozialarbeiterin Frau J.



Abb. 10: Die Tür zu den Büroräumen verschiedener ProfessionistInnen, wie der Sozialarbeit in dem externen Gebäude des Pavillons 2 (links)

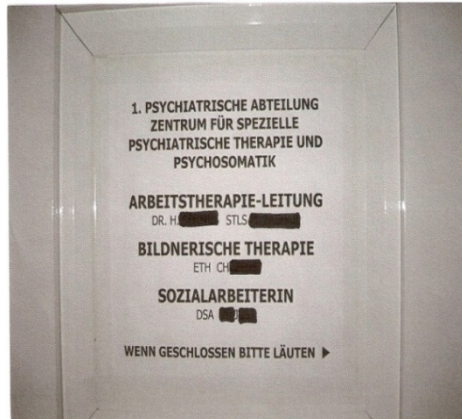


Abb. 11: die genaue Betitelung und Auflistung der Räumlichkeiten der ProfessionistInnen, hinter dieser Tür (rechts)



Abb. 12: Büro der DSA Frau J.



Abb. 13: Bürotür der DSA Frau L.



Abb. 14: Büro der DSA Frau L.

- ❖ Die Sozialarbeit sieht sich ständig gefordert die sozialen Konsequenzen der PatientInnen, die durch die Krankheit auftreten, zu kompensieren. Dies nennt man „sickness“, die Seite der Krankheit. Mit ihr gehen Rollenverluste, Stigmatisierungen und auch finanzielle Schwierigkeiten einher. (vgl. ANSEN et al. 2004: 11 – 20)
- ❖ Um diese zu bewältigen und überwinden zu können, geht die Sozialarbeit in ihrer professionellen Tätigkeit mit kranken Menschen auf die biographischen und lebensweltlichen Bezugspunkte, auf die sozialen Gegebenheiten und die Netzwerke der Betroffenen ein. (vgl. ANSEN et al. 2004: 18 – 20)
- ❖ Kennzeichen und wichtige Voraussetzungen der Sozialarbeit im Umgang mit PatientInnen der psychiatrischen Abteilungen sind Respekt voreinander, Grenzen des anderen zu wahren, Vertrauen zueinander aufzubauen, den Begriff Zeit und Umgang damit zu klären, mit Angst umgehen zu lernen und das Thema Gewalt, Gewaltvermeidung und Entlastungen. (vgl. CLAUSEN et al. 1996: 108 – 111)
- ❖ Neben diesen Anforderungen sieht sich die Sozialarbeit in einem Zwiespalt zwischen der Verkürzung der Aufenthalte der PatientInnen und der Erhaltung der fachlichen Standards ihrer Arbeit. (vgl. ANSEN et al. 2004: 21 – 35)
- ❖ Als ein negativ zu verzeichnendes Kennzeichen zählt die Erfahrung, dass die Kompetenzen der SozialarbeiterInnen häufig von ÄrztInnen und dem Pflegepersonal übergangen werden. (vgl. CLAUSEN 1996: 108-109)

Diese Schilderungen können anhand der Pavillione 2 und 24/2 des Otto Wagner Spitals nicht bestätigt werden, da die Entscheidungen und Sichtweisen der Sozialarbeiterinnen auf beiden Stationen sehr viel Achtung und Gehör von den ÄrztInnen und den PflegerInnen fanden. (Beobachtungsprotokoll vom 15. 4. 2007)

- ❖ Durch diese Tatsache, die ein strukturelles Problem darstellt, entsteht bei vielen SozialarbeiterInnen eine Unsicherheit, die sie durch therapeutische Zusatzausbildungen, kompensieren wollen. Sie erhoffen sich davon einen besseren beruflichen Status zu erlangen, doch der Statusgewinn aufgrund von therapeutischen Weiterbildungen hat bald seine Grenzen erreicht.
- ❖ SozialarbeiterInnen weisen im Umgang mit PatientInnen und Kontext Psychiatrie vielfältige und vielschichtige Fähigkeiten und Fertigkeiten auf. Anpassung und Kreativität in schwierigen Situationen, im Hinblick auf problematische Thematiken und auch die Fähigkeit in der Vernetzungsarbeit, Beratungsfähigkeiten, Angehörigenarbeit und der Gesprächsführung stellen Stärken der Sozialarbeit dar. (vgl. BIENZ, REINMANN 2004: 73 – 75)

I.8.5.2 In der Zusammenarbeit mit anderen ProfessionistInnen

Für das Arbeiten im Team, das sich zusammensetzt aus vielen verschiedenen Berufsgruppen, sind bestimmte Voraussetzungen und das professionelles Selbst- und Fremdverständnis der einzelnen Professionen von immenser Bedeutung. Grundsätzlich muss aufgrund eines fachlichen Basiswissens, das für alle ProfessionistInnen die Grundlage bildet, eine produktive Zusammenarbeit erwirkt werden.

SozialarbeiterInnen arbeiten in Spitälern und Psychiatrien mit zwei verschiedenen Teams zusammen, nämlich dem interdisziplinären bzw. auch genannt multiprofessionellen Team und dem SozialarbeiterInnen-Team. Die Krankenhaus-Sozialarbeit war immer schon angewiesen auf gute Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Die Eingliederung und die ständige Erweiterung der Sozialarbeit in den Spitälern und Psychiatrien und der Kontakt zu PatientInnen konnte nur mit der

Zustimmung von ÄrztInnen, Pflegekräften und der Verwaltung verwirklicht werden. Die bestmögliche Behandlung von PatientInnen kann nur aufgrund von gut ausgereifter interdisziplinärer Zusammenarbeit garantiert werden. (vgl. BIENZ, REINMANN 2004: 62 – 63)

SozialarbeiterInnen agieren also im Regelfall in einem multiprofessionellen Team, zusammen mit ÄrztInnen, Krankenschwestern und PflegerInnen, PsychologInnen und ErgotherapeutInnen. Sie treffen eher auf ProfessionistInnen aus anderen Fachbereichen, wie auf Ihresgleichen und müssen daher viel selbstständiger und besser organisiert arbeiten, als z.B. SozialarbeiterInnen in der Jugendarbeit, die häufiger unter sich sind. (vgl. CLAUSEN et al. 1996: 108 – 111)

Auch ANSEN (2004: 21 – 35) nennt im Zusammenhang mit Kooperationspartner der Sozialarbeit in der Psychiatrie und Krankenhaus zu aller erst ÄrztInnen und Pflegekräfte, aber auch andere Berufsgruppen, wie Seelsorger, Logopäden, Ergotherapeuten, Psychologen u.a. Des Weiteren wird ebenfalls Kontakt zur Verwaltung, besonders zur Pflegeadministration, gehalten.

Aufgrund der engen Zusammenarbeit mit anderen ProfessionistInnen und deren Fachverständnis, sieht sich die Sozialarbeit in den Handlungsfeldern Psychiatrie und Krankenhaus mit vielfältigen Denkmustern und Theorien konfrontiert. (vgl. CLAUSEN et al. 1996: 108 – 111)

I.8.5.3 In der Beziehungsarbeit mit Angehörigen

Wichtig für die Sozialarbeit in den Arbeitsfeldern Psychiatrie und Krankenhaus ist das Wissen über den Umgang der betroffenen Menschen selbst mit der Krankheit und deren Fähigkeiten und Fertigkeiten, die sie trotzdem inne haben, aber auch die Defizite, die die Krankheit mit sich bringt.

Der Umgang der Angehörigen und des Umfeldes mit der Krankheit des/der Betroffenen ist für die Sozialarbeit von immenser Bedeutung. Chronisch Kranke und Menschen mit einer psychischen Störung erfahren einen enormen Rückschlag in

ihrem Leben und vor allem in ihrer Lebensqualität und sind nun auf die Hilfe von anderen angewiesen. (vgl. ANSEN 2004: 17 – 20)

Hier obliegt es den SozialarbeiterInnen Netzwerke für die betroffenen Menschen zu sichern und aufzubauen, sodass ein geregeltes und menschenwürdiges Leben möglich ist. Nicht nur die Familie, Freunde und das nahe soziale Umfeld wird in die Beziehungsarbeit mit ein gebunden, sondern auch professionelle HelferInnen in Tagesstrukturen, ambulanten Diensten, Beschäftigungsprogrammen und Leistungsträgern.

I.8.6 Widersprüchlichkeiten als besonderes Kennzeichen der Sozialarbeit

In der täglichen Ausübung von Sozialarbeit kommt es immer wieder zu Anforderungen, die im Gegensatz zueinander stehen können und daher für die Sozialarbeit eine zusätzliche Herausforderung bedeuten. Widersprüchlichkeiten, die in der alltäglichen Praxis der Sozialarbeit vorkommen, stellen das Doppelte Mandat und der Umgang damit dar.

