

Die Rolle sozialdiagnostischer Instrumente:

Erhebung der Lebenslage & Situationseinschätzung
in der Psychiatrie

Ronja Brückler, 1710406002

Virginia Firtescu, 1710406009

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 02.09.2020

Version: 1

Begutachter*in: Julia Schlägl, BA

Abstract (Deutsch)

Die vorliegende Forschungsarbeit hat ihren Ursprung im Projekt „Evaluierung des Inklusions-Charts 4“, welches seine Laufzeit im fünften und sechsten Semester des Studiums hatte. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wird der Frage nachgegangen, wie die Sozialarbeiter*Innen der psychiatrischen Abteilungen eines Universitätsklinikums in Niederösterreich zur Erhebung der Lebenslage ihrer Klient*Innen und Situationseinschätzung gelangen. Dabei liegt der Fokus darauf, zu erforschen, ob und wie sie in diesem Prozess sozialdiagnostische Instrumente einsetzen. Die Daten wurden anhand von Expert*Innen-Interviews nach Meuser/Nagel (1991) erhoben und mittels der Themenanalyse nach Froschauer/Lueger (2003) ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass es sinnvoll und auch notwendig ist, sozialdiagnostische Instrumente bei der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung einzusetzen.

Abstract (English)

This research work has its origin in a project called “Evaluation of the Inclusion-Chart 4”, which took place in the fifth and sixth semester of our academic studies. This bachelor’s thesis deals with the approach of the social workers in the psychiatric departments of a hospital located in Lower Austria to rising data regarding their patient’s current life circumstances and assessing the situation. The focal point lies in researching if and how they use social diagnostic instruments in this process. The data was collected by expert-interviews according to Meuser/Nagel (1991) and analysed by using methods based on the topic analysis according to Froschauer/Lueger (2003). The results show that it is not only reasonable but also necessary to use social diagnostic tools when it comes to rising data regarding patient’s current life circumstances and assessing the situation.

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| 1 Einleitung (Brückler/Firtescu)..... | 1 |
| 1.1 Zielsetzung und Relevanz der Forschung (Brückler) | 1 |
| 1.2 Aufbau der Arbeit (Firtescu) | 3 |
| 2 Forschungskontext (Firtescu) | 3 |
| 2.1 Forschungsinteresse und Forschungsfragen (Firtescu)..... | 3 |
| 2.2 Forschungsfeld (Firtescu)..... | 4 |
| 2.2.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie (Firtescu)..... | 4 |
| 2.2.2 Erwachsenenpsychiatrie (Klinische Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin) (Firtescu)..... | 5 |
| 2.3 Hypothesen (Firtescu) | 5 |
| 3 Forschungsprozess (Brückler/Firtescu) | 5 |
| 3.1 Relevante Operationalisierungen (Brückler/Firtescu) | 6 |
| 3.1.1 Lebenslage (Firtescu)..... | 6 |
| 3.1.2 Soziale Diagnostik bzw. Sozialdiagnostische Instrumente (Brückler)..... | 7 |
| 3.1.3 Notationssysteme (Brückler) | 8 |
| 3.1.4 Psychiatrie (Firtescu)..... | 9 |
| 3.2 Datenerhebung (Brückler) | 10 |
| 3.2.1 Expert*Innen-Interview (Brückler)..... | 10 |
| 3.2.2 Leitfadenerstellung (Brückler)..... | 11 |
| 3.2.3 Auswahl der Interview-Partner*Innen und Setting der Interviews (Brückler/Firtescu) | 12 |
| 3.2.4 Teilnehmende Beobachtung (Brückler)..... | 13 |
| 3.2.5 Beschreibung des Beobachtungssettings (Brückler)..... | 14 |
| 3.3 Auswertungsmethode – Themenanalyse (Brückler) | 14 |
| 3.3.1 Textreduktionsverfahren (Brückler) | 15 |
| 4 Forschungsergebnisse (Brückler/Firtescu)..... | 15 |
| 4.1 Die Rolle der Sozialen Arbeit bei der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung in der Psychiatrie (Brückler) | 16 |
| 4.1.1 Rolle der Sozialen Arbeit bei der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung in der KJPP (Brückler) | 16 |
| 4.1.2 Rolle der Sozialen Arbeit bei der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung in der EP (Brückler) | 18 |
| 4.2 Erfassung und Interpretation der Praxen (Brückler)..... | 19 |
| 4.2.1 Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung in der KJPP (Brückler) | 19 |
| 4.2.2 Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung in der EP (Brückler) | 24 |
| 4.3 Haltung der Sozialarbeiter*Innen gegenüber sozialdiagnostischen Instrumenten (Brückler/Firtescu) | 28 |
| 4.3.1 Ambivalente Haltung (Brückler/Firtescu) | 28 |
| 4.4 Vor- und Nachteile der Anwendung von sozialdiagnostischen Tools (Firtescu) | 34 |
| 4.5 Verbesserungsvorschläge in Bezug auf sozialdiagnostische Tools (Firtescu) | 39 |

| | | |
|--|---|-------------|
| 4.6 | Zeitfaktor im Arbeitsalltag (Firtescu)..... | 42 |
| 5 | Resümee (Brückler/Firtescu)..... | 49 |
| 6 | Ausblick für die Soziale Arbeit (Brückler/Firtescu)..... | 50 |
| 7 | Reflexion Forschungsprozess (Brückler/Firtescu) | 51 |
| Literatur | | 51 |
| Daten | | 54 |
| Abbildungen | | 55 |
| Abkürzungen | | 55 |
| Anhang..... | | I |
| Eidesstattliche Erklärung | | VIII |
| Eidesstattliche Erklärung | | IX |

1 Einleitung (Brückler/Firtescu)

Den Ausgangspunkt der vorliegenden Forschungsarbeit bildet die Annahme, dass die Anwendung von sozialdiagnostischen Instrumenten bei der Erhebung der Lebenslage von Klient*Innen und der Situationseinschätzung¹ in der Psychiatrie von Vorteil sind, indem sie den Sozialarbeiter*Innen eine ganzheitliche und präzise(re) Erhebung sowie Einschätzung ermöglichen. Aus diesem Grund wird der Frage nachgegangen, inwiefern die Sozialarbeiter*Innen in den psychiatrischen Abteilungen eines geographisch in Niederösterreich gelegenen Universitätsklinikums sozialdiagnostische Instrumente in diesem Prozess einsetzen.

1.1 Zielsetzung und Relevanz der Forschung (Brückler)

In den beiden letzten Jahrzehnten hat sich ungeachtet der Verschiedenheit der Motive und der in der Sozialen Arbeit aufeinandertreffenden beruflichen sowie gesellschaftspolitischen und wissenschaftlichen Traditionen ein gemeinsamer Ausgangspunkt Sozialer Diagnostik abgezeichnet: das Bewusstsein dafür, dass Soziale Arbeit verlässliche und sowohl methodisch als auch empirisch fundierte Ausgangspunkte für ihre Interventionen benötigt. Soziale Diagnostik kann hierfür einen Beitrag leisten. Die Debatte darüber, wie und bis zu welchem Grad sie dies erreichen kann, dauert jedoch an (vgl. Buttner et al. 2018:18).

Wird im Speziellen die Soziale Arbeit in der Psychiatrie betrachtet, sind zwei Erkenntnisse unvermeidlich: Auf der einen Seite die einiente Relevanz und auf der anderen Seite der wenig ausgebaute Status einer professionellen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie sowie im gesamten Gesundheitswesen (vgl. Sommerfeld et al. 2016:5).

Psychische Erkrankungen wirken sich fast immer auf alle Lebensbereiche der betroffenen Personen aus und führt diese häufig in Armut und in gesellschaftliche Randbereiche. Nicht nur die Menschen, die unmittelbar erkrankt sind, sind beeinträchtigt: Es machen sich auch im Umfeld der Betroffenen soziale Folgen bemerkbar. Es liegt eine sogenannte „zirkuläre Bedingungskonstellation“ vor: Soziale Faktoren sind ausschlaggebende Faktoren für psychische Krankheiten, welche wiederum oftmals die Ursache für gesellschaftlichen Ausschluss sind. Dieser wirkt sich abermals auf den Verlauf der Krankheit und die Lebenssituation der Betroffenen aus. Während letzteres aus traditioneller Sicht in das Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit fällt, zählen Interventionen auf sozialer Ebene, die auf die Behandlung der psychischen Krankheit abzielen, erst seit kurzem zum Zuständigkeitsbereich der (klinischen) Sozialen Arbeit (vgl. Sommerfeld / Hierlemann 2004:326-332). Der späte oder gar ausbleibende Einbezug der Sozialen Arbeit in das klinische Geschehen wird mit dem mangelnden Wissen der Ärzteschaft, Pflege und Psycholog*Innen über die Kompetenzen und Fähigkeiten der Sozialen Arbeit begründet (vgl. Bienz / Reinmann 2004:69). Soziale Arbeit in der Psychiatrie muss jedoch auf beiden der angesprochenen Ebenen handeln, um die Lücke

¹ Die Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung wird im Folgenden stellenweise als „Prozess“ abgekürzt

in Bezug auf die Bearbeitung der sozialen Dimension zu schließen (vgl. Sommerfeld / Hierlemann 2004:326-332).

Es ist der medizinische Diskurs, demgegenüber die Soziale Arbeit ihre eigenen professionellen Bezugspunkte bisher nicht in einer Form zur Geltung bringen kann, die einer interprofessionellen Kommunikation i.S. eines Austausches zwischen gleichwertig anerkannten Professionen gleichkommt (vgl. Quindel 2004:o.A.). Die Soziale Arbeit wird von den in der Gesundheitsversorgung etablierten Disziplinen zwar geschätzt, allerdings nur in dem „Format“, in dem es ihnen aus ihrer Sicht sinnvoll erscheint. Das bedeutet, dass die Soziale Arbeit nicht als gleichwertig, nicht als Profession, wahrgenommen wird. I.d.R. zählen Sozialarbeiter*Innen im klinischen Bereich nicht zum behandelnden Kernteam, sondern werden je nach Bedarf für konkrete Aufgaben, wie z.B. Ermitteln von Sozialversicherungsansprüchen, als Unterstützung hinzugeholt (vgl. Bienz / Reinmann 2004:o.A.). Dementsprechend verfügen sie auch nur über begrenzte Ressourcen. Somit hat die Soziale Arbeit in der Psychiatrie die Form einer funktional ausgeführten Hilfsprofession (vgl. Sommerfeld / Rüegger 2013:o.A.).