Das doppelte Mandat besagt, dass die Soziale Arbeit einerseits der Gesellschaft, andererseits den KlientInnen verpflichtet ist. Somit ist hier ein Gegensatz von Hilfe anbieten und Kontrolle ausüben gegeben. Daraus ergeben sich aber auch zwei unterschiedliche und auch widersprüchliche Anforderungen an die Profession Soziale Arbeit – von Seiten der Gesellschaft und von Seiten der KlientInnen:

1. Mitfühlend beizustehen, zu entlasten und eine vertrauensvolle Bindung einzugehen einerseits – aber zugleich auch Kontrolle auszuüben, zu disziplinieren und Sanktionen zu verhängen;
2. Aber auch die Anforderung, professionelle Verantwortung und Eigenständigkeit innezuhaben und gleichzeitig durch Vorschriften und Regeln eingegrenzt zu werden, also selbst von Fremdbestimmung betroffen zu sein. (vgl. HEINER 2004: 123 – 131)

Das doppelte Mandat bringt nicht nur Widersprüchlichkeiten mit sich, sondern kann auch weitere Folgen haben. Eine Ursache für die Identitätsprobleme der Sozialarbeit könnte im „Doppelten Mandat“ liegen. Die Sozialarbeit soll sich sowohl um die Interessen der KlientInnen kümmern, wie auch um die der Gesellschaft, nämlich die KlientInnen in diese zu integrieren und ihr Norm- und Wertverständnis aufzubessern. (vgl. BIENZ, REINMANN 2004: 54)

Eng verwandt mit dem doppelten Mandat ist auch das Spannungsverhältnis Erziehung und Therapie versus mehr Kontrolle. Wahrscheinlich ist, dass dieser Widerspruch, wie das doppelte Mandat, zu den Grundvoraussetzungen von Sozialarbeit gehört, da wir diese schon in ihrer Entstehungsgeschichte finden. (vgl. HERING, MÜNCHMEIER 2000: 233 – 236)

Das doppelte Mandat und der Gegensatz Erziehung, Therapie und Kontrolle sind aber nur zwei der vielen Paradoxien mit denen die Sozialarbeit im Professionalisierungsprozess zu kämpfen hat. Weitere Gegensätze sind pädagogisches vs. bürokratisch-rechtlichem Handeln, Helfen vs. Kontrollieren, fremdbestimmendes Verhalten vs. selbstbestimmtes Verhalten, mitfühlende vs. professionelle Beziehung, wissenschaftliches Verstehen und praktisches Agieren, theoretisches Wissen vs. situatives Fallverständnis und einige mehr. Diese Gegensätze werden immer mehr mit dem Begriff „Ambivalenz“ entschärft. Von Gegensätzen ist kaum mehr die Rede. (vgl. HEINER 2004: 25 – 30)

I.8.7 Professionalität bzw. Professionalisierungsprozess als ein Kennzeichen von Sozialarbeit in der Psychiatrie

Da die Sozialarbeit in der psychiatrischen Geschichte sehr jung ist und die Professionalisierung nur bis ins vorige Jahrhundert zurückgeht, gestaltet sich die Betrachtung der professionellen sozialarbeiterischen Tätigkeit in der Psychiatrie nicht einfach. Des Weiteren gehen die Fachmeinungen, ob Sozialarbeit in der Psychiatrie überhaupt als Profession gewertet werden kann, sehr weit auseinander.

Sozialarbeit in der Psychiatrie stellt eine Dienstleistung in Fragen bezüglich der

Kommunikation und Interaktion, des Normverhaltens, der Leistung und auch bei Defiziten in der Lebensgestaltung dar. Sie nimmt damit die traditionelle Rolle von Familienverbänden, Nachbarschaft, Kirchen und Bürgerinitiativen, sowie Verbänden und Parteien, ein. Zu früherer Zeit kümmerten sich vor allem Frauen um die Familien und die Nachbarschaft, heutzutage sind es wieder vor allem Frauen in ihrer Profession als SozialarbeiterInnen, die diese Leistungen erbringen. (vgl. DEWE et al. 2002: 191 – 193)

Heutzutage müssen wir uns aber die Frage stellen, was die Profis von den traditionellen Ausführenden und von den Laien unterscheidet und welche Auswirkungen es auf die Art und Qualität sozialer Beziehungen hat, wenn diese professionell ausgeübt werden.

Sozialarbeit in der Psychiatrie ist eine Dienstleistung, die unter schwierigen, komplexen Bedingungen und mit vielen Berufsgruppen und Organisationen auf mehreren Ebenen arbeitet. Sie agiert, reagiert, unterstützt und organisiert, sie koordiniert und vernetzt. Diese Verantwortung und Aufgaben wären für einen Laien eine tägliche Überanstrengung und Belastung.

In Bezug auf Professionalität und Methodik der Sozialarbeit in der Psychiatrie ist zu bedenken, dass die alten Methodenkonzepte, wie Einzelfallhilfe, Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit versuchten, eine Struktur in die Sozialarbeit zu bringen. Diese Ordnung löste sich aber durch die Methodenkritik der 70er Jahre auf und führte dazu, dass sich das Problem- und Aufgabenbewusstsein der Sozialarbeit öffnete. Seit diesem Zeitpunkt kam es zu vielfältigen Reformierungen in der Methodik der Sozialarbeit. (vgl. DEWE et al. 2002: 194 – 201)

Aber nicht nur der Professionalisierungsprozess an sich ist von immenser Bedeutung für die Sozialarbeit, sondern auch die Darstellung ihrer Fähigkeiten für andere Berufsgruppen, Außenstehende, Vorgesetzte und PatientInnen.

Sozialarbeit braucht sich nicht zu verstecken, denn das Soziale an sich ist eine sehr wesentliche Qualität und ein wichtiger Aspekt von Gesundheit und so ist ihr auch die Wertschätzung anderer sicher. (vgl. BIENZ, REINMANN 2004: 73 - 75)

II. Empirischer Teil

II.1 Forschungsfragen, Forschungsthematik

Die Hauptfragestellungen dieser Diplomarbeit schlüsseln sich folgendermaßen auf:

4. „Kann man Sozialarbeit in der Psychiatrie sowohl ´inhaltlich´ wie auch ´äußerlich´ - am Bsp. Otto Wagner Spital (Pav. 2 und Pav. 24/2) - charakterisieren?“
5. „Gibt es typische Kennzeichen bzw. Merkmale für die Sozialarbeit auf der Psychiatrie sowohl ´inhaltlich´ wie auch ´äußerlich´ - am Bsp. Otto Wagner Spital (Pav. 2 und Pav. 24/2)?“
6. „Gibt es in der Geschichte der Sozialarbeit im psychiatrischen Kontext Kennzeichen und Merkmale?“

Wobei hier mit „inhaltlich“ in Bezug auf Kennzeichen und Merkmale die typischen Rahmenbedingungen, die Stärken und Schwächen, die Methoden und Arbeitsweisen, die Arbeit unter KollegInnen und anderen ProfessionistInnen, Hindernisse und Hilfestellungen der Sozialarbeit gemeint sind. Mit „inhaltlich“ ist alles den Beruf an sich, in die Tiefe gehend, gemeint.

„Äußerlich“ im Hinblick auf Kennzeichen und Merkmale betitelt die nach außen sichtbaren Zeichen der Sozialarbeit. Die Selbst- und Fremddarstellung der Sozialarbeit, die Schreibweisen, Formulierungen, Anreden der und an die Sozialarbeit und das Bild von Sozialarbeit in Informationsmedien und mittels Beobachtung.

An dieser Stelle ist noch anzumerken, dass ´äußerliche´ Kennzeichen und Merkmale ausschließlich aus den Forschungsergebnissen einfließen, da weder in der geschichtlichen, noch in der aktuellen Fachliteratur Darstellungsformen von Sozialarbeit erörtert werden.

Die Forschungsfragen sollen zur Erkenntnis führen, ob es überhaupt Kennzeichen und Merkmale der Sozialarbeit in der Psychiatrie gibt oder nicht. Und wenn doch, welche diese sein könnten. Die Beantwortung dieser Fragestellungen aufgrund von Literaturrecherche, -bearbeitung und Erkenntnisse daraus und der Auswertung der Forschungsergebnisse von Sozialarbeit am Otto Wagner Spital, die Pavillione 24/2 und 2 psychiatrische Abteilung betreffend, stellen das Ziel dieser Arbeit dar.

Als Forschungstechnik wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Phillip Mayring für die Begutachtung von internen und externen Schriftstücken in der Forschungsauswertung Teil 1 und von Schriftstücken und Medien in Teil 2 verwendet.

II.2 Forschungsergebnisse „Kennzeichen und Merkmale von Sozialarbeit am Otto Wagner Spital (Pav. 2 und 24/2)“

Die Forschungsauswertung und deren Ergebnisse gliedern sich in zwei Teile, nämlich die Auswertung der internen und externen Schriftstücke der Sozialarbeiterinnen mit ExpertInnen und ProfessionistInnen und zweitens die Beleuchtung von Informationsmittel und –medien auf den Pavillions 2 und 24/2 im Hinblick auf die Sichtbarkeit und Kennzeichen und Merkmale der Sozialarbeit darin mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Phillip Mayring.

II. 2.1 Erster Forschungsteil

Anhand der Methode von Qualitativer Inhaltsanalyse nach Phillip Mayring habe ich alle mir von beiden Sozialarbeiterinnen der Pavillions 2 und 24/2 zur Verfügung gestellten internen (im Otto Wagner Spital), wie externen (außerhalb des Otto Wagner Spitals) Schriftstücke, rund 200 Stück, beleuchtet und ausgewertet. Im Hinblick, ob sich darin sowohl inhaltliche, wie auch äußerliche Erkennungsmerkmale finden lassen, wurden die Forschungsergebnisse im Anschluss interpretiert.

II. 2.1.1 Beschreibung der Forschungsobjekte

Mit Schriftstücken ist der Schriftverkehr innerhalb und außerhalb des Otto Wagner Spitals gemeint, also intern und extern vom Krankenhaus. Beleuchtet werden Schreiben der SozialarbeiterInnen unter sich, mit dem multiprofessionellen Team, der Verwaltung, Finanzabteilung intern und den Leistungsträgern, Behörden, Gerichten, Rechtsanwälte, Vereinen, Hilfsorganisationen, ambulante und stationäre Einrichtungen der Nachsorge und Angehörigen von PatientInnen extern.

Die Schriftstücke sind in Form von E-Mails und Faxe, in den seltensten Fällen als Brief verfasst worden. Sie wurden direkt von den Sozialarbeiterinnen versendet und direkt an diese ohne Umwege über Dritte, wie ÄrztInnen, Pflegepersonal adressiert.

II. 2.1.2 Hypothesenbildung

Nach dem genauen Durchleuchten zweier Schriftstücke, die nach dem Zufallsprinzip aus dem Schriftverkehrs der beiden Sozialarbeiterinnen mit externen Kooperationspartnern stammen, erscheint es sinnvoll und notwendig, auch im Hinblick auf die Vermutung der Ergebnisse der Forschungsfragen, Hypothesen aufzustellen. Eine Hypothese kann sich als falsch erweisen, wenn mehrere Indizien gegen die Hypothese sprechen.

Hypothese 2: „Sozialarbeit ist in der Psychiatrie am Bsp. der zwei Pavillions am OWS schwer fassbar bzw. schwer zu kategorisieren.“

Hypothese 3: „Es gibt nur einige wenige typische Kennzeichen und Merkmale der Sozialarbeit auf den zwei Pavillions am OWS.“

II. 2.1.3 Analyseeinheiten der Forschung

1. Kodiereinheiten

Kleinsten Materialbestandteil, minimaler Textteil zur Auswertung der Forschung;

1. „Kategorisierung der Sozialarbeiterin von PatientInnen-Eigenschaften in den Aufzeichnungen (intern)“

Ankerbeispiel 1a:

„Name, Versicherungs-Nr.“

Ankerbeispiel 1b:

„Einzeltherapeut/in“

2. „Jede vollständige schriftliche Aufzeichnung über Bitten, Erläuterungen und Erklärungen gerichtet an die Sozialarbeiterin, sowie Anreden bzw. Verabschiedungen an die Sozialarbeiterin (intern und extern)“

Ankerbeispiel 2a:

„Sehr geehrte Frau L.“

„Mit freundlichen Grüßen die MitarbeiterInnen des Fonds Soziales Wien“

Ankerbeispiel 2b:

„Informationen zu den Leistungen und Angeboten des Fonds Soziales Wien finden Sie auch im Internet unter www.fsw.at.“

3. „Jede vollständige schriftliche Aufzeichnung über Anreden bzw. Verabschiedungen der Sozialarbeiterin und Ausführungen, Bitten und Erklärungen der Sozialarbeiterin (intern und extern)“

Ankerbeispiel 3a:

„Sehr geehrte Frau J.!“

„Mit freundlichen Grüßen

Frau L.

Sozialarbeiterin, Tel. 123“

Ankerbeispiel 3b:

„Da Frau C. seit 03.03. 2005 stationär im Otto Wagner Spital aufgenommen ist, ist es ihr derzeit nicht möglich persönlich zu einer Untersuchung in die Pensionsversicherungsanstalt zu kommen.“

2. Kontexteinheiten

Größter Bestandteil aus einem Text;

1. Anamneseblätter der Sozialarbeiterinnen auf den Pavillions 2 und 24/2, die intern verfasst wurden:

Ankerbeispiel 1:

Sozialanamneseblatt der Sozialarbeiterin Frau J. vom Pav. 2:

„SOZIALANAMNESE:

Formular 14/ Sept. 03

17. 11. 06

*Name, Versicherungs-Nr., Wohnadresse,
Einzeltherapeut/in, Intensivbetreuer/in,
Staatsangehörigkeit, Geburtsdatum, Led., verh., gesch., Pav. 2 seit:, OWS seit:,
Aufenthalt vorher:, Diagnose
Wohnen, Mietbetrag/ Betriebskosten, Wohnvergangenheit
Familie/ wichtige Bezugspersonen, Einkommen (Einkommen derzeit, Einkommen vor
dem Aufenthalt)
Schule/ Ausbildung, Arbeit/ Tagesstruktur, Schulden
Soziale Betreuung außerhalb des Krankenhauses“*

2. Eine vollständige E-Mail, ein Brief bzw. ein Fax, das an die Sozialarbeiterin geschickt wurde, sowohl intern, als auch extern:

Ankerbeispiel 2:

vom Fonds Soziales Wien an die Sozialarbeiterin Frau L. vom Pav. 24/2:

„Fonds Soziales Wien, Guglgasse 7-9, 1030 Wien

Otto Wagner Spital, Pav. 24/2

Frau L.

Baumgartner Höhe 1

1140 Wien

Sehr geehrte Frau L.,

Wien, 03. 05. 2007

herzlichen Dank für ihr Interesse an den Angeboten des Fonds Soziales Wien! Die von ihnen gewünschten Unterlagen sind diesem Schreiben beigelegt. Informationen zu den Leistungen und Angeboten des Fonds Soziales Wien finden Sie auch im Internet unter www.fsw.at.

Mit freundlichen Grüßen

die MitarbeiterInnen des Fonds Soziales Wien“

3. Eine vollständige E-Mail, ein Brief bzw. Fax, das von einer der zwei Sozialarbeiterinnen verfasst wurde und intern oder extern verschickt wurde:

Ankerbeispiel 3:

*Von der Sozialarbeiterin Frau L. vom Pav. 24/2 an die
Pensionsversicherungsanstalt:*

„An Pensionsversicherungsanstalt

1020 Wien

Betreff: Patientin Frau C. Vers.Nr. 234

KAV- Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime

Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe

Otto Wagner-Spital mit Pflegezentrum

5.Psychiatrische Abteilung Prim. Dr. W.

Stationsleiter Pav. 24/2, Akut-Aufnahmestation Dr. P.

Baumgartner Höhe 1

A-1145 Wien

Sehr geehrte Frau J.!

Wien, 5.4.2005

*Der Vollständigkeit halber möchte ich nochmals schriftlich festhalten, was wir am
1.4.2005 telefonisch vereinbart haben: Da Frau C. seit 03.03. 2005 stationär im Otto
Wagner Spital aufgenommen ist, ist es ihr derzeit nicht möglich persönlich zu einer
Untersuchung in die Pensionsversicherungsanstalt zu kommen. Ein Arztbrief wird zur
Vorlage erstellt werden. Von Ihrer Seite wurde Frau C. deshalb für den
Untersuchungs-Termin am 4.4.2005 entschuldigt.*

Mit freundlichen Grüßen

Frau L.

Sozialarbeiterin, Tel. 123“

3. Auswertungseinheiten

Bestimmt die Reihenfolge der Textteile zum Auswerten.

Die Schriftstücke werden ganz allgemein von vorne nach hinten, jedes einzeln beleuchtet.

1. Die Auswertung der internen Schriftstücke wird als erstes durchgeführt, anschließend ist die Analyse der externen Aufzeichnungen an der Reihe.
2. Die genaue Reihenfolge kann man der Beschreibung der Kodiereinheiten (s.o.) entnehmen.

II. 2.1.4 Art der Analyse, Grundform des Interpretierens

Es gibt drei Unterteilungsmöglichkeiten, nämlich in Zusammenfassung oder Explikation oder Strukturierung. Für die Auswertung dieser Forschungsunterlagen erscheint die qualitative Technik der Strukturierung am sinnvollsten, wobei das Ziel ist eine bestimmte Struktur aus den Schriftstücken herauszufiltern. Dies schafft man indem man einen Querschnitt durch das gesammelte Material macht und diese aufgrund der oben aufgezählten Kriterien bewertet.

Die hier gewählte Form der Auswertung ist im engsten Sinne eine „inhaltliche Strukturierung“. Dies meint, dass das Material auf bestimmte Thematiken und Inhalte hin betrachtet, gefiltert und zusammengefasst wird. (vgl. MAYRING 2000: 57-59, 82-85)

II. 2.1.5 Rücküberprüfung der Kategorien

Anhand des Auswertungsmaterials und der theoretischen Fragestellungen wurden die Analyseeinheiten nochmals überdacht und auf ihre Sinnhaftigkeit und Genauigkeit überprüft und wurden ein wenig abgeändert. Diese Version der Kodiereinheiten und Kontexteinheiten wurde bereits erläutert (s.o.).

II. 2.1.6 Forschungsergebnisse erster Teil

1. Anamneseblätter der Sozialarbeiterinnen der beiden Pavillions – ad Kontexteinheit 1

Die Bereiche „Wohnen, Arbeit, Finanzen, soziales Umfeld/Familie, Betreuung außerhalb des Krankenhauses“ sind die Hauptkategorisierungen in den Sozialanamneseblättern der Sozialarbeiterinnen beider Pavillions.

Aber auch „Name, Staatsbürgerschaft, Familienstand, Geb.Datum, Diagnose, Therapie, Schulden/Rückstände und Betreuungseinrichtungen“ sind in beiden Sozialanamneseblättern zu finden. Um diese Thematiken geht es vor allem in ihren Aufzeichnungen, die sie aufgrund von PatientInnen-Gesprächen erstellen. Anhand dieser können sie gemeinsam mit PatientInnen Defizite ausgleichen bzw. Bedrohungen verhindern.

Erhebungen, die nur die Sozialarbeiterin Frau L. auf Pavillion 24/2, vornimmt sind solche über die „Möbilität, die Sprache, die Fähigkeit sich um die eigenen Bedürfnisse zu kümmern und die Sorgepflichten“ der PatientInnen. Sozialarbeiterin Frau J. von Pavillion 2 hat in ihren Sozialanamneseblättern den Aspekt „Schule/Ausbildung“ noch zusätzlich angeführt.

Vom Layout der Sozialanamneseblätter fällt besonders auf, dass eine sichtbare Erkennung der Sozialarbeiterinnen, als Verfasserinnen und Inhaber der Sozialanamneseblätter in der Kopf- oder Fußzeile oder auch im Briefkopf fehlen. Es sind weder die eindeutigen Hinweise „Sozialarbeit“ oder „Abteilung für Sozialarbeit“ oder ähnliches zu lesen und erkennen.

Bei dem Sozialanamneseblatt der Sozialarbeiterin Frau J. steht nur ganz oben links in der Kopfzeile „SMZ BH OWS ASR PAV2“ und Sozialarbeit wird nicht erwähnt.

Bei dem der Sozialarbeiterin Frau L. ist nur vermerkt ganz oben rechts im Kopf des Blattes „5. PSY/ Pav. 24/2 (Akut)“ und „Name, Adresse und Versicherungs.Nr. des/der PatientIn“ und unten in der Abschlusszeile „die Unterschrift der Sozialarbeiterin mit Nachnamen“.

2. Schriften, die an die Sozialarbeiterinnen gerichtet sind - ad Kontexteinheit 2

Schreiben an die Sozialarbeiterinnen der beiden Pavillions beginnen durchwegs mit einer sehr höflichen Anrede wie auch sehr freundlichen Verabschiedungen. Beispiele hierfür sind „Sehr geehrte Frau J. ... Wir verbleiben mit freundlichen Grüßen Inkasso Ges.m.b.H.“ und „Sehr geehrte Frau L. ... Mit freundlichen Grüßen Frau A. Caritas Sozialökonomische Projekte Leitung“.