Zu den Hauptaufgaben Professioneller in der Sozialen Arbeit zählt, zu erkennen und zu verstehen was Menschen prägt und Situationen zu denen macht, die sie sind (vgl. Schrapp 2005). Soziale Diagnostik stellt ein zentrales Element professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit im Allgemeinen dar (vgl. Rüegger 2010:o.A.). Im Speziellen ist eine fachlich fundierte soziale Diagnose auch ein wesentliches Qualitätsmerkmal klinisch-sozialarbeiterischer Fallarbeit (vgl. Pauls 2004:205).

Unabhängig davon, ob Sozialarbeiter*Innen diagnostische Aufgaben bewusst wahrnehmen, sie vernachlässigen und/oder sogar entschieden ablehnen (vgl. Buttner et al.2018:o.A.), „beobachten, beschreiben analysieren und bewerten tun wir alle und jederzeit“. (Staub-Bernasconi 2003:33) Mit anderen Worten: Sozialarbeiter*Innen können nicht nicht diagnostizieren. Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt, ist die nach dem „was“ und dem „wie“. Im Zuge einer gewünschten Professionalisierung und besseren Positionierung in der Zusammenarbeit mit anderen Expert*Innen bleibt der Sozialen Arbeit nichts Anderes übrig, als sich ihrer Wege zu ihren Situationseinschätzungen als Grundlage der Hilfeplanung bewusst(er) zu machen (vgl. ebd.:269-270).

Vor diesem Hintergrund wird in der vorliegenden Forschungsarbeit die Rolle der Sozialen Arbeit als Profession bei der Erhebung der Lebenslage der Klient*Innen und der Situationseinschätzung in der Kinder- und Jugend- (KJPP) sowie Erwachsenenpsychiatrie (EP) des beforschten Universitätsklinikums beleuchtet. Weiters werden die diesbezüglichen Praxen der Sozialarbeiter*Innen untersucht, wobei das Hauptaugenmerk auf der Nutzung von sozialdiagnostischen Instrumenten liegt. Darüber hinaus wird auch die Haltung der Sozialarbeiter*Innen gegenüber letzteren im Allgemeinen und einem sozialdiagnostischen Tool im Speziellen – dem Inklusionschart (4) (IC4) – in den Blick genommen.

1.2 Aufbau der Arbeit (Firtescu)

Nachdem Zielsetzung und Relevanz der vorliegenden Forschungsarbeit erläutert wurden, wird nun in weiterer Folge der Forschungskontext dargestellt. Hierfür werden zunächst das Forschungsinteresse, die Forschungsfragen sowie das Handlungsfeld beschrieben. Zuletzt werden der Forschungsfokus und die Hypothesen dargelegt.

Das darauffolgende Kapitel 3 „Forschungsprozess“ beinhaltet die Operationalisierung der für die vorliegende Forschungsarbeit relevantesten Begriffe sowie die Beschreibung der Methoden zur Datenerhebung und -auswertung.

Der Hauptteil der Arbeit besteht aus der Darstellung der zentralen Ergebnisse, welche sich im Laufe der Forschung herauskristallisiert haben. Im Anschluss folgt ein Resümee und ein Ausblick für die Soziale Arbeit wird gegeben. Zuletzt wird der Forschungsprozess reflektiert.

2 Forschungskontext (Firtescu)

Das folgende Kapitel widmet sich dem Interesse für die Forschung und den daraus entstandenen Forschungsfragen. Darüber hinaus werden im Zuge des Forschungsfeldes die KJPP sowie die EP definiert. Der Forschungskontext beinhaltet demnach auch bereits im Vorhinein gehabte Vermutungen bzw. Hypothesen.

2.1 Forschungsinteresse und Forschungsfragen (Firtescu)

Im Rahmen des Studienganges der Autorinnen ist während des fünften und des sechsten Semesters ein Projekt vorgesehen, im Rahmen dessen auch die Bachelorarbeit 2 verfasst werden soll. Die Entscheidung für die Projektwerkstatt „Evaluierung des Inklusions-Charts 4“ stand schnell fest, da die Autorinnen bereits im Vorhinein an sozialdiagnostischen Instrumenten interessiert waren und sich gut vorstellen konnten, in diesem Feld zu forschen.

Da eine der beiden Autorinnen dank eines geplanten Kurzzeitpraktikums bereits Kontakt zu einem Sozialarbeiter in der KJPP eines niederösterreichischen Universitätsklinikums hergestellt hatte, bot es sich an, dieses als Forschungsstandort für die vorliegende Bachelorarbeit zu nutzen.

Im weiteren Verlauf des Projekts entwickelte sich das Interesse, zu erforschen, wie die Sozialarbeiter*Innen der psychiatrischen Abteilungen dieses Universitätsklinikums zur Erhebung der Lebenslage ihrer Klient*Innen und Situationseinschätzung gelangen und inwiefern sie in diesem Prozess sozialdiagnostische Instrumente einsetzen. Die Autorinnen interessierte ebenfalls, welchen Nutzen die Sozialarbeiter*Innen in der Anwendung dieser sehen und wie jene, die keine sozialdiagnostischen Tools verwenden, stattdessen vorgehen. Darüber hinaus stellten sie sich die Frage, wie in diesem Fall die Rahmenbedingungen verändert werden müssten, damit sie diese künftig (vermehrt) einsetzen.

Die Hauptforschungsfrage lautet daher: **Wie gelangen die Sozialarbeiter*Innen der Psychiatrien des beforschten Universitätsklinikums zur Erhebung und Einschätzung der Lebenslage ihrer Klient*Innen?**

Aus dieser Frage lassen sich nun folgende Detailfragen ableiten:

- Inwiefern benutzen die Sozialarbeiter*Innen dabei sozialdiagnostische Tools?
- Welchen Nutzen sehen die Sozialarbeiter*Innen in den angeführten Programmen bzw. Tools?
- Inwieweit überschneiden und/oder unterscheiden sich die genannten Programme bzw. Tools vom IC4?
- Weshalb benutzen die Sozialarbeiter*Innen keine sozialdiagnostischen Programme bzw. Tools und wie bevorzugen sie stattdessen vorzugehen?

2.2 Forschungsfeld (Firtescu)

Gemäß der Einteilung des Österreichischen Berufsverbandes für Soziale Arbeit (2004) wird in der vorliegenden Bachelorarbeit im Handlungsfeld Gesundheit geforscht. Zur Zielgruppe des Handlungsfeldes zählen unter anderem Patient*Innen in Krankenhäusern, Personen mit geistiger Beeinträchtigung und/oder mehrfach beeinträchtigte Menschen, körperlich beeinträchtigte Personen und psychisch beeinträchtigte Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene. Hier bietet Soziale Arbeit Unterstützung für eine möglichst eigenständige Lebensbewältigung, zur Verbesserung der familiären Situation, zur Ein- bzw. Wiedereingliederung in die Gesellschaft und versucht durch präventive Tätigkeit Benachteiligungen, die durch Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit entstehen, zu verhindern bzw. minimieren (vgl. OBDS 2004:6).

Bei dem Forschungsfeld handelt es sich um ein Universitätsklinikum in Niederösterreich mit einer klinischen Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, sowie einer Erwachsenenpsychiatrie. Beide Abteilungen bestehen jeweils aus einer Tagesklinik und einer Ambulanz, welche im darauffolgenden Abschnitt kurz näher erläutert werden.

2.2.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie (Firtescu)

Die KJPP ist für die psychiatrische Versorgung von zehn niederösterreichischen Bezirken zuständig. Die Leistungen werden für Kinder und Jugendliche mit auffälligem Verhalten, unterschiedlichen psychischen Erkrankungen und Störungen im Entwicklungsprozess im Alter vom ersten bis zum 18. Lebensjahr angeboten. Hierbei ist eine Einbeziehung der Angehörigen, sowie des Betreuungsumfeldes von hoher Bedeutung. Auf der Tagesklinik werden zehn teilstationäre Behandlungsplätze zur Therapie und Diagnostik angeboten. Ein Teil des Betreuungskonzeptes besteht darin, eine sogenannte Heilstättenschule zu besuchen. Wenn die Betreuung durch niedergelassene Fachärzt*Innen und Psycholog*Innen nicht ausreicht und eine stationäre Aufnahme nicht notwendig ist, wird das Angebot der Tagesklinik in

Anspruch genommen. Das multiprofessionelle Behandlungsteam besteht aus Ärzt*Innen, Psycholog*Innen, Musik- und Ergotherapeut*Innen, Logopäd*Innen, Pädagog*Innen, Gesundheits- und Krankenpfleger*Innen und Sozialarbeiter*Innen (vgl. Anonymisierte Einrichtung 2020b).

2.2.2 Erwachsenenpsychiatrie (Klinische Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin) (Firtescu)

Für Menschen über 18 Jahre, die sich in einer schwierigen sozialen Krise befinden oder eine psychische Erkrankung haben, besteht die Möglichkeit, das Angebot einer stationären oder tagesklinischen Behandlung in Anspruch zu nehmen. Die Betreuung erfolgt hierbei durch ein multiprofessionelles Team, wobei die stationäre Behandlung lediglich beansprucht werden sollte, wenn andere Formen der sozialpsychiatrischen Betreuung aus verschiedenen Gründen nicht genügen. Das Angebot einer individuell angepassten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären Behandlung richtet sich an alle Niederösterreicher*Innen mit psychischen Erkrankungen bzw. Problemen, bei denen eine ambulante Therapie nicht ausreichend ist (vgl. Anonymisierte Einrichtung 2020c).