Oftmals sind die Schreiben sehr persönlich verfasst, obwohl sie von außerhalb des Otto Wagner Spitals kommen. Diese sind sehr kurz und freundlich formuliert und enden mit „m.f.g.“, „MfG“ und „Ich wünsche Ihnen ein schönes Wochenende!“ Hier liegt die Vermutung nahe, dass die Sozialarbeiterinnen häufigen Kontakt zu diesen Aussenstellen pflegen.

Zu Beginn der E-Mails, Faxe und vereinzelt Briefe werden kurz die Anliegen, Bitten und Erklärungen der Verfasser geschildert. Beispiele hierfür sind „Wir beziehen uns auf ihr Schreiben vom 13.3.2007 und nehmen wie folgt Stellung.“, „Danke für deine Info“ und „Danke für ihre Anfrage. Ohne die Geschichte, die Dokumentation, vor

allein die Meldechronologie von Herrn K. zu kennen, kann ich Ihnen über die Zuständigkeit der GVS¹ Zuordnung keine Auskunft geben.“

Mit dem Verweis „Betreff/Betrifft“ ist oftmals in den Schreiben an die Sozialarbeiterinnen gleich zu Beginn der Anlass der Benachrichtigung offensichtlich. Wie in den Beispielen „Patientin Frau A.“ und „Wohnungsrenovierung“.

Die Formulierungen der Bitten und Erläuterungen sind auch durchaus sehr höflich und konkret gehalten. Auch Auskünfte und Aufforderungen sind detailliert und freundlich verfasst worden.

Interne Schriften an die Sozialarbeiterinnen sind oftmals sehr persönlich und kurz und die Anrede oftmals mit dem Vornamen und „du“ gehalten.

Themen und Inhalte der Schreiben, die an die Sozialarbeiterinnen adressiert sind, fallen vor allem unter die Rubriken Finanzen und Wohnen, wie „Zahlungsrückstände, Wohnungsangebote, Tagesgeld für PatientInnen, Wohnbeihilfen, Sachwalterschaft und Krankenversicherungsfragen“.

Im Layout der Schreiben fällt wieder auf, dass in der Kopfzeile der E-Mails, die an die Sozialarbeiterinnen geschickt werden, lediglich ihre „Vor- und Zunamen“ als fix eingblendete Visitenkarten aufscheinen, nicht aber ihre „Professionsbezeichnung“. Es tauchen also nur „Frau L.“ und „Frau J.“ als Visitenkarten am Bildschirm auf, wenn sie eine E-Mail erhalten.

Auch die Anreden und Verabschiedungen in den Faxen, Briefen und E-Mails, die an die Sozialarbeiterinnen gerichtet sind, wenden sich an ihren Namen und ihre Profession wird nicht erwähnt.

Vor allem die Schriftstücke, die intern an sie gesendet werden, nämlich E-Mails, weisen keine Professionsbezeichnung auf, weder im Kopf, noch als Anrede oder bei der Verabschiedung.

Ein Punkt ist noch bezüglich der Abkürzung von Sozialarbeiterin, nämlich „DSA“ beim Schreiben in Microsoft Word zu erwähnen. Dieses Schreibprogramm, das wohl das gängigste überall auf dieser Welt zum Verfassen von Schriftstücken ist, wandelt die Kurzform „DSA“ in „DAS“ nach dem Schreiben dieses Wortes automatisch um, sodass viele Schriftstücke diesen Fehler beinhalten.

¹ Gemeint ist die „Grundversorgung“

3. Schreiben, die an die Sozialarbeiterinnen adressiert sind - ad Kontexteinheit 3

Die Schriften der Sozialarbeiterinnen beginnen mit höflichen Anreden und enden mit netten Verabschiedungen, wie z.B. „Sehr geehrte Damen und Herren! ... Mit freundlichen Grüßen, DSA Frau J“ und „Sehr geehrte Frau J.! ... Mit freundlichen Grüßen Frau L., Sozialarbeiterin, Tel. 123“

Der „Betreff“ wird von den Sozialarbeiterinnen bei fast jedem Schreiben ganz oben vermerkt. Zum Beispiel „Frau C., Vers.Nr. 234“ und „Übernahme von ambulanten Spitalsgebühren“. Hierbei fällt auf, dass die Sozialarbeiterin Frau L. meistens die PatientInnen Namen und der Geb.Datum bzw. Vers.Nr in den „Betreff“ schreibt und die Sozialarbeiterin Frau J. den Anlass bzw. den Inhalt des Schreibens darin festhält.

Zu Beginn der Schreiben werden nähere Angaben zu PatientInnenaufenthalte im Otto Wagner Spital bzw. Anlass des Schreibens, falls nicht im Betreff notiert, festgehalten. Zum Beispiel „Herr M., geb. am, befindet sich im Moment in stationärer Behandlung im Otto Wagner Spital.“ und „Frau C. ist seit 3.3.2005 Patientin des Otto Wagner Spitals. Sie hat viele soziale und finanzielle Probleme.“

Die Bitten und Erläuterungen beider Sozialarbeiterinnen sind sehr konkret und oftmals sehr ausführlich beschrieben. Die Länge reicht von einer halben bis zu zwei Seiten und mehr. Sie sind aber durchgehend sehr höflich formuliert, wie z.B. „Ich hoffe, dass diese Idee in ihrem Sinne ist und bitte um Rücksprache.“

Hier sind die Thematiken der Schreiben, die von den Sozialarbeiterinnen weggehen, differenziert und breitgestreut. Sie belaufen sich auf folgende Inhalte, wie „Übernahme von Spitalgebühren, Anträge auf Berufsunfähigkeitspension, finanzielle Aushilfe, Krankengelder, ambulante Wohnbetreuungen, Versicherungsfragen, Familienbeihilfen-Beantragungen bzw. –Erhöhungen, Rezeptgebührenbefreiung, Zahlungsnachlässe, Kostenübernahmen und Sachwalterschaftsanregungen“.

Zu der äußeren Form der Schreiben der Sozialarbeiterinnen ist zu vermerken, dass in den von ihnen verfassten E-Mails sowohl ihre gängige Visitenkarte in der Kopfzeile, aber auch sehr wohl ihr Name, die Berufsbezeichnung und die Station des Krankenhauses am Ende jedes Schreibens gut erkennbar sind, sowohl beim internen, wie auch bei externen Schriftverkehr:

*„DSA Frau L.
Sozialarbeiterin
Otto Wagner Spital
Pavillion 24/2
Baumgartner Höhe 1
1140 Wien
Tel. (+43 1) 123“ und*

*„DSA Frau J.
Pav.2 – Otto Wagner Spital Wien
Baumgartner Höhe 1
1145 Wien
Tel.: 01/ 234
Email: frau.j.@wienkav.at“*

In Briefen und Faxen, die von den Sozialarbeiterinnen weggehen, gestaltet es sich unterschiedlich.

Die Sozialarbeiterin „Frau L.“ hat keinen Briefkopf eigens für ihren Namen und ihre Profession, obwohl sie die Verfasserin der Briefe und Faxe ist. Bei ihr scheint lediglich am Briefkopf rechts oben die volle Bezeichnung des Krankenhauses und „5. Psychiatrische Abteilung, Prim. Dr. W., Stationsleiter Pav. 24/2, Akut-Aufnahmestation Dr. P.“ auf. In den Verabschiedungen schreibt sie aber sehr wohl standard gemäß immer „Frau L., Sozialarbeiterin, Tel. 123“.

Die Sozialarbeiterin „Frau J.“ hat sehr wohl ihren eigenen Briefkopf links oben in jedem Brief und Fax angefügt, zusätzlich zu einem fix eingeblendeten Briefkopf des Otto Wagner Spitals, nämlich in dieser Form:

*„DSA Frau J.
Abt.: Spezielle Rehabilitation
Baumgartner Höhe 1
A – 1145 Wien
Tel.: +43 (0)1 234
Email: frau.j.@wienkav.at“ und unterfertigt die Schriftstücke auch mit „DSA Frau J.“.*

II. 2.1.7 Interpretieren der Forschungsergebnisse erster Teil

1. In Richtung Hypothesenaufstellung

Hypothese 2: „Sozialarbeit ist in der Psychiatrie am Bsp. der zwei Pavillions am OWS schwer fassbar bzw. schwer zu kategorisieren.“

Diese Hypothese ist aufgrund der Forschungsergebnisse den Schriftverkehr betreffend zu verwerfen, da die Sozialarbeit sehr wohl anhand einiger inhaltlicher und äußerlicher Erkennungspunkte zu fassen und einzuteilen ist.

Hypothese 3: „Es gibt nur einige wenige typische Kennzeichen und Merkmale der Sozialarbeit auf den zwei Pavillions am OWS.“

Diese Hypothese ist ebenfalls aufgrund der Forschungsergebnisse zu verwerfen, da die Sozialarbeit sowohl zahlreiche inhaltliche, aber auch einige äußerliche Kennzeichen und Merkmale aufzuweisen hat. Denn das Vorhandensein, wie auch das Fehlen von der Selbst- und Fremddarstellung der Profession sind Charakteristika von Sozialarbeit.

2. Bezüglich der Fragestellungen

1. „Kann man Sozialarbeit in der Psychiatrie am Bsp. vom Otto Wagner Spital (Pav. 2 und Pav. 24/2) charakterisieren?“
2. „Gibt es typische Kennzeichen bzw. Merkmale für die Sozialarbeit auf der Psychiatrie am Bsp. Otto Wagner Spital (Pav. 2 und Pav. 24/2)?“

Aus meiner Sicht kann man Sozialarbeit am Otto Wagner Spital, genauer gesagt auf den Pavillions 2 und 24/2, aufgrund der Forschungsergebnisse sehr wohl charakterisieren, sowohl von den Themengebieten ihrer Arbeit, wie auch ihrem Schreibstil und ihrer Selbstdarstellung in ihren Schriftstücken.

Anhand ihrer Arbeitsgebiete und Aufgabenbereiche lassen sich typische inhaltliche Charakteristika von Sozialarbeit verzeichnen, wie die Bereiche „Tagesstruktur, Wohnplatz, Lebensumfeld,... u.v.m“. Hier kann man die Sozialarbeit sehr wohl eingrenzen und von anderen Berufen abgrenzen.