Das Team besteht aus Ärzt*Innen, Ergotherapeut*Innen, Gesundheits- und Krankenschwestern und Pfleger*Innen, Klinische und Gesundheitspsycholog*Innen, Musiktherapeut*Innen, Physiotherapeut*Innen, Psychotherapeut*Innen, Sozialarbeiter*Innen und Mitarbeiter*Innen aus dem Verwaltungsbereich. Im Rahmen der Therapie werden die spezifischen Bedürfnisse und Besonderheiten in den Fokus genommen und in die Betreuung miteinbezogen (vgl. ebd.).

2.3 Hypothesen (Firtescu)

Einerseits bestand die Vorannahme, dass die Anwendung von sozialdiagnostischen Instrumenten im Prozess in der Psychiatrie von Vorteil ist, da die Visualisierung der Lebenslage den Sozialarbeiter*Innen eine präzisere und ganzheitlichere Erhebung und Einschätzung dieser ermöglicht. Andererseits existierte aufgrund von persönlichen Erfahrungen aus Praktika, dass sozialdiagnostischen Tools in der Praxis (bisher noch) wenig Bedeutung beigemessen wird. Als Grund hierfür wurde angenommen, dass nicht ausreichend Schulungen bzw. Weiterbildungen für Sozialarbeiter*Innen zur Thematik angeboten werden.

3 Forschungsprozess (Brückler/Firtescu)

Im Rahmen des Forschungsprozesses erfolgt eine Operationalisierung der relevantesten Begriffe, um mögliche Unklarheiten zu beseitigen und für ein besseres Verständnis zu sorgen. Anschließend werden die Methoden der Datenerhebung beschrieben. Zuletzt wird die Auswertungsmethode, die Themenanalyse nach Froschauer / Lueger (2003), beleuchtet.

3.1 Relevante Operationalisierungen (Brückler/Firtescu)

Im folgenden Kapitel wird näher auf die unterschiedlichen Begrifflichkeiten, welche im weiteren Verlauf der Arbeit immer wieder vorkommen, eingegangen. Dies erfolgt u.a. in Form von differenzierten Definitionen und Erklärungen. Das Ziel dessen ist es, darzulegen, in welchem Sinn die Begriffe in der vorliegenden Forschungsarbeit benutzt werden.

3.1.1 Lebenslage (Firtescu)

Laut Glatzer et al. (2002) sind marxistische Begutachtungen über die Situation der arbeitenden Klassen in England und soziologische Untersuchungen von Max Weber für die Bildung der Analysen und der Einführung jenes Begriffes zuständig. Darüber hinaus scheint René König als sogenannter Kronzeuge für die Entstehung der Bezeichnung „Lebenslage“ verantwortlich zu sein.

Die Bezeichnung des Begriffes ist im Unterschied zum Lebensweltbegriff kaum in Fachbüchern oder Lexika definiert, sondern wird anhand von Ausdrücken wie „Soziale Lage“, „Lebensqualität“ oder „Lebensverhältnisse“ umschrieben. Dies hängt damit zusammen, dass der Begriff „Lebenslage“ kaum zu den gerade genannten Wörtern unterschieden werden kann. Unter Lebenslage versteht man die Gesamtheit des Lebens von Menschen, sowie die individuelle und die gesellschaftliche Lebensführung. Der Begriff wird in der sozialen und pädagogischen Arbeit mit differenten Bedeutungen sowie in verschiedenen Verwendungszusammenhängen in Anwendung gebracht (vgl. Beck / Greving 2012).

„Unter Lebenslage versteht man die äußeren Umstände - dem für die Erfüllung der Grundanliegen bieten, die ihn bei der Gestaltung seines Lebens leiten, oder bei möglicher freier und tiefer Selbstbesinnung und zu konsequentem Verhalten hinreichender Willensstärke leiten würden.“ (Weisser 1978:274; zit. in Beck / Greving 2012)

Diese Definition von Weisser (1978:274) bedeutet, dass Lebenslagen nicht nur mit sozioökonomischen Formen wie Einkommen, Wohnungsgröße, Ausbildung etc. bestimmt werden können. Eher geht es hierbei um das eigene Wohlbefinden und darum, Chancen zu nutzen, welche die Qualität des Wohlbefindens verbessern. Der Begriff besteht in einem engen Verwandtschaftsverhältnis zum weitverbreitenden Deutungsmuster der Lebenswelt. Zusätzlich betonte Weisser die Abhängigkeit der eigenen Initiative von der Lebenslage. Insbesondere dann, wenn eine Lebenslage bereits seit Generationen besteht, besteht die Schwierigkeit aus dieser auszubrechen oder eine Veränderung zu bewirken, z.B. bei Lebenslagen, die sich im Bereich des physischen Existenzminimums befinden. Der Spielraum der eigenen Lebenslage wird aufgrund von politischen, sozialen und pädagogischen Interventionen beeinflusst. Dabei können sich unterschiedliche Möglichkeiten sowohl ergeben, als auch verschließen.

Im Gegensatz dazu wird bei einer anderen Erklärung des Begriffes auch auf das heuristische Konzept, die sogenannten horizontalen und vertikalen Faktoren eingegangen (soziale Differenzierung + soziale Ungleichheit). Es besteht die Annahme, dass verschiedene materielle und immaterielle Faktoren den Rahmen bestimmen, in welchem jede einzelne

Person unterschiedlich handeln kann. Neben den Standarddimensionen wie Einkommen oder Berufsposition werden zur Analyse sozialer Ungleichheit noch andere Dimensionen wie die Gesundheit, oder die Wohnumstände in den Blickwinkel genommen. Berücksichtigt werden neben objektiven und strukturellen Lebensbedingungen auch die subjektiven Wahrnehmungen bzw. Interpretationen der Individuen (vgl. Thole et al. 2012).

Eine sehr ähnliche Beschreibung bzw. Definition des Begriffes Lebenslage ist die folgende:

„Lebenslage und Realität setzen die einschränkenden und anregenden Bedingungen für die Lebenswelt und Wirklichkeit [...]. Wenn wir dies konkretisieren wollen, so lässt sich etwa die materielle und immaterielle Ausstattung eines Menschen seiner Lebenslage zuordnen. Dazu gehören nicht nur die Rahmenbedingungen im Sinne von materieller Ausstattung [...], sondern auch die immateriellen Ausstattungen.“ (Köttig et al. 2014)

Die am besten für die Forschungsarbeit geeignete Definition für den Begriff Lebenslage ist jene von Weisser (1978:274), da diese das eigene Wohlgefühl der Individuen anspricht, welches bezüglich eines Aufenthaltes auf der Psychiatrie von hoher Bedeutung ist. Des Weiteren geht er auch auf die Nutzung der Möglichkeiten und Chancen, die sich – wenn man diese Aussage auf die Arbeit überträgt – im Zusammenhang mit der Anwendung von sozialdiagnostischen Tools und der Erhebung der Lebenslage ergeben könnten, ein.

3.1.2 Soziale Diagnostik bzw. Sozialdiagnostische Instrumente (Brückler)

Soziale Diagnostik im modernen Sinn und als Instrument Sozialer Hilfe wurde erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts Thema. Den wichtigsten Impuls zur Sozialen Diagnostik lieferte die amerikanische Sozialarbeitspionierin Mary Richmond mit ihrem Buch „Social Diagnosis“, welches 1917 veröffentlicht wurde (vgl. Buttner et al. 2018:11). Darin behandelt sie sowohl das Sammeln als auch das Vergleichen und Auswerten von Fakten sowie ihre Interpretation. Erst diesen letzten Schritt bezeichnet Richmond (1917) als Diagnose (vgl. Richmond 1917:363).

Alice Salomon (2004) hat in ihrem 1926 erschienenen Buch „Soziale Diagnose“ wesentliche Gedanken von Richmond übernommen und damit den Diskurs zur Sozialen Diagnostik im deutschsprachigen Raum eingeleitet (vgl. Buttner et al. 2018:12). Salomon (2004) sieht die Soziale Diagnose als „Methode der Feststellung, der Ermittlung des individuellen Notstandes“ (Salomon 2004:256). Es geht darum, den Menschen in der Beziehung zu seiner Umwelt zu studieren und unterschiedliche Auskunftsquellen, wie z.B. Verwandte, Arbeitgeber*Innen, Nachbar*Innen u.v.m., sowie Dokumente bzw. schriftliche Auskünfte methodisch differenziert zu erhalten (vgl. Salomon 2004:257). Dabei kommt es nicht darauf an, möglichst viel Material zu sammeln, sondern das Wesentliche ist die „richtige“ Bewertung der Einzelheiten ebenso wie ihr Vergleich und ihre Interpretation (vgl. ebd.:261). Salomon (2004) spricht in ihrem Buch personale und Umweltressourcen an, die auch heute zentrale Aspekte Sozialer Diagnostik sind (vgl. Buttner et al. 2018:13).

Der Begriff der Sozialen Diagnostik beschreibt den diagnostischen Prozess, nicht seinen idealisierten Endpunkt. Nicht die Ergebnisse diagnostischen Handelns sind relevant, sondern der Weg dorthin (vgl. ebd.:22). Buttner et al. (2018) verstehen unter Sozialer Diagnostik im weiten Sinn die auf Verstehen und analytisches Durchdringen gerichteten professionellen

Handlungsmuster für die Praxis und Forschung Sozialer Arbeit – also die systematisierten und/oder methodisch definierten Prozesse, mit denen Fachkräfte der Sozialen Arbeit Antworten auf konkrete Fragen in der Praxis und ggf. der Forschung suchen. Vorausgesetzt, dass es sich um die soziale Lage von Klient*Innen handelt, kann Soziale Diagnostik auch als Methode zur kriteriengeleiteten Sammlung und Bewertung jener Informationen über die soziale Lage von Klient*Innen, die für die Einschätzung von Notwendigkeit, Dringlichkeit und Intensität sozialarbeiterischer Interventionen benötigt werden, bestimmt werden (vgl. ebd.).

Ein wichtiges Charakteristikum Sozialer Diagnostik ist ihr Prozess- und Hypothesencharakter. Ihre Ergebnisse sollen nicht zum stigmatisierenden Etikett werden können, sondern stets als Hypothesen betrachtet werden, die im weiteren Arbeitsprozess immer wieder überprüft werden (vgl. Hochuli Freund / Stotz 2017:216, Heiner / Schrappner 2010:209).