Diese Gebiete, für die sich die Sozialarbeit zuständig fühlt, macht sie sich zur Thematik, greift sie auf der Basis von PatientInnen-Gesprächen auf und behandelt sie gemeinsam mit PatientInnen und versucht vor allem Defizite auszugleichen. Aufgrund von den Schilderungen der PatientInnen und deren Angehörigen erstellen die Sozialarbeiterinnen auf den beiden Pavillions des Otto Wagner Spitals „Sozialanamneseblätter“ über Ressourcen und Defizite ihrer PatientInnen. Diese Art der Vorgangs- und Herangehensweise, aber auch die Ressourcen und Defizitorientiertheit und die direkte Einbindung der PatientInnen und Angehörigen sind kennzeichnend für die Sozialarbeit.

Des Weiteren typisch für die Sozialarbeit ist auch die Vertretung und Unterstützung von PatientInnen bei Behörden, Gerichten, Vereinen, ...u.v.m., dies wird auch aus den Schriftstücken ersichtlich, da sie im Namen von diesen Schriftstücke ausfertigen bzw. es in den Schreiben um die PatientInnen geht und die Sozialarbeiterinnen Vorteile für diese aushandeln.

Die KlientInnen stehen im Mittelpunkt während des gesamten Beratungs- und Begleitungsprozesses und die Sozialarbeiterinnen agieren im Hintergrund. Das Auftreten der Sozialarbeiterinnen als Vertretung der PatientInnen fällt in ihrem Schriftverkehr nur dann auf, wenn sie einen eigenen Briefkopf bzw. eine Visitenkarte am Anfang bzw. am Ende des Schreibens verwenden. Beim Schriftverkehr, sowohl intern, als auch extern ist die Sozialarbeit als Profession nicht immer eindeutig erkennbar, wie die Forschungsergebnisse zeigen.

Die Sozialarbeiterinnen der beiden Pavillions stellen sich nicht in den von ihnen selbst entworfenen Sozialanamneseblätter als solche in ihrer Profession Agierende dar. Sie erwähnen den/die PatientIn, das Krankenhaus, den Pavillion und die Abteilung, nicht aber sich selbst in ihrer Profession.

Aber auch im externen und internen Schriftverkehr sind sie als Adressat nicht immer eindeutig zuordenbar. Wobei sie als Absender vor allem im externen Schriftverkehr sehr wohl in ihrer Profession auffallen. Es entsteht der Eindruck, sie erwähnen sich selbst, ihre Profession und auch den Auftrag, der damit in Verbindung steht, nur nebenbei. Die Bezeichnung des Krankenhauses, der Station und der Oberärzte, Primaria und die Pflege findet man viel häufiger in den Schriftstücken, als die der Sozialarbeit, obwohl die Verfasserinnen Sozialarbeiterinnen sind.

Abschließend ist noch anzumerken, dass die Form des Schriftverkehrs auch einige Kennzeichen und Merkmale der Sozialarbeit widerspiegelt. Die Schreiben sind durchwegs höflich formuliert, enthalten von beiden Seiten keine Abwertungen und die Anliegen sind stets ausführlich geschildert, wobei die der Sozialarbeiterinnen etwas mehr ins Detail gingen. Die Inhalte der Schreiben waren gleich zu Beginn meistens klar ersichtlich (beiderseits) und handelten von den Kernbereichen der Sozialarbeit, wie Wohnen, Finanzen, Absicherungen und Ansprüche geltend zu machen.

II. 2.1.8 Resümee der Forschungsergebnisse erster Teil

Aufgrund der Forschungsergebnisse kann man sehr wohl davon sprechen, dass Sozialarbeit im externen, wie internen Schriftverkehr typische Kennzeichen und Merkmale bzw. Charakteristika aufweist. Diese sind sowohl inhaltlicher Natur, wie ihre Thematiken und Inhalte der Schreiben und Kategorisierungen in den Sozialanamneseblättern, ihre höflichen standardisierten Formulierungen, ihre detailreichen Informationen, aber auch im Hinblick auf ihre Selbst- und Fremddarstellung, wie das Vorhandensein bzw. Fehlen des Signals im Auftrag von Sozialarbeit zu handeln bzw. der Anrede mit der Profession Sozialarbeit.

II. 2.1.9 Anwendung inhaltsanalytischer Gütekriterien

Während der gesamten Auswertung der Forschung, nämlich mittels der „Inhaltsanalyse von Schriftstücken“ wurden die „inhaltsanalytischen Gütekriterien“ stets befolgt und verwendet. Diese gliedern sich nach MAYRING (2000: 111 -115) folgendermaßen auf:

1. „Semantische Gültigkeit ... drückt sich in der Angemessenheit der Kategoriendefinitionen (Definitionen, Ankerbeispiele, Kodierregeln) aus. (...).
2. Bei der Stichprobengültigkeit sei auf die üblichen Kriterien exakter Stichprobenziehung hingewiesen. (...).

3. Korrelative Gültigkeit meint die Validierung durch Korrelation mit einem Außenkriterium. Eine Überprüfung ist nur möglich, wenn bereits Ergebnisse einer Untersuchung mit ähnlicher Fragestellung und ähnlichem Gegenstand vorliegen. (...).
4. Vorhersagegültigkeit ist als Gütekriterium auch nur anwendbar, wenn sich sinnvoll Prognosen aus dem Material ableiten lassen. (...).
5. Konstruktvalidität lässt [!] sich durch Inhaltsanalysen durch einige Kriterien überprüfen wie
 - bisherige Erfolge mit ähnlichen Konstrukten und/ oder Situationen;
 - Erfahrungen mit dem Kontext des vorliegenden Materials;
 - etablierte Theorien und Modelle;
 - repräsentative Interpretationen und Experten. (...).
6. Stabilität lässt [!] sich durch nochmalige Anwendung des Analyseinstruments auf das Material überprüfen. (...).
7. Reproduzierbarkeit meint den Grad, in dem die Analyse unter anderen Umständen, anderen Analytikern zu denselben Ergebnissen führt. (...).
8. Exaktheit (accuracy) meint den Grad, zu dem die Analyse einem bestimmten funktionellen Standard entspricht. Sie setzt Stabilität und Reproduzierbarkeit des Instruments voraus, ist das stärkste Reliabilitätsmaß, lässt [!] sich aber auch am schwersten überprüfen.“ (...).

II. 2.2 Zweiter Forschungsteil

Anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Phillip Mayring und der Interpretation der Ergebnisse von Informationsmedien und -unterlagen sollen „Kennzeichen und Merkmale“ der Sozialarbeit vor allem nach äußerlichen Gesichtspunkten, wie das Vorkommen und die Darstellung von Sozialarbeit begutachtet werden.

II. 2.2.1 Beschreibung der Forschungsobjekte

Die Forschungsgegenstände sind Unterlagen und Arbeitsmaterialien der Sozialarbeiterinnen, sowie Informationsmaterial für PatientInnen und andere Medien. Diese sollen die Sichtbarkeit und das Bild der Sozialarbeiterinnen auf den beiden Pavillions, Pav. 24/2 und Pav. 2, des Otto Wagner Spitals, widerspiegeln.

II. 2.2.2 Hypothesenbildung

Anhand der genauen Betrachtung von einem beliebig ausgewählte Schriftstück aus der Sammlung der Arbeitsblätter, Unterlagen und den Homepageseiten, kam es zu folgender Hypothesenaufstellung.

Hypothese 4: „Die Sozialarbeit weist wenige Kennzeichen und Merkmale, die typisch für sie sind, auf.“

Hypothese 5: „Die Sozialarbeit als Profession ist wenig sichtbar bzw. erkennbar in den Forschungsunterlagen.“

II. 2.2.3 Analyseeinheiten der Forschung

1. Kodiereinheiten

Kleinsten Materialbestandteil, minimaler Textteil zur Auswertung der Forschung;
„Jede vollständige schriftliche Aufzeichnung über Berufsbezeichnung, Namen der Sozialarbeiterinnen, Erläuterungen über Profession Sozialarbeit.“

Ankerbeispiel a: „*Sozialarbeiterische Betreuung*“

2. Kontexteinheiten

Größter Bestandteil aus einem Text;

1. Informationsfolder der beiden Pavillions 24/2 und 2
2. Visitenkarte der Sozialarbeiterin Frau L. des Pavillion 24/2
3. Therapieplan von PatientInnen des Pavillion 2
4. Organigramm der „Abteilung für spez. Psych. Rehabilitation“ (Pav. 2)
5. Homepage des Otto Wagner Spitals (Startseite, Suchseite „Sozialarbeit“, Suchseite „Sozialarbeit am OWS, Suchseite „Soziales“)

Ankerbeispiel b: Visitenkarte der Sozialarbeiterin Frau L. des Pavillion 24/2:

„Frau L.“

Dipl. Sozialarbeiterin

Otto Wagner Spital Pav. 24/2

Baumgartner Höhe1, A-1145 Wie
Tel. 01/ 123 DW 234
Fax 01/ 123/ 678
e-mail: frau.l@wienkav.at“

3. Auswertungseinheiten

Bestimmt die Reihenfolge der Textteile zum Auswerten.

Die Schriftstücke werden von vorne nach hinten und jedes einzeln durchleuchtet.

Die Reihenfolge der Schriftstücke kann man der Auflistung unter Punkt 3.3 Kontexteinheit entnehmen.

II. 2.2.4 Art der Analyse, Grundform des Interpretierens

Die Form des Interpretierens der Schriftstücke ist die qualitative Technik der Strukturierung (s.o.), die im ersten Teil der Forschung schon unter diesem Punkt erläutert wurde.

II. 2.2.5 Rücküberprüfung der Kategorien

Die Analyseeinheiten wurden nochmals überdacht und auf ihren Inhalt und Standfestigkeit überprüft und hielten der Prüfung stand. Die Einzelheiten der Kodiereinheiten und Kontexteinheiten wurden bereits beschrieben.