Die allgemeinste Funktion Sozialer Diagnostik ist es eine Antwort auf eine Frage in einer konkreten Situation zu geben. In der Sozialen Arbeit ist die am häufigsten gestellte Frage jene nach der richtigen Intervention (vgl. Buttner et al. 2018:24). Denn, wie Pantuček (2005) schreibt, müssen Sozialarbeiter*Innen auf irgendeine Art und Weise zu Interventionsentscheidungen sowie zu Entscheidungen darüber, welche Themen sie in Beratungsgesprächen ansprechen, gelangen (vgl. Pantuček 2005:o.A.). Im Allgemeinen kann die Funktion Sozialer Diagnostik als unentbehrlicher Beitrag zur Strukturierung sozialarbeiterischer Hilfe angesehen werden. Dieser beinhaltet stets einen reflexiven Anteil, für den Fall, dass er auch einen Einblick in das professionelle Tun gewährt. Soziale Diagnostik kann auch in der Selbstevaluation Sozialer Arbeit eine Rolle spielen, wenn sich Interventionsverläufe nachzeichnen lassen (vgl. Buttner et al. 2018:24).

3.1.3 Notationssysteme (Brückler)

Als Notationssysteme werden sozialdiagnostische Verfahren bezeichnet, deren einziger Zweck es zunächst ist, fallbezogene Informationen zu strukturieren und einer Bewertung zugänglich zu machen. Sie gehören in die Konstruktionsphase des Beratungsprozesses, d.h. in die Entwicklung eines (möglichst gemeinsamen) Bildes der Situation von Klient*Innen (vgl. Pantuček 2006:133).

Notationssysteme sind deshalb diagnostisch bedeutsam, weil sie das systematische Sammeln bestimmter Daten anleiten, während andere gleichzeitig gezielt ausgeblendet werden. Auf diese Weise kann der Aufmerksamkeitsfokus auf einzelne Aspekte – sogenannte „Schichten“ – der situationalen Komplexität gerichtet werden. Durch das „Übereinanderlegen“ mehrerer Notationen kann eine stufenweise reichere Abbildung erzielt werden (vgl. ebd.).

Notationen haben die Form von Listen und/oder Grafiken. Ihre Struktur verlangt es, mit Informationen befüllt zu werden und Leerstellen weisen auf bis dato ausgeblendete Daten hin. Die Interpretation von Notationen ist auf keinen Fall beliebig, aber relativ offen. Diagnostisch wirksam sind sie dadurch, dass sie ein Bild der Situation zeichnen, anhand dessen potenzielle Ziele und Lösungswese gesucht und debattiert werden können. Wie die meisten sozialarbeiterischen Diagnoseinstrumente können sie sowohl dazu dienen, Probleme zu entdecken als auch mögliche Lösungswege hervorzubringen (vgl. ebd.:133-134).

3.1.4 Psychiatrie (Firtescu)

Hans-Peter Steden (2003:18) definiert diesen Begriff wie folgt:

„Die Psychiatrie ist ein Fachgebiet der Medizin. Sie umfasst die Diagnose, Therapie und Prävention psychischer Erkrankungen des Menschen. Ihre Besonderheiten besteht darin, dass im Zentrum der Behandlung das Gespräch steht.“

Eine psychische Erkrankung kann nur durch eine genaue Beobachtung von auffälligem Verhalten festgestellt werden. Dadurch, dass diese Art von Erkrankungen meist einen sozialen Hintergrund besitzen und mit körperlichen Störungen in Zusammenhang stehen, besteht die Aufgabe der Psychiatrie darin, eine biologische, psychologische/psychoanalytische Betrachtungsweise anzuwenden. Die Psychiatrie steht besonders stark mit der Neurologie in Verbindung, welche für die Erforschung der organischen Beeinträchtigungen, des zentralen, peripheren und des vegetativen Nervensystems zuständig ist. Psychische Störungen entstehen des Öfteren aufgrund von Erkrankungen des Gehirns, wodurch sich dieser Zusammenhang ergibt. Des Weiteren wurden die Psychiatrie und Neurologie damals in der Nervenheilkunde zusammengefasst dargestellt. Im Rahmen einer Erstdiagnostik der Patient*Innen kommt es zu der sogenannten Ausschlussdiagnostik im Sinne einer neurologischen/körperlichen Untersuchung. (vgl. Steden 2003).

Innerhalb einer Psychiatrie gibt es unterschiedliche Arbeitsbereiche und Schwerpunkte. Hans-Peter Steden (2003:18) erwähnt unter anderem folgende Bereiche:

- Kinder- und Jugendpsychiatrie: Sie bildet ein eigenes Fachgebiet, wobei die psychischen Störungen vom Kleinkindalter an bis hin zur Adoleszenz begutachtet und behandelt werden. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie steht im Zusammenhang mit der Neurologie und Pädiatrie, der Entwicklungspsychologie, Tiefenpsychologie und Heilpädagogik
- Sozialpsychiatrie, Forensische Psychiatrie, Transkulturelle Psychiatrie

Bei einer anderen Definition von Dörr (2003) wird der Begriff Psychiatrie inhaltlich in drei Abschnitte geteilt, und beschrieben, sowie auch auf den geschichtlichen Kontext eingegangen:

1. Die Psychiatrie ist eine Disziplin und Profession der Medizin, welche sich mit der Diagnose, Intervention und Prävention von psychischen Erkrankungen, sowie mit deren Entstehung und Erforschung befasst. Das Fachgebiet der Psychiatrie versucht teilweise immer noch mentale Erkrankungen auf eine biologisch-naturwissenschaftliche Grundlage zurückzuführen. Das Problem liegt hierbei, dass die Individuen auf einen Träger gestörter physiologischer Körperprozesse reduziert werden, die es von den Fachkräften zu diagnostizieren gilt. Aufgrund dieser bereits damals eingebürgerten Denkweise wurden Betroffene in den Krankenhäusern bzw. Psychiatrien von den „Normalen“ und „Gesunden“ abgegrenzt behandelt und in der damaligen NS-Zeit sogar getötet.

„Die Entstehung der Profession Psychiater, einschließlich ihrer spezifischen professionellen Praxis, ist [...] ohne die medizinische Disziplinbildung Psychiatrie nicht vorstellbar.“ (Dörr 2003)

2. Die Psychiatrie stellt einen direkten sozialen Ort dar (z.B. psychiatrische Spitäler, Kliniken und Landeskrankenhäuser). In jenen Krankenhäusern spielt die Medizinforschung bei der Behandlung von psychischen kranken Menschen eine große Rolle. An diesem Ort halten sich Betroffen auf, welche zu Klient*Innen von klinisch-psychiatrischer Forschung und psychiatrischer Praxis geworden sind, da sich in auf einer Psychiatrie die Praxis und Theorie miteinander vereinen.

3. Die Psychiatrie lässt sich als soziale Institution bezeichnen, welche sich anhand einer Werte- und Normorientierung erkennen lässt. Zusätzlich ist die Psychiatrie aufgrund von hoher Nachfrage auf soziale Fragen entstanden und kann als Resultat des Zusammenwirkens von gesellschaftlichem Bedarf und Ressourcen betrachtet werden.

Basierend auf den Praxiserfahrungen der Autor*Innen kann eine psychiatrische Klinik – unabhängig von den oben genannten Definitionen des Begriffes Psychiatrie – als professionelle Rundumbetreuung, welche Raum und Möglichkeit schafft, über sich selbst hinaus zu wachsen und sich seinen Ängsten zu stellen, betrachtet werden. Des Weiteren werden nicht nur Probleme aus der Gegenwart, sondern auch vergangene negative Lebenserfahrungen durch psychosoziale Betreuung mit Hilfe von sozialarbeiterischer Methodenvielfalt aufgearbeitet und ins Zentrum der Behandlung/Betreuung gerückt. Die Klient*Innen werden dazu befähigt, ihre noch vorhandenen Ressourcen zur Gänze auszuschöpfen bzw. wahrzunehmen und Schritt für Schritt in einen stabilen Zustand zurück zu gelangen. Wird in der vorliegenden Forschungsarbeit also von „Psychiatrie“, einer „psychiatrischen Abteilung“ und oder „psychiatrischen Klinik“ gesprochen, ist diese „Rundumbetreuung“ gemeint.

3.2 Datenerhebung (Brückler)

In diesem Kapitel werden die ausgewählten Methoden der Datenerhebung dargestellt und erläutert. Für die vorliegende Forschungsarbeit wurden insgesamt vier Interviews geführt und zwei Beobachtungen angestellt. Weiters wird in den Unterkapiteln neben den Erhebungsmethoden sowohl auf die Auswahl der Interviewpartner*Innen als auch auf das Setting der Interviews und der Beobachtungen eingegangen.

3.2.1 Expert*Innen-Interview (Brückler)

Im Vergleich zu anderen Formen des qualitativen Interviews, wie z.B. dem episodischen Interview nach Flick (2011) oder dem narrativen Interview nach Schütze (1983), definiert sich das Expert*Innen-Interview nicht über eine konkrete methodische Vorgehensweise, sondern über den Gegenstand seines Interesses: die Expert*Innen (vgl. Bogner et al. 2014:9).

Der Status „Expert*In“ ist ein relationaler: Expert*Innen sind bis zu einem gewissen Grad Konstrukt des Forschungsinteresses (vgl. Meuser / Nagel 1991:443). Expert*In zu sein ist keine personale Eigenschaft oder Fähigkeit, sondern eine Zuschreibung, die in der Praxis stattfindet, indem Personen aufgrund eines spezifischen Forschungsinteresses anhand von

Interviewanfragen als Expert*In angesprochen werden. Sie sind allerdings nicht ausschließlich Schöpfungen der Forscher*Innen, denn bei der Expert*Innen-Auswahl wird i.d.R. auf Menschen zurückgegriffen, die im Allgemeinen als solche bezeichnet werden (vgl. Bogner et al. 2014:11).

Laut Meuser / Nagel (1991) wird als Expert*In angesprochen, „wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung oder über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt.“ (ebd.:443) Zusammenfassend lässt sich sagen: Wer die gesuchten Expert*Innen sind, bestimmen immer das spezifische Forschungsinteresse und die soziale Repräsentativität dieser (vgl. Bogner et al. 2014:11).

Basierend auf dem spezifischen Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit sind die gefragten Expert*Innen in diesem Fall die Sozialarbeiter*Innen der KJPP und EP des beforschten Universitätsklinikums. Sie werden als Expert*Innen ihrer eigenen Praxen in Bezug auf den Prozess sowie der Anwendung von sozialdiagnostischen Instrumenten in diesem Kontext betrachtet. Weiters gelten die Sozialarbeiter*Innen gemeinhin als Expert*Innen z.B. für die Anwendung und die praktische Umsetzung der Sozialgesetze. Während des gesamten klinischen Behandlungsverlaufes haben sie diagnostische, beratende und begleitende Aufgaben inne. Zusammen mit den Patient*Innen und deren Angehörigen sowie in Kooperation mit anderen Professionen erarbeiten sie sowohl individuelle als auch nachhaltige Unterstützungsmöglichkeiten für die Zeit während und nach dem Krankenhausaufenthalt (vgl. Anonymisierte Einrichtung 2020a).

Die Handlungsorientierungen, das spezifische Wissen und die Einschätzungen von Expert*Innen gestalten die Handlungsbedingungen anderer Beteiligter entscheidend (mit). Diese Praxisrelevanz ist der Grund, weshalb Expert*Innen-Interviews für viele empirische Forschungen von Bedeutung sind. Expert*Innen geben an, aus welcher Sicht und unter Verwendung welcher Bezeichnungen in der Gesellschaft über bestimmte Probleme reflektiert wird (vgl. Bogner et al. 2014:13,15). Das Hauptziel der vorliegenden Forschungsarbeit ist es, zu erforschen, wie die Sozialarbeiter*Innen der psychiatrischen Abteilungen des beforschten Universitätsklinikums zur Erhebung der Lebenslage ihrer Klient*Innen und Situationseinschätzung gelangen. Wie bereits erwähnt, werden die Sozialarbeiter*Innen als Expert*Innen ihrer eigenen Praxen in diesem Kontext betrachtet. Aus diesem Grund erschien das Expert*Innen-Interview auch für diese Forschung die geeignete Interviewform zu sein.

3.2.2 Leitfadenerstellung (Brückler)

Vor der Durchführung der Interviews wurde ein Leitfaden nach Flick (2009) erstellt. Dieser orientiert sich an der Hauptforschungsfrage sowie den daraus resultierenden Unterforschungsfragen. Er ist in drei Teile gegliedert: Einstiegsphase, Hauptteil und Interviewabschluss- bzw. Interviewausstiegsphase (vgl. ebd.:113-115).

Erstere wird durch die Einstiegsfrage eingeleitet und soll die Interview-Partner*Innen langsam an die Hauptthematik heranführen, indem oberflächliche Fragen gestellt werden. Es folgt der Hauptteil mit Fragen, die sich systematisch an das Forschungsinteresse richten. Im Rahmen

der Abschluss- bzw. Interviewausstiegsphase wird von Seiten der Interviewenden versucht, Denkanstöße zu vermitteln und den Interview-Partner*Innen Raum gegeben, bisher nicht thematisierte Aspekte ggf. ansprechen zu können (vgl. ebd.).

Die Interviewfragen² wurden entsprechend den Forschungsfragen entwickelt und in unterschiedliche Themenabschnitte unterteilt: Zu Beginn wurden den Interview-Partner*Innen Fragen zu ihren Erfahrungen in Bezug auf die Erhebung der Lebenslage ihrer Klient*Innen und Situationseinschätzung im Allgemeinen gestellt, anschließend Fragen zu ihrer individuellen Vorgehensweise dabei, gefolgt von Fragen zur Unterstützung der Klient*Innen bei der Erlangung eines Überblicks über ihre Lebenslage. In weiterer Folge wurden die Interview-Partner*Innen zur Verwendung von sozialdiagnostischen Instrumenten im Prozess sowie zu den Vor- und Nachteilen bzw. Verbesserungsvorschlägen der angewandten Tools befragt. Hat sich während des Interviews heraustkristallisiert, dass der*die Interview-Partner*In keine sozialdiagnostischen Instrumente anwendet, wurden die Nicht-Verwendung dieser im Kontext der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung sowie alternative Vorgehensweisen thematisiert. Darüber hinaus wurde gefragt, welche Veränderungen bzw. Adaptierungen der existieren sozialdiagnostischen Instrumente notwendig seien, damit jene Interview-Partner*Innen sie einsetzen würden. Zuletzt wurden Fragen zum IC4 im Speziellen gestellt.

3.2.3 Auswahl der Interview-Partner*Innen und Setting der Interviews (Brückler/Firtescu)

Aufgrund des für den Zeitraum von 18.02.2020 bis 12.03.2020 geplanten Kurzzeitpraktikums einer der beiden Autorinnen in der KJPP des beforschten Universitätsklinikums bestand bereits Kontakt mit einem der Sozialarbeiter der Abteilung. Im Rahmen des Vorstellungs- bzw. Kennenlerngesprächs für das Praktikum wurde Diplomsozialarbeiter (DSA) E. über das Forschungsvorhaben in Kenntnis gesetzt und gefragt, ob er sich für ein Interview bereit erklären würde. Er zeigte sich der Forschung gegenüber interessiert sowie offen und willigte ein. Darüber hinaus übermittelte er eine Liste mit den Kontaktdaten seiner Kolleg*Innen, welche im Anschluss von den Autorinnen per Email kontaktiert wurden. Auf diese Weise konnte mit drei weiteren Sozialarbeiter*Innen ein Interviewtermin vereinbart werden.

Bei der Auswahl der Interview-Partner*Innen wurde darauf Wert gelegt, dass ein Gleichgewicht zwischen der KJPP und der EP besteht. Aus diesem Grund wurden jeweils zwei Sozialarbeiter*Innen aus den Abteilungen interviewt. Die einzige Voraussetzung bei der Auswahl der Interview-Partner*Innen war, dass sie in der Psychiatrie tätig sind, ansonsten existierten keine anderen zu erfüllenden Kriterien. Die befragten Sozialarbeiter*Innen unterschieden sich sowohl in Bezug auf ihr Alter als auch auf die Dauer, wie lange sie bereits als Sozialarbeiter*Innen im Universitätsklinikum T. tätig sind sowie ihren konkreten „Einsatzort“ bzw. ihr konkretes „Einsatzgebiet“ innerhalb der Psychiatrie.

Alle Interview-Partner*Innen wurden im Vorhinein um ihre Zustimmung gebeten, die Gespräche für Forschungszwecke aufzeichnen zu dürfen. Dafür wurden sie gebeten, die Einwilligungserklärung der Fachhochschule zu unterschreiben. Weiters wurden sie darüber in

² s. Leitfaden Expert*Innen-Interviews im Anhang

Kenntnis gesetzt, dass ihre Angaben vertraulich und anonym behandelt werden. Vor dem Gespräch wurden die Interview-Partner*Innen ebenfalls kurz über den Ablauf dessen informiert.

Die ersten beiden Interviews fanden am 12. Dezember 2019 mit den Sozialarbeiter*Innen der KJPP in den jeweiligen Büroräumlichkeiten der Interviewpartner*Innen statt. Das erste Gespräch wurde um 14:32 Uhr mit Mag. (FH) T., der für die Ambulanz und Tagesklinik der KJPP zuständigen Sozialarbeiterin, geführt und dauerte 27 Minuten und 14 Sekunden. Das zweite Interview wurde im Anschluss daran mit DSA E. geführt und dauerte 59 Minuten und 42 Sekunden. DSA E. ist für zwei Kleingruppen der Bettenstation der KJPP zuständig: zum einen für die Akutgruppe für Kinder und Jugendliche jedes Alter und zum anderen für die Gruppe schulpflichtiger Kinder im Alter von sechs bis zehn Jahren.

Das dritte Interview wurde am 13.12.2019 mit der für die Klinische Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin zuständigen Sozialarbeiterin Frau B. durchgeführt. Das Gespräch wurde um 14:00 Uhr geführt und dauerte 23 Minuten. Das vierte und somit letzte Interview fand ebenso mit einer Sozialarbeiterin der EP, mit Frau S. am 03.01.2020 um 15:00 Uhr statt und dauerte 20 Minuten. Beide Befragungen erfolgten in ihren Büros des beforschten Universitätsklinikums.

Alle Gespräche wurden mittels Mobiltelefons aufgezeichnet und anschließend wurde jeweils ein Transkript erstellt.

3.2.4 Teilnehmende Beobachtung (Brückler)

Nach Lamnek (2005) stellt die teilnehmende Beobachtung eine Erfassung, Beschreibung sowie Analyse der natürlichen Umwelt von Individuen und Gruppen im jeweiligen Feld dar (vgl. ebd.:572). Sie erfolgt unstrukturiert, da im Vorhinein kein Beobachtungsschema entwickelt wird, in einer Face-to-Face-Interaktion im sozialen Feld (vgl. ebd.:575). Neben dem Beobachtungsvorgang an sich gilt es ebenfalls, zu versuchen, eine natürliche und zwanglose Kommunikationssituation herzustellen, um an wichtige Informationen zu gelangen (vgl. ebd.:573). Das wohl wichtigste Charakteristikum dieser Beobachtungsform ist, dass in der natürlichen Lebenswelt und nicht in einer sogenannten „Laborsituation“ beobachtet wird, weshalb die gewonnenen Informationen authentisch sind (vgl. ebd.:575). Gerade wegen ihrer Natürlichkeit bzw. Unverfälschtheit wurde die teilnehmende Beobachtung als eine Erhebungsmethode für die vorliegende Forschungsarbeit gewählt. Auch, wenn nie zur Gänze ausgeschlossen werden kann, dass durch den*die Beobachter*In ein Stück „Künstlichkeit“ in die Situation hineingetragen wird, ermöglicht die teilnehmende Beobachtung mit ihren Methoden die Authentizität des Verhaltens der zu beobachtenden Personen einzufangen. Dies ist von besonderer Relevanz, da die natürliche Situation ansonsten durch die bloße Anwesenheit des*der Forscher*In verändert werden kann (vgl. ebd.:572). Für die vorliegende Forschungsarbeit bedeutet dies im Konkreten, dass mittels der teilnehmenden Beobachtung auf eine unverfälschte Art und Weise die tatsächliche Vorgehensweise der Sozialarbeiter*Innen bei der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung erfasst werden konnte. Zudem konnte die Wirkung dieser auf die Klient*Innen anhand deren Reaktionen beobachtet werden.