II. 2.2.6 Forschungsergebnisse zweiter Teil

1. Informationsfolder des Pavillions 24/2 – ad Kontexteinheit 1

Das erste Blatt und somit das Deckblatt bildet ein Foto der Terasse des Pavillions geschmückt mit Blumen, Pflanzen und Sonnenstrahlen und darunter die Bezeichnung des Pavillions, der Abteilung und des Krankenhauses.

Im Inneren des Folders werden die PatientInnen gleich zu Beginn direkt angesprochen und anhand der diversen Angebote an der Station dazu eingeladen dabei mit zumachen. Hierbei wird der Tagesablauf und die therapeutischen und

sozialarbeiterischen Angebote näher erläutert, zuerst die „Morgengymnastik“ und die „Morgenrunde“, gefolgt von der „Gruppenpsychotherapie“, „Animationstherapie“, „Ergotherapie“, „Klinische Psychologie/Psychotherapie“, „Musiktherapie“ und „Physiotherapie“ und schließlich auf der vorletzten Seite des Folders die Erläuterung von „Sozialarbeit“. Danach folgen noch kurz „Leitgedanken der Station“, „Kontakt“möglichkeiten und auf der letzten Seite die fixen täglichen Angebote auf der Station.

Zur Darstellung der Sozialarbeit im Informationsfolder ist folgendes zu erläutern:

Der Name der Sozialarbeiterin an der Station fehlt, somit erscheint die Profession Sozialarbeit wenig persönlich zu sein. Wobei hier anzumerken ist, dass bei der Auflistung der Angebote keine ProfessionistInnen mit dem Namen genannt werden, außer die Abteilungsleitung Frau „Prim. Dr. W.“ und die Stationsleitung Herr „Oberarzt Dr. L.“.

Sozialarbeit nimmt in der Auflistung der diversen Angebote am Pavillion 24/2 den letzten Platz ein.

Die Beschreibung der Sozialarbeit an sich fällt dabei sehr kurz aus, „Beratung und Unterstützung zur Bewältigung des Lebensalltags“ und die Aufgabengebiete werden ebenfalls sehr knapp erklärt, nämlich in Punkte-Aufzählung, wie z.B. „Finanzielle Absicherung und Krankenversicherung“, „Wohnen“ und „Betreuung“.

2. Informationsfolder von Pavillion 2 – ad Kontexteinheit 1

Die Farbe des gesamten Folders ist in gelb gehalten. Den Namen „PAVILLION 2“ in großen fetten Buchstaben und die Bezeichnung der Abteilung „Abteilung für spezielle psychische Rehabilitation“ auch fett geschrieben und die grobe Unterteilung in „Arbeitstherapie“, „Tagspital“ und „Therapiewerkstätten“, sowie der Name des Spitals finden wir am Deckblatt“.

Die „Indikation (für wen ist unsere Therapie geeignet?)“, die „Arbeitsweisen“, das „Grundkonzept“ und die „Anmeldung/ Zuweisung“ werden in dieser Reihenfolge sehr ausführlich erläutert.

Die „Therapeutischen Angebote“ die an dritter Stellen der Aufzählung kommen, nach den „Arbeitsweisen“ folgen, werden nicht näher beschrieben. Es werden alle Therapieformen, die es an der Station gibt, nur mit ihrer Bezeichnung, ihrem Namen

aufgelistet. Darunter fällt auch „Sozialarbeiterische Betreuung“. Diese wird ansonsten im Folder nicht erwähnt.

Eine Erklärung und nähere Beschreibung der einzelnen Angebote bleibt aus, sowie die namentliche Nennung der ProfessionistInnen, die diese Angebote setzen.

Zum Schluss werden noch die „Kapazität“ und die „Therapiedauer“ erwähnt und sehr kurz beschrieben.

Die Telefonnummer zur „Anmeldung“ und ein Foto des multiprofessionellen Teams betitelt mit „Die Mitarbeiter des Pavillion 2“ sind auf der vorletzten Seite zu finden und die Auflistung der Leitung und des Sekretariats des Pavillions, sowie in klein gedruckten Buchstaben der Name, die Adresse und Telefonnummer des Krankenhauses sind auf der letzten Seite des Folders aufgedruckt.

3. Visitenkarte von Sozialarbeiterin Frau L. von Pavillion 24/2 – ad Kontexteinheit 2

Der Name der Sozialarbeiterin steht an oberster Stelle der Visitenkarte in fetten Buchstaben geschrieben und gleich darunter ihre Berufsbezeichnung „Dipl. Sozialarbeiterin“.

Mit einer Zeile Abstand folgen dann der Name des Krankenhauses und der Pavillion, die Adresse, Telefonnummer und die Durchwahl zur Sozialarbeiterin, sowie die Faxnummer der Station und in der letzten Zeile die Emailadresse der Sozialarbeiterin „frau.l@wienkav.at“.

4. Therapieplan von Pavillion 2 – ad Kontexteinheit 3

Dieser ist in Form einer Wochenplanung von „Montag – Freitag“ von „8.00 – 16.00“ geschrieben. Er ist unterteilt in Zeilen und Spalten, in die die PatientInnen bzw. ProfessionistInnen die jeweilige Therapie bzw. Beratungsgespräch der einzelnen Tage und Stunden eintragen können.

Links oben wird der „Name“ des/der PatientIn und rechts oben der/die „EinzeltherapeutIn“ und darunter der/die „IntensivbetreuerIn“ in ein Kästchen eingetragen. Die gesamte linke Spalte füllen die „Tel. vom Pav. 2“ überhaupt und die „Telefonklappen“ der ProfessionistInnen am Pavillion 2. Hierbei steht die „Sozialberatung: Frau J.“ an erster Stelle, danach werden die Durchwahlen der „Musiktherapie: Frau S.“, „Bewegungstherapie: Fr. Th. und Fr. A.“, „Bildnerische Therapie: Frau Z.“ und letztlich die Klappe der „Therapiewerkstätte Fr. K. und Fr. N.“

Ganz unten links auf dem Therapieplan kann optional die Arbeitstherapiegruppe des/der PatientIn und dessen Telefonnummer eingetragen werden.

5. Organigramm der „Abteilung für spez. psych. Rehabilitation“ – ad Kontexteinheit 4

Gleich zu Beginn ist anzumerken, dass bei diesem Organigramm bei der Zitierung der Bezeichnung aus dem Organigramm nicht die Gendersensible Schreibweise angewendet wird.

Die Darstellung auf Seite 1 unterteilt sich in drei Kernbereiche, nämlich in „Stationäres Setting“, „Ambulantes Setting“ und „Tagesklinisches Setting“. Wobei „Sozialarbeiter“ in allen drei Bereichen der „Abteilung für spez. Psych. Rehabilitation“ ihre Stellung haben, dies wird aus dem Organigramm ersichtlich. Es fällt auf, dass die „Sozialarbeiter“ sehr wohl den „Ärzten“ unterstellt sind und in der Auflistung der ProfessionistInnen immer hinter diesen, den „Pflegepersonen“ und den „Psychologen“ gereiht sind.

Seite 2 des Organigramms stellt den Personalschlüssel der Abteilung dar. Im „Stationären Setting/ Klinische Station“ auf „Pav. 2“ kommen auf „3 Ärzte“, „2 Psychologen“, „11 Pflegepersonen“ und „0,5 Sozialarbeiter“. Im „Ambulanten Setting“ werden lediglich wieder die Berufsspaten erwähnt, nämlich „Ärzte“, „Psychologen“, „Sozialarbeiter“, „Ergotherapeuten“ und „Pflegepersonal“. Im „Tagesklinischen Setting/ Tagesklinik“ auf „Pav. 35“ gestaltet sich die Aufschlüsselung folgendermaßen: „2 Ärzte“, „1 Psychologe“, „2 Pflegepersonen“ und „0,5 Sozialarbeiter“. Und bei den Arbeitsgruppen auf „Pav.2, 20, 18“ werden „Arbeitstherapeuten“, „0,5 Psychologen“, „14 Pflegepersonen“, „1 Tischler“ und „7 Gruppen“ aufgezählt.

Sozialarbeiter sind zwar vom Personenschlüssel in der Minderzahl der Professionen, haben aber dennoch ihre fixe Stellung in allen Bereichen dieser Abteilung, außer der Arbeitstherapiegruppen, und vor allem am Pavillion 2. Wobei anzumerken ist, dass im „Tagesklinischen Setting“ auf „Pav. 35“ ist die Verteilung der ProfessionistInnen ausgewogener ist, als im „Stationären Setting“ des „Pav. 2“.

6. Homepage des Krankenhauses „Otto Wagner Spital“ – ad Kontexteinheit

5

Bei der Startseite der Homepage des Krankenhauses (vgl. NN O.J.: 1-2) fällt auf, dass keine Professionen bzw. Angebote des Otto Wagner Spitals aufgelistet werden und es auch keinen Link dazu gibt. Somit findet man auch die Bezeichnung Sozialarbeit oder einen ähnlichen Link dazu nicht.

Hingegen findet man die genaue Bezeichnung des Spitals, die Adresse und Telefonnummer und Links zur „E-Mailadresse“, „Digitale Genesungswünsche“ u.v.m. Außerdem werden Links zu den einzelnen Zentren des Krankenhauses, wie das „Neurologische Zentrum“ und das „Orthopädische Zentrum“ usw. angeführt und des Weiteren das „Pflegezentrum“ und die Verlinkung dazu und die „Schulen“ und die Links dazu dargestellt. Außerdem findet man noch kulturelle Angebote angeführt, wie „Kultur am Steinhof“ und eine „Kontakt“möglichkeit dazu, sowie Links zu „Jugendstilführung am Lemoniberg“, „Kirche am Steinhof“ und „Jugendstiltheater“.

Wenn man bei der Startseite bei dem Link ganz oben bei „Suchen“ oder „Erweiterte Suche“ „Sozialarbeit“ eingibt, erscheinen 100 Beiträge, die Sozialarbeit beinhalten und darüber erscheint ein Feld mit „Suchmöglichkeiten mit allen Wörtern“ und hier kann man ebenfalls nochmals „Sozialarbeit“ eintragen und wenn man dann „Krankenanstaltenverbund“ und das Kästchen „Suchen“ anklickt, erscheint wieder die selbe Seite der Homepage, also wieder 100 undifferenzierte Links zu Sozialarbeit.