3.2.5 Beschreibung des Beobachtungssettings (Brückler)

Beide Beobachtungen haben im Rahmen des Kurzzeitpraktikums im sechsten Semester der Fachhochschule im Zeitraum von 18.02. bis 12.03.2020 stattgefunden. Das Kurzzeitpraktikum wurde hauptsächlich auf der KJPP des beforschten Universitätsklinikums absolviert, allerdings hospitierte die Autorin auch einen Tag in der Erwachsenenpsychiatrie.

Das Praktikum wurde aus dem Grund als Beobachtungssetting ausgewählt, da auf diese Weise die Unverfälschtheit bzw. Authentizität der Beobachtungssituationen noch verstärkt erhalten werden konnte. Als Praktikantin nahm die Autorin eine besondere Beobachterinnen-Rolle ein, da die Sozialarbeiter*Innen sie bereits kannten und deshalb weniger als Forscherin, sondern mehr als Kollegin wahrnahmen. Zudem hielt sie sich nicht nur an einem im Vorhinein vereinbarten Tag für ein paar Stunden, sondern für einen längeren Zeitraum im Forschungsfeld auf. Lediglich aus diesem Grund konnte die zweite Beobachtung, welche spontan zustande gekommen ist, überhaupt stattfinden.

Das erste Gespräch fand nachmittags am 02.03.2020 in den Büroräumlichkeiten des Praxisleiters, DSA E., in der KJPP des Universitätsklinikums statt und dauerte ca. eineinhalb Stunden. Insgesamt waren drei Personen anwesend: DSA E., die Autorin und die Mutter einer Patientin. Zu Beginn stellte DSA E. der Mutter die Autorin als Praktikantin vor und fragte nach ihrem Einverständnis. Nachdem diese eingewilligt hat, dass die Autorin beim Gespräch anwesend sein darf, nahm erstere schräg hinter ihnen Platz. Während des Gesprächs hielt sie sich im Hintergrund und machte sich handschriftlich Notizen.

Bei der zweiten Beobachtung handelt es sich um ein Erstgespräch, welches spontan zustande kam, als die Autorin einen Tag lang eine Sozialarbeiterin der EP, Frau M., begleitete. Dieses wurde am 09.03.2020 mit Hrn. A. geführt, welcher wenige Tage zuvor stationär aufgenommen wurde. Die Dauer betrug ca. 40 Minuten und es waren ebenfalls drei Personen anwesend: Frau M., die Autorin und Hr. A. Wie bereits bei der ersten Beobachtung stellte auch Frau M. die Autorin Hrn. A. zunächst als Praktikantin vor und holte sich seine Zustimmung ein. Anders als beim ersten Gespräch, saß die Autorin diesmal dem Klienten gegenüber und neben Frau M. Aufgrund der Kurzfristigkeit, mit welcher sich die Beobachtung ergeben hat, wurden von der Autorin nicht währenddessen Notizen gemacht, sondern im Nachhinein ein Gedächtnisprotokoll verfasst.

3.3 Auswertungsmethode – Themenanalyse (Brückler)

Als Methode zur Auswertung der offenen, leitfadenorientierten Expert*Innen-Interviews (vgl. Meuser/Nagel 1991) wurde die Themenanalyse nach Froschauer und Lueger (2003) gewählt. Diese besteht grundsätzlich aus zwei Strategien, dem Textreduktions- und dem Codierverfahren, und ist geeignet, wenn

- der manifeste Inhalt im Zentrum steht,
- Themen aus der Perspektive unterschiedlicher Akteur*Innen verglichen und
- Expert*Innen-Gespräche analysiert werden sollen (vgl. Froschauer / Lueger 2003:158).

Aus eben diesen Gründen erschien die Anwendung der Themenanalyse als Methode der Datenanalyse im Fall der vorliegenden Forschungsarbeit sinnvoll: Zum einen liegt der Interessensfokus auf den Meinungen und Einschätzungen der befragten Sozialarbeiter*Innen. Zum anderen wurden sowohl Sozialarbeiter*Innen der KJPP als auch der EP, die zusätzlich alle in anderen Abteilungen (z.B. Tagesklinik, Ambulanz, Akutstation, etc.) tätig sind, interviewt. Ein Ziel der Arbeit ist es, das Thema „Soziale Diagnostik“ aus der Sicht dieser unterschiedlichen Akteur*Innen darzustellen. Weiters werden die befragten Sozialarbeiter*Innen als Expert*Innen ihrer Praxen der Erhebung der Lebenslage und der Situationseinschätzung betrachtet, weshalb es sich bei der Auswertung der geführten Interviews um die Analyse von Expert*Innen-Gesprächen handelt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Themenanalyse in erster Linie dazu dient, „Überblick über Themen zu verschaffen, diese in ihren Kernaussagen zusammenzufassen und den Kontext ihres Auftretens zu erkunden“. (ebd.) Das Textreduktionsverfahren beinhaltet im Konkreten drei Schritte: die Zusammenfassung der zentralen Interviewthemen, deren Dimensionierung und die Beleuchtung der Argumentationsstruktur (vgl. ebd.:159).

3.3.1 Textreduktionsverfahren (Brückler)

Zuerst werden zusammengehörige Textstellen identifiziert und einem gemeinsamen Thema zugeordnet. Es ist von der bzw. den Forschungsfrage(n) abhängig, wie ein solches lauten kann. Hierfür muss zunächst die Frage gestellt werden, was ein wichtiges Thema ist und in welchen Stellen des Transkripts es zum Ausdruck kommt. Auch relevant ist, von welcher Person und in welchem Kontext es angesprochen wird. Im zweiten Schritt werden die wichtigsten Charakteristika des Themas und die Zusammenhänge, in denen es vorkommt, herausgearbeitet. Gegebenenfalls wird im Anschluss auch betrachtet, in welcher Abfolge Themen angesprochen werden. Als nächstes findet eine vergleichende Analyse mit dem Schwerpunkt auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten statt. Hierfür wird der Frage auf den Grund gegangen, inwiefern innerhalb oder zwischen den Interviews Unterschiede bezüglich der Themen auftreten. Zuletzt wird überlegt, wie die besonderen Themencharakteristika in den Kontext der Hauptforschungsfrage integriert werden können (vgl. Froschauer / Lueger 2003:159-162).

4 Forschungsergebnisse (Brückler/Firtescu)

In diesem Kapitel werden die Forschungsergebnisse, die sich aus der Analyse der Interviews mittels der beschriebenen Auswertungsmethode und der teilnehmenden Beobachtungen ergeben haben, dargestellt.

4.1 Die Rolle der Sozialen Arbeit bei der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung in der Psychiatrie (Brückler)

In diesem Unterkapitel wird zunächst kurz angeschnitten, welche Rolle die Soziale Arbeit bei der Erhebung der Lebenslage der Klient*Innen und Situationseinschätzung in den beiden psychiatrischen Abteilungen des beforschten Universitätsklinikums innehaltet. In diesem Kontext erscheint es besonders von Bedeutung, aufzuzeigen, wie der Auftrag der Sozialarbeiter*Innen zustande kommt. Es besteht die Hypothese, dass die Art und Weise, auf welche sie diesen erhalten, eine entscheidende Auswirkung darauf hat, wie sie in weiterer Folge die Erhebung der Lebenslage und die Situationseinschätzung gestalten. Mit „gestalten“ ist gemeint, ob sie z.B. sozialdiagnostische Instrumente in diesen Prozess mit einbauen.

4.1.1 Rolle der Sozialen Arbeit bei der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung in der KJPP (Brückler)

Anhand der geführten Interviews wird ersichtlich, dass die Erhebung der Lebenslage der Klient*Innen und die Situationseinschätzung keine spezifisch sozialarbeiterischen Aufgaben darstellen. Es liegt in der Verantwortung des gesamten Behandlungsteams, die (Not-)Lagen der Patient*Innen zu erfassen sowie eine unmittelbare Gefährdungssituation einzuschätzen (vgl. TI2:326-328, 333-334).

„Infofern . . . oiso i man, da da redet die [die Klientin; d. Verf.] ja mit ana Psychologin oder Psychotherapeutin und die kummt donn zu mir und sagt donn: „Heast schau amoi, pass auf, die hat ein Riesenproblem beim (. . .) an Job zu finden“. (TI2:334-336)

Bevor die Klient*Innen Kontakt mit den Sozialarbeiter*Innen der KJPP haben, sprechen sie i.d.R. bereits mit anderen professionellen Helfer*Innen des Behandlungsteams, wie z.B. mit Psycholog*Innen und/oder Psychotherapeut*Innen. Diese klären im Vorhinein ab, welcher Unterstützungsbedarf besteht und welche Rolle die Sozialarbeiter*Innen dabei übernehmen (können), um in weiterer Folge mit einem klar formulierten Auftrag an diese heran zu treten. Die Tatsache, dass die Sozialarbeiter*Innen der KJPP sehr spät – falls überhaupt – mit den Patient*Innen in ein Gespräch kommen, kann auf die strukturellen Rahmenbedingungen der Abteilung zurückgeführt werden. Es existieren geregelte Abläufe, welche die Akutsituationen, in denen sich die Klient*Innen befinden, wenn sie die KJPP aufsuchen, erfordern. Dazu zählt, dass in jedem Fall zuerst eine Abklärung durch die Ambulanzärzt*Innen erfolgt. In weiterer Folge werden Psycholog*Innen für diverse Testungen hinzugezogen und im Anschluss erhalten die Patient*Innen psychotherapeutische Unterstützung (vgl. B1). Beobachtungen während des Praktikums haben gezeigt, dass sich auch Klient*Innen, die sich bereits stationär auf der KJPP befinden, mit ihren Anliegen primär an die zuständigen Ärzt*Innen und/oder Psychotherapeut*Innen wenden (vgl. ebd.). Es wird vermutet, dass der Grund hierfür im engmaschigen Betreuungssetting dieser beiden Professionen liegt.

„[...] jede Soziale Diagnostik oder Erweiterung da Sozialanamnese . . . is ja . . . ah erfolgt ja ned aufgrund unseres eigenmächtigen Handelns, sondern aufgrund einer Beauftragung – hier auf der KJPP – in äh in in da Gruppe. Sozusagen im im in da in da im multiprofessionellen Behandlungsteam . . .“ (TI2:28-31)

Die Sozialarbeiter*Innen der KJPP setzen keine sozialdiagnostischen Instrumente bei der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung und/oder der Erweiterung der Sozialanamnese ein, ohne dass sie von Seiten des multiprofessionellen Behandlungsteams dazu aufgefordert werden. Beobachtungen während des Praktikums zeigen, dass die Beauftragung in den meisten Fällen durch die Ärzt*Innen, welche die therapeutischen Gruppen der Station leiten, erfolgt (vgl. B1). Manchmal schlagen die Sozialarbeiter*Innen von sich aus vor, mit den Klient*Innen z.B. eine Netzwerkkarte zu zeichnen (vgl. TI2:31-33). Die Umsetzung findet jedoch nicht ohne Rück- bzw. Absprache mit dem Behandlungsteam auf Basis der alleinigen Entscheidung der Sozialarbeiter*Innen statt. Als Grund dafür, weshalb es für die Anwendung von sozialdiagnostischen Instrumenten eine Beauftragung bzw. das „OK“ von Seiten des multiprofessionellen Behandlungsteams bedarf, gibt der Befragte – DSA E. – an:

„Oiso diese alleinige Spezialisten-Position, die hom wir ned, sondern ollas, wos wir tuan, erfolgt schon in Abstimmung mit dem Behandlungsteam und in enger Kooperation mit Psychologen, Psychotherapeuten, Ärzten, Pflege und und und, ja.“ (TI2:397-399)

Dieser Aussage nach zu urteilen, erfordert das selbstständige Einsetzen von sozialdiagnostischen Instrumenten bei der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung, dass die Soziale Arbeit als einzige Profession über eine Expert*Innen-Position in diesem Kontext verfügt. Wie bereits zu Beginn des Kapitels festgehalten wurde, sind die Erhebung der Lebenslage und die Situationseinschätzung jedoch keine spezifischen Aufgaben der Sozialarbeiter*Innen, sondern des gesamten Behandlungsteams der KJPP. Somit sind die Sozialarbeiter*Innen nicht die einzigen professionellen Helfer*Innen, die über besondere Kenntnisse und/oder Fähigkeiten in Bezug auf diese Thematik verfügen, weshalb es erforderlich zu sein scheint, dass alle ihre Interventionen in Abstimmung und Kooperation mit dem multiprofessionellen Behandlungsteam erfolgen.

„So und letzten Endes sama ja ned wir sind ja hier speziell ned diese . . . Kämpfer alleine.“ (TI2:393-395)

Wie auch diese Aussage zeigt, betont DSA E. während des Interviews immer wieder die Rolle der Sozialen Arbeit als „Teamplayer“ im multiprofessionellen Behandlungsteam der KJPP. Die anderen professionellen Helfer*Innen erwarten scheinbar insbesondere von den Sozialarbeiter*Innen, dass sie keine Einzelgänger*Innen sind. Es wird vermutet, dass der tatsächliche Grund dafür, weshalb die Sozialarbeiter*Innen in diesem Prozess nicht auf Grundlage ihrer eigenständigen, fachlichen Einschätzung sozialdiagnostische Instrumente einsetzen dürfen, jedoch vorrangig im „Standing“³ ihrer Profession innerhalb des multiprofessionellen Behandlungsteams verortet werden kann. Auf diese Hypothese wird im nächsten Absatz vertiefend eingegangen.

Interessant ist, dass die Angehörigen der anderen Professionen sehr wohl regelmäßig Interventionen setzen, welche nicht in Abstimmung und/oder Kooperation mit den Sozialarbeiter*Innen geschehen. Dies wird auf die Hierarchiestruktur in der Abteilung, welche im Praktikum beobachtet werden konnte, zurückgeführt. Dieser zufolge stehen an erster Stelle

³ Mit „Standing“ ist der Rang bzw. das Ansehen gemeint

die Ärzt*Innen, gefolgt von den Psycholog*Innen an zweiter, den Psychotherapeut*Innen an dritter, dem Pflegepersonal an vierter und den Sozialarbeiter*Innen an letzter Stelle (vgl. B1). Demnach erscheint das oben angeführte Argument von DSA E. auf den zweiten Blick nicht aussagekräftig. Die Tatsache, dass die Sozialarbeiter*Innen der KJPP nicht die einzigen Expert*Innen in Bezug auf die Lebenslage der Patient*Innen und die Situationseinschätzung sind, ist kein plausibler Grund dafür, weshalb sie sozialdiagnostische Instrumente nicht nach eigenem Ermessen einsetzen können, bzw. dürfen, sollten. Denn wie die Sozialarbeiter*Innen der KJPP, verfügen auch die anderen Professionsangehörigen nicht über eine alleinige Spezialisten-Position, aber treffen (Handlungs-)Entscheidungen auf Basis ihrer fachlichen Einschätzung auch ohne Abstimmung und/oder Kooperation mit der Sozialen Arbeit (vgl. B1). Darauf basierend wird die Vermutung angestellt, dass DSA E. die angeführte Argumentation als „Ausrede“ benutzen könnte, um keine aus seiner Sicht aufwendigen sozialdiagnostischen Instrumente anwenden zu müssen. Darauf wird im Kapitel 4.3 „Haltung der Sozialarbeiter*Innen gegenüber sozialdiagnostischen Instrumenten“ näher eingegangen.

4.1.2 Rolle der Sozialen Arbeit bei der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung in der EP (Brückler)

Die Sozialarbeiterinnen⁴ der EP erhalten ihren Auftrag fast ausschließlich in Form von ärztlichen Zuweisungen. Die Ärzt*Innen teilen den Sozialarbeiterinnen „Fälle“ zu, von denen sie annehmen, dass sozialarbeiterischer Handlungsbedarf besteht (vgl. TI3:28-33). Im Gegensatz zur KJPP steht es jedoch jeder Sozialarbeiterin frei, wie sie die Arbeit mit den Patient*Innen gestaltet.

„Wie jeder die Soziale Arbeit hier im Krankenhaus da gestaltet, ist ein recht offener Bereich, also man kann hier sehr, sehr nach seiner persönlichen Arbeitsauffassung gestalten.“ (TI4:224-226)

Demnach ist die Vorgehensweise der Sozialarbeiterinnen einerseits davon abhängig, welche Einstellung sie zu ihrer Arbeit in Bezug auf deren gewissenhafte Erledigung haben (vgl. TI4:232:234). Andererseits wird sie auch von der Abteilung, auf der die Sozialarbeiter*Innen tätig sind, beeinflusst. Im Konkreten ist damit der Auftrag, welchem die Station obliegt, gemeint (vgl. ebd.:326-344). Während es z.B. das Ziel der Akutstation der EP ist, die Patient*Innen erst zu stabilisieren, gilt es auf der Psychotherapiestation, aktiv mit ihnen an einer Veränderung ihrer Lebenslage zu arbeiten (vgl. B1).

Diese Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass grundsätzlich nur jene Sozialarbeiterinnen der EP – welche die Anwendung von sozialdiagnostischen Instrumenten als essenziellen Bestandteil einer präzisen Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung erachten – diese auch einsetzen. Weiters unterscheiden sich die Vorgehensweisen in der Praxis je nachdem, in welcher Abteilung bzw. auf welcher Station sie arbeiten. Im Gegensatz zur KJPP benötigen sie für die Anwendung aber nicht erst die Zustimmung und/oder einen Auftrag von Seiten des multiprofessionellen Behandlungsteams. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass den Sozialarbeiter*Innen der EP von den anderen Professionsangehörigen ein Expert*Innen-Status zugesprochen wird.

⁴ Hier wird bewusst nicht gegentert, da in der EP des beforschten Universitätsklinikums ausschließlich Sozialarbeiterinnen tätig sind.

4.2 Erfassung und Interpretation der Praxen (Brückler)

In diesem Unterkapitel werden die Praxen der Sozialarbeiter*Innen des beforschten Universitätsklinikums im Hinblick auf die Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung erfasst sowie interpretiert. Dabei wird der Fokus auf die Anwendung von sozialdiagnostischen Instrumenten gerichtet. Es wird u.a. analysiert, ob die Sozialarbeiter*Innen diese i.S. von Notationssystemen und/oder diagnostischen Verfahren einsetzen.

4.2.1 Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung in der KJPP (Brückler)

Anhand des Interviews mit Frau T. wird ersichtlich, dass sie bei der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung als Diagnoseinstrumente „sehr gerne“ (TI1:3) das Genogramm und das Soziale Atom⁵ einsetzt. Diese erachtet sie insbesondere deshalb als effizient, da sie auf der Ambulanz und der Tagesklinik der KJPP arbeitet (vgl. ebd.:3-8). Ihre Äußerung lässt erahnen, dass in diesen Teilbereichen der Abteilung besondere strukturelle Rahmenbedingungen existieren, welche spezielle Anforderungen an die Sozialarbeiter*Innen stellen. Darauf wird im Kapitel 4.3 „Haltung der Sozialarbeiter*Innen gegenüber sozialdiagnostischen Instrumenten“ näher eingegangen.