Worunter kein konkreter Beitrag oder eine Beschreibung über „Sozialarbeit am Otto Wagner Spital“ zu finden ist. Sehr wohl aber erhält man Links zu Sozialarbeit bzw. SozialarbeiterInnen von anderen Spitälern, wie dem „Kaiser-Elisabeth-Spital“, dem „Therapiezentrum Ybbs“ und dem „Sozialmedizinischen Zentrum Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital“. Auch kurze Beschreibungen von Sozialarbeit an sich und deren Aufgabengebiete im „Therapiezentrum Ybbs“ und vom „Kaiser-Franz-Josef-Spital“ findet man unter den vorhandenen Links.

Links neben diesen Beiträgen befindet sich ein Balken mit Links zu den allgemeineren Thematiken „Virtuelles Amt“, „Stadtplan“, „Fahrplanauskunft“, „Kontakte zur Stadt“ und „Notrufe und Hotlines“ sowie spezifischere nach dem Alphabet angeordnete Informationen über „Bezirke“, „Bildung“, „Forschung“, „Freizeit“, uvm. und unter anderem auch der Link „Soziales“.

Wenn man auf „Soziales“ klickt erscheinen erneut alphabetisch angereihte Verlinkungsmöglichkeiten, wie „EU- Projekte im Bereich Soziales“, „Friedhöfe Wien GmbH“ oder „Serviceeinrichtungen & Institutionen“ und „Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht“. Aber man erfährt wiederum nichts Konkretes über Sozialarbeit oder „soziale Stellen und Angebote“ am Otto Wagner Spital.

Und es ergibt sich auch kein weiterer Link zu einem ähnlichen, verwandten Begriff der Sozialarbeit, ihren Methoden, Arbeitsweisen, ...usw. .

Geht man nun wieder zur Startseite zurück und gibt im Feld „Suchen“ oder „Erweiterte Suche“ „Sozialarbeit am OWS“ ein und klickt wieder auf Krankenanstaltenverbund, werden 13 Beiträge zu diesem Themenfeld gefunden.

Aber auch diese konkreter formulierte Begriffssuche bringt keine detaillierten Informationen zur Sozialarbeit, ihren Arbeitsgebieten oder Methoden am Otto Wagner Spital. Anstelle dessen kommen Links zu „Symposium ´15 Jahre Station alkoholranke Männer am OWS“, „Geriatrisches Zentrum, 2. Abteilung“, „Geriatrisches Zentrum, 1. Abteilung“, „Tagesklinik – Pavillion 35“ und „Klinische Station – Pavillion 2“,... usw. Diese Verlinkungen sind keine Beiträge zur Sozialarbeit an den Stationen bzw. am OWS, Sozialarbeit wird nicht ansatzweise in diesen Links und den kurzen Beschreibungen darunter erwähnt.

„Sozialarbeit“ bzw. „Sozialarbeit am OWS“ lässt sich überhaupt nicht auch der Homepage wiederfinden, nur Beiträge von „Sozialarbeit“ in anderen Krankenhäusern. Auch die Arbeitsweisen, Methoden, Ansätze,... usw. von „Sozialarbeit“ werden überhaupt nicht in den Homepageseiten erläutert.

Es gibt aber sehr wohl eine eigene Seite für Sozialarbeit (vgl. SCHEIBELHOFER O.J.: 1), die jedoch nur intern von den MitarbeiterInnen des Otto Wagner Spitals mittels eines „Benutzernamens“ und einem „Kennwort“ geöffnet werden kann.

Hier kann man Informationen über SozialarbeiterInnen am Spital abrufen, wie die „Liste der SozialarbeiterInnen des Psychiatrischen Zentrums (Zuständigkeit, Telefonklappe)“ und des weiteren Beiträge zu diversen, für die Sozialarbeit relevanten, Thematiken abrufen, wie das „DSA Tätigkeitsprofil August 2001“, „Das multiprofessionelle Team Vortrag Herr W.“, „Der Weg entsteht beim Gehen“, „DSA

Verankerung im KrAnstGesetz (für Stadrätin)“, „Problembereich Sachwalterschaft“, „Referat Frauen i d Psychiatrie“, „Warum Tagesklinik“ und „Zeitungstext DSA W.“.

II. 2.2.7 Interpretieren der Forschungsergebnisse zweiter Teil

1. In Richtung Hypothesenaufstellung

Hypothese 4: „Die Sozialarbeit weist wenige Kennzeichen und Merkmale, die typisch für sie sind, auf.“

Diese Hypothesenannahme ist aufgrund der Ergebnisse der Forschung aus dem zweiten Forschungsteil zu bestätigen, da die Indizien der Auswertung dafür sprechen.

Hypothese 5: „Die Sozialarbeit als Profession ist wenig sichtbar bzw. erkennbar in den Forschungsunterlagen.“

Auch diese Hypothese hat sich aufgrund der vorliegenden Forschungsergebnisse bewahrheitet. Die Sozialarbeit in ihrer beruflichen Darstellung in den Unterlagen und der Homepage erscheint in den überwiegenden Unterlagen gar nicht oder nur sehr kurz, wenn sie doch dargestellt ist, dann meist sehr knapp und manchmal auch sehr uneindeutig in ihrer Berufsbezeichnung.

2. Bezüglich der Fragestellungen

1. „Kann man Sozialarbeit in der Psychiatrie am Bsp. vom Otto Wagner Spital (Pav. 2 und Pav. 24/2) charakterisieren?“
2. „Gibt es typische Kennzeichen bzw. Merkmale für die Sozialarbeit auf der Psychiatrie am Bsp. Otto Wagner Spital (Pav. 2 und Pav. 24/2)?“

Auf der Grundlage der Forschungsergebnisse dieses zweiten Forschungsteils kann man darauf schließen, dass sich Sozialarbeit auf der Psychiatrie am Beispiel der beiden Pavillons des Otto Wagner Spitals nicht eindeutig definieren lässt, da die Sozialarbeit als Profession nur sehr kurz, wenn überhaupt dargestellt ist. Sie weist keine typischen Charakteristika bzw. Merkmale oder Kennzeichen auf, außer der

kurzen inhaltlichen punktuellen Zuschreibung ihre Aufgabenbereiche im Informationsfolder des Pavillions 24/2.

Die unterschiedlichen Berufsbezeichnungen der Forschungsmaterialien, wie „Sozialberatung“, „Sozialarbeiterische Betreuung“ und eben „Sozialarbeit“ spiegeln die Uneindeutigkeit der Profession wider. Dieses Faktum, die nicht vorhandene einheitliche Darstellung und Bezeichnung der Profession, stellt zugleich auch ein wesentliches Kennzeichen bzw. Merkmal der Sozialarbeit dar.

Das Fehlen der näheren Erläuterungen von Sozialarbeit, ihren Methoden, Arbeitsweisen, Fertigkeiten... usw. in den Unterlagen, sowie der Homepage stellt auch ein wesentliches Kennzeichen der Sozialarbeit dar. Wie wir bereits im ersten Teil der Forschung in Erfahrung bringen konnten, fällt es der Sozialarbeit nicht immer leicht sich selbst zu repräsentieren bzw. die Notwendigkeit der Darstellung nach außen zu erkennen und diese auch zu forcieren.

Auch die Anordnung der Sozialarbeit an letzter oder vorletzter Stelle in den Aufzählungen der Angebote bzw. Berufe birgt eine gewisse Symbolik in sich. Man könnte die Stellung der Sozialarbeit in der Reihung der Professionen an den Abteilungen auf der Psychiatrie hineininterpretieren. Es fällt jedenfalls auf, dass die Sozialarbeit immer Nachrang gewissen Professionen gegenüber hat, wie der Medizin, der Pflege und der Psychologie.

Der Mitarbeiterschlüssel an der „Abteilung für spez. psych. Rehabilitation“, wo der Pav. 2 dazu gehört, spiegelt das Einstellungsverhältnis der Professionen und auch die Stellung dieser im Krankenhaus. Die ÄrztInnen und PflegerInnen stehen immer an oberster Stelle und diese Stellung nehmen sie auch im Krankenhaus ein und die Sozialarbeiter folgen viel später. Wobei sie ihren fixen Platz in der Aufzählung haben, also das völlige Weglassen oder Fehlen von Sozialarbeit in der Auflistung nie der Fall ist.

In der Verteilung der Arbeitsplätze gestaltet sich das Verhältnis sehr ähnlich, die meisten Arbeitsplätze fallen den ÄrztInnen und PflegerInnen zu, gefolgt von PsychologInnen, wie das Organigramm zeigt. Sozialarbeit sind somit weit schlechter in der Hierarchie und Arbeitspostenverteilung gestellt als die „führenden“

Arbeitskräfte, dies zeigt die Darstellung und belegt auch die Realität. Das Organigramm könnte man auch so interpretieren, dass es die „fehlende“ oder „minder vorhandene“ Notwendigkeit der vermehrten Einstellung von SozialarbeiterInnen zeigt.

Interessant ist auch die Tatsache, dass Sozialarbeit in diesen Unterlagen zweimal unter der den therapeutischen Professionen zu finden ist. Fraglich ist, ob sich Sozialarbeit als therapeutische Dienstleistung sieht und die Tatsache, dass sie aber in der Aufzählung und Erläuterung von Therapien zu finden ist für ihre Selbst- und Fremddarstellung positiv zu verzeichnen ist.

II. 2.2.8 Resümee der Forschungsergebnisse zweiter Teil

Die Selbst- und Fremddarstellung sind sehr wichtige Kriterien bei der Betrachtung der Profession und des Professionalisierungsprozesses der Sozialarbeit. Sich selbst darzustellen und zu präsentieren stellt gerade für die Sozialarbeit ein sehr großes Manko dar, weil sie die Tendenz hat in der Masse der vielen Berufe an der Psychiatrie, vor allem auch am Otto Wagner Spital unterzugehen, nicht sichtbar zu sein und sich und ihre Fähigkeiten nicht genügend darzustellen.