4.2.1.1 Das Genogramm

Die Entscheidung, ob Frau T. im Rahmen dieses Prozesses ein Genogramm anwendet, hängt davon ab, was im Rahmen des Ambulanzerstgesprächs von den Ärzt*Innen entschieden wird. Nicht für alle Klient*Innen, die in die Ambulanz kommen, ist sie letztendlich tatsächlich zuständig. Wird z.B. beschlossen, dass ein*e Patient*In für einen therapeutischen Aufenthalt stationär aufgenommen wird, ist einer ihrer beiden Kollegen verantwortlich (vgl. TI1:326-331).

In erster Linie erstellt Frau T. mit den Patient*Innen der Tagesklinik Genogramme (vgl. ebd.:329). Basierend auf den Beobachtungen während des Praktikums ist dies auf das engmaschigere Betreuungssetting zurück zu führen. Patient*Innen, die ausschließlich ambulant angebunden sind, kommen zwar ebenfalls regelmäßig zu vereinbarten Terminen, diese finden allerdings nur alle ein bis zwei Wochen und meistens ohne Sozialarbeiter*In mit den Ärzt*Innen statt (vgl. B1). Das multiprofessionelle Team der Tagesklinik befürwortet es, dass Frau T. Genogramme anfertigt, da es dem viele Informationen entnehmen kann (vgl. TI1:329-330).

Den Interviewaussagen kann entnommen werden, dass sowohl das Erstellen des Genogramms als auch die Arbeit mit dem sozialdiagnostischen Instrument im Anschluss kooperativ mit den jugendlichen Patient*Innen erfolgt. Frau T. nutzt hierfür die Software „GenoGraph“ (Wessiepe 2007) (vgl. TI1:148, 15-155).

⁵ Die erwähnten sozialdiagnostischen Instrumente werden in der vorliegenden Forschungsarbeit nicht im Einzelnen behandelt, da dies den vorgesehenen Rahmen sprengen würde. Für nähere Informationen s. z.B. pantucek.com

„Oiso i erklär ihnen, was gemacht wird und wos es ihnen auch bringen kann und wo sie auch, sog i, gestalterisch mittun können und es is daunn imma jo . . . fia mi sehr interessant zu sehen, wos fia Reaktionen dann entstehen.“ (TI1:186-188)

Frau T. scheint sich dessen bewusst zu sein, dass das Genogramm – wird es als diagnostisches Verfahren eingesetzt – grundsätzlich zeitintensiv ist. Aus diesem Grund erarbeitet sie es mit den Klient*Innen nicht innerhalb einer Stunde bzw. eines Termins, sondern teilt die Arbeit auf drei bis sechs Sitzungen auf.

„Oiso i bin jetzt ned da Mensch, der a Genogramm . . . sagt „wir hom jetzt a Stunde, wir mochn jetzt des gaunze Genogramm“, sondern i moch des auf drei, fünf, sechs Sitzungen. Des wächst, do kummt imma mehr dazu.“ (TI1:78-80)

Auf diese Weise entsteht kein zeitlicher Druck und eine ausführliche Bearbeitung ist möglich. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass die Arbeit mit dem Genogramm in Summe nicht so (zeit-)aufwendig ist, wie prinzipiell in der Praxis angenommen wird (vgl. B1).

„[...] ma kaunn si a so wunderbar Zeit lossen dabei, des find i schön.“ (TI1:77-78)

Es lassen sich zwei grundlegende Motive von Frau T. für die Verwendung des Genogramms bei der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung ableiten:

„Des Genogramm tu ich anaseits fürn Patienten oder die Patientin und andaraseits a fias ganze Team oben, damit die sehen wie [familiäre; d. Verf.] Zusammenhänge sind, weil sie anfoch . . Ambulanzerstgespräch . . die Informationen ned bekommen.“ (TI1:173-176)

Beobachtungen während des Praktikums haben gezeigt, dass es sich bei familiären Zusammenhängen um Informationen handelt, die im Fallverlauf von Relevanz sind. Bei anderen Fallbeteiligten, welche darüber i.d.R. keine Auskunft während des Ambulanzerstgesprächs erhalten, ergeben sich diesbezüglich häufig Fragen, mit welchen sie in weiterer Folge an Frau T. herantreten (vgl. B1).

„[...] a so nochher zum Reflektieren für mich is es immer sehr interessant, wos seh i, wos wos kann ich nachher noch fragen, was erkenn ich oder wo Kolleginnen oben in der Tagesklinik z.B. dann sogn „Aha warum is die Beziehung plötzlich gut und die is nicht gut, warum is da a Blitz, und da is ka Blitz, wieso funktioniert do oder warum is da Altersunterschied plötzlich so komisch.“ (TI1:81-85)

Auf die Art und Weise, wie Frau T. das Genogramm anwendet, dient es einerseits dazu, im familiensystemischen Sinn Aufschluss über die familiären Konstellationen zu geben. Andererseits zeichnet es auch ein Bild der Familiensituation auf emotionaler Ebene. Insbesondere dieses wirft laut dem obigen Zitat häufig Fragen auf. Diese stellen einen Anhaltspunkt dar, anhand dessen in weiterer Folge mögliche Ziele und Lösungswege gesucht sowie diskutiert werden können.

„Wo ma waß, ma is des einzige Kind vo sieben Kindern, des am Leben is. Wos in da Familie so verdrängt wird, und plötzlich sieht ma des auf Papier und merkt plötzlich: „Ok . . . i erkenn jetzt,

warum i eigentlich a Depression hob. Weil kana mit mir über meine sechs Gschwister redet, die nimma unter uns weilen". Weil des anfoch so aufd Seith gschoben woan is.“ (TI1:192-196)

Hier wird ersichtlich, dass Frau T. das Genogramm auch in der direkten Zusammenarbeit mit den Klient*Innen einsetzt, um mit ihnen an ihrer Familienbiografie in Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung zu arbeiten. Im Falle der oben angeführten Aussage handelt es sich um eine Patient*In mit einer Depression, deren Mutter sechs Fehlgeburten erlitten hat⁶ (vgl. TI1:190). Die Visualisierung der familiären Beziehungen spielt hier eine große Rolle. Auf diese Weise wird für die Klientin – Sophie – ersichtlich, dass innerhalb ihrer Familie ein Tabuthema existiert. Ein Thema, das verdrängt wird, das sie aber offensichtlich beschäftigt. Aus Sicht der Autorin sollte die oben angeführte Aussage von Frau T. jedoch auch kritisch betrachtet werden, da sie den Eindruck erweckt, als wäre die Verdrängung der Fehlgeburten innerhalb der Familie die alleinige Ursache für die Depression der Klientin.

„I find des Genogramm is genial, weil anfoch die Patienten sehn . . . , dass si Systeme wiederholen. Und des is . . . i hob des glaub i zu 95 Prozent, doss si Dinge wiederholen.“ (TI1:61-63)

Laut Pantuček (2005b) liegt die Attraktivität des Genogramms in dessen zahlreichen Bezügen zum Alltagsdenken. Es knüpft sowohl an familienzentriert „systemisches“ als auch an psychoanalytisches und an archaisches (Schicksals-)denken an. Dabei rücken intergenerationale Beziehungen sowie die Vorstellung, dass sich Muster wiederholen, ins Zentrum (vgl. ebd.:o.A.). Der Aspekt der sogenannten „sozialen Vererbung“ ist ein weiterer Grund dafür, weshalb Frau T. das Genogramm bei der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung einsetzt.

„[...] sie is dann plötzlich da gsessn bei dem Genogramm [...] und hot dann gsogt: „Wow, des is des gleiche wie bei meina Mutter.“ [...] Und do find i . . . foit dann scho da Groschn bei vielen, die des dann sehn.“ (TI1:60-70)

Im oben angeführten Zitat handelt es sich um eine Klientin, die von einem Lebenspartner ihrer Mutter missbraucht worden ist (vgl. TI1:67-68). Das Mädchen hat laut Frau T. anhand des erstellten Genogramms erkannt, dass sich in Bezug auf ihre Beziehungen dasselbe Muster wie bei ihrer Mutter abzeichnet. Diese wurde wiederum von ihrem Vater, d.h. dem Großvater der Patientin, missbraucht. In all den Beziehungen, welche die Klientin bisher hatte, war – ebenso wie bei ihrer Mutter – sexuelle Gewalt im Spiel (vgl. ebd.:63-69). Wie bereits im Fall von Sophie spielt auch hier die Visualisierung eine bedeutende Rolle. Dies lässt die These zu, dass sie auf Klient*Innen „augen-öffnend“ wirkt und das Genogramm Sozialarbeiter*Innen somit dabei unterstützen kann, auch sehr sensible Themen – wie sexuelle Missbrauchserfahrungen – in der Beratung anzusprechen. Diese Hypothese wird dadurch unterstützt, dass Frau T. während des Interviews angibt, in ihrer früheren Tätigkeit in einem Verein gegen Kindesmissbrauch regelmäßig Genogramme erstellt zu haben (vgl. ebd.:321-322).

Anhand der beschriebenen Motive kann geschlussfolgert werden, dass Frau T. das Genogramm bei der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung sowohl als

⁶ s. Genogramm im Anhang

Notationssystem für eine überblicksartige Darstellung der Familienbeziehungen, als auch als diagnostisches Verfahren in der Beratungstätigkeit – für die Arbeit mit den Klient*Innen an ihrer Familiengeschichte – einsetzt.

Wie das Genogramm von Sophie⁷ zeigt, richtet das Diagnoseinstrument den Blick auf die Familiengeschichte – somit auf die Vergangenheit – und die sich daraus ergebenden Beziehungen, Bezüge sowie Verpflichtungen. Dabei liegt der Fokus auf der Exploration der Tabus, Bündnissen, Antipathien, Ängsten, u.v.m. Laut Schlippe et al. (1995) sind jedoch die Geschichten, welche die Klient*Innen in den gemeinsamen Sitzungen zu den verschiedenen Daten erzählen, das Wichtigste in der Arbeit mit dem Genogramm. Diese bilden das Fundament für ein neues Verständnis der Gegenwart (vgl. ebd.:34). Dieser Aspekt kommt auch im Fall des betrachteten Genogramms zum Vorschein: Die Schlussfolgerungen von Frau T. zeigen