Mittlerweile wird dieses Defizit in der Profession und unter den ProfessionistInnen aber immer deutlicher, sodass diese Schritte, um dem entgegenzuwirken setzen. Aufgrund der Masse an Berufen und SpezialistInnen wird es für die Sozialarbeit immer notwendiger werden, sich selbst und ihr Können zu veranschaulichen, ihre Fähigkeiten unter Beweis zu stellen, damit sie nicht von anderen Professionen ersetzt werden.

Anhand von Selbstdarstellung in Aufzeichnungen, Briefen, Faxen und Email, aber auch der Dokumentation, an Informationsständen, eigenen Büros und eigenen Büroschildern, Visitenkarten, Namensschildern, ... uvm. kann es der Sozialarbeit gelingen nach außen, wie nach innen (wie z.B. an den Stationen des Otto Wagner Spitals) mehr sichtbar und greifbarer für das Personal, sowie auch für die PatientInnen bzw. KlientInnen zu werden.

II. 2.2.9 Anwendung inhaltsanalytischer Gütekriterien

Die inhaltsanalytischen Gütekriterien wurden durchwegs geachtet und befolgt, somit kann die Qualität der Forschungsergebnisse in beide Teilen der Forschung garantiert werden. Die einzelnen Kriterien in Summe führen zur Gewährleistung der Qualität dieser Forschungsarbeit (s.o.).

III. Zusammenfassendes Fazit der Ergebnisse dieser Arbeit

Die Sozialarbeit in der Psychiatrie hat sowohl aufgrund der literarischen Belege, wie auch der Forschungsergebnisse dieser Arbeit differenzierte inhaltliche - ihre Methoden, Arbeitsweisen und Ziele betreffend-, aber auch nach außen sichtbare, objektive Kennzeichen und Merkmale vorzuweisen. Die Profession im psychiatrischen Handlungsfeld ist aber dennoch nicht eindeutig zu charakterisieren und allgemein zu beschreiben, da sie ständig von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird, wie den Geschichten der psychiatrischen Krankenhäuser an sich, gesellschaftlichen und sozialpolitischen Entwicklungen und die kulturellen Unterschiede, aber auch dem multiprofessionellen Team, der Rahmenbedingungen und dem Berufsbild der SozialarbeiterInnen.

Im Hinblick auf die Zukunft der Sozialarbeit auf der Psychiatrie ist zu erwarten, dass sich die Sozialarbeit mehr profilieren und sich selbst und ihre Fähigkeiten vermehrt darstellen wird, weil sie aufgrund von institutionellen und qualitätssichernden Auflagen dazu angehalten wird und dies auch in ihrem eigenen Interesse ist.

Literatur

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

Bibliographisches Institut (Hrsg.) (1980): Meyers enzyklopädisches Lexikon. Deutsches Wörterbuch. 31. Band. Mannheim, Wien, Zürich.

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

Bosshard/ Ebert/ Lazarus (1999): Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie. Bonn.

Brockhaus GmbH (Hrsg.) (1996): Brockhaus Enzyklopädie. 11. Band, 20. Auflage. Mannheim, Leipzig.

Brockhaus GmbH (Hrsg.) (1996): Brockhaus Enzyklopädie. 14. Band, 20. Auflage. Mannheim, Leipzig.

Clausen, Jens/ Dressler, Klaus-D. / Eichenbrenner, Ilse (1996): Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau.

Dewe, B./ Ferchhoff, W./ Scherr, A./Stüwe, Gerd (1995): Professionelles soziales Handeln. Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis, 2. überarbeitete Auflage. Frankfurt, Bielefeld.

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

Erlar, Michael (1993): Soziale Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch zu Geschichte, Aufgaben und Theorie. Frankfurt/Main.

Engelke, E. (2003): Die Wissenschaft Soziale Arbeit, Werdegang und Grundlagen. Freiburg.

Geißler-Piltz, Brigitte/ Mühlum, Albert/ Pauls, Helmut (2005): Klinische Sozialarbeit. München.

Goffman, Erving (1994): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main.

Heiner, Maja (2004): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Theoretische Konzepte, Modelle und empirische Perspektiven. Stuttgart.

Hering, Sabine/ Münchmeier, Richard (2000): Geschichte der sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim und München.

Hurrelmann, K.(1990): Familienstress, Schulstress, Freizeitstress. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Weinheim.

Kaller, Paul Kurt (Hrsg.) (2001): Lexikon Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Sozialrecht. Wiebelsheim.

Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Weinheim, Basel.

Lebert, Maud von Schlieren (1991): Social Worker Super Star? Analyse der Berufskodices von Sozialarbeiterorganisationen ausgewählter Länder. Zürich, Zentralstelle der Studentenschaft.

Luhmann, Niklas (1999): Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie. Frankfurt am Main.

Meyers Lexikonverlag (Hrsg.) (1993): Meyers neues Lexikon. 7. Band. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich.

Mühlum, A. (1981): Sozialpädagogik und Sozialarbeit. Deutscher Verein für Sozialpädagogik und private Fürsorge. Frankfurt.

Müller, C. Wolfgang (2006): Wie helfen zum Beruf wurde. Eine Methoden Geschichte der Sozialen Arbeit. Weinheim, München.

Müller, Siegfried/ Reinl, Heidi (1997): Soziale Arbeit in der Konkurrenzgesellschaft. Beiträge zur Neugestaltung des Sozialen. Verhandlungen des 2. Bundeskongresses Soziale Arbeit. Neuwied, Kriftel, Berlin.

Schlömerkemper, Jörg (2005): Fragen, Suchen, Finden. Konzepte, Prozesse und Beispiele pädagogischer Forschung. Frankfurt am Main.

Schilling, Johannes/ Zeller, Susanne (2007): Soziale Arbeit. Geschichte, Theorie, Profession. München.

Thiersch, Hans/ Otto, Hans-Uwe (2002): Positionsbestimmungen der Sozialen Arbeit. Gesellschaftspolitik, Theorie und Ausbildung. München.

Weitere verwendete Quellen

Pavillion 2, Otto Wagner Spital Wien. Schriftverkehr (innerhalb des Spitals) von 5. Mai – 15. Juni 2007.

Pavillion 2, Otto Wagner Spital Wien. Schriftverkehr (extern des Krankenhauses) von 17. August 2005 – 6. Juni 2007.

Pavillion 2, Otto Wagner Spital Wien. Sozialanamneseblätter von PatientInnen von 3. Juni – 13. November 2007.

Pavillion 24/2, Otto Wagner Spital Wien. Schriftverkehr (innerhalb des Krankenhauses) von 5. Februar 2005 – 3. Mai 2007.

Pavillion 24/2, Otto Wagner Spital Wien. Schriftverkehr (außerhalb des Spitals) von 14. Februar 2005 bis 20. Mai 2007.

Pavillion 2, Otto Wagner Spital Wien. Informationsfolder für PatientInnen, von 8. Mai 2007.

Pavillion 2, Otto Wagner Spital Wien. Therapieplan von Pavillion 2 von 9. Mai 2007.

Pavillion 2, Otto Wagner Spital Wien. Organigramm der gesamten Abteilung von 9. Mai 2007.

Pavillion 24/2, Otto Wagner Spital Wien. Informationsfolder für PatientInnen von 9. Mai 2007.

Pavillion 24/2, Otto Wagner Spital Wien. Visitenkarte der Sozialarbeiterin Frau L. von 13. Jänner 2007.

N.N. (O.J.): Magistrat der Stadt Wien, <http://www.wienkav.at/kav/ows>, am 24.7.2008.

N.N. (O.J.): Magistrat der Stadt Wien, <http://www.wien.gv.at/index/soziales.htm>, am 24.7.2007.

Scheibelhofer, W. (O.J.): <http://ows.intratnet/Sozialarbeit/sozialarbeit.htm>, am 10.1.2007.

Pavillion 2, Otto Wagner Spital Wien. Beobachtungsprotokoll von 20.4. – 9.5.2007.

Pavillion 24/2, Otto Wagner Spital Wien. Beobachtungsprotokoll von 20.4. – 9.5.2007.

Brandt, Monika/ Wahl, Hermine/ Walzel, Ursula (2001): Tätigkeitsprofil der diplomierten SozialarbeiterInnen im Psychiatrischen Zentrum Otto Wagner Spital. Wien.

Abbildungsverzeichnis:

Abb. 1: das Gebäude, das „Rehabilitationszentrum“ in dem die Sozialarbeiterin Frau J. vom Pavillion 2 mit ihrem Büro einquatiert ist (links)	5
Abb.2: der „Pavillion 24“, auf dem die Sozialarbeiterin Frau L. auf Station 2 ihr Büro hat (rechts)	5
Abb. 3: „Dienst-Pinnwände“ des Gemeinschaftsraumes auf Pavillion 2 (links)	21
Abb. 4: Pinnwand im Sozialraum des „Teams“ des Pavillions 24/2 (rechts)	21
Abb. 5: Darstellung der Sozialarbeiterin Frau L. am Flur von Pavillion 24/2 (links)	23
Abb. 6: Vitrine, in der unter anderem die Sozialarbeiterin Frau L. vorgestellt wird (rechts) ..	23
Abb. 7: Telefonklappe und Sprechzeiten von Sozialarbeiterin Frau J., die im Gemeinschaftsraum auf Pavillion 2 aushängen (links)	24
Abb. 8: Auflistung der Klappennummern der einzelnen Büros und Zimmer auf Pavillion 24/2, auch die der Sozialarbeiterin Frau L. (rechts)	24
Abb. 9: Türschild der Sozialarbeiterin Frau J.	48
Abb. 10: Die Tür zu den Büroräumen verschiedener ProfessionistInnen, wie der Sozialarbeit in dem externen Gebäude des Pavillions 2 (links)	48
Abb. 11: die genaue Betitelung und Auflistung der Räumlichkeiten der ProfessionistInnen, hinter dieser Tür (rechts)	48
Abb. 12: Büro der DSA Frau J.	49

Abb. 13: Bürotür der DSA Frau L.	49
---------------------------------------	----

Abb. 14: Büro der DSA Frau L.	49
------------------------------------	----

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Kristina Müllner, geboren am 16. 4. 1984 in Mistelbach, erkläre,

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

Gr. Krut, am 20. 8. 2008

.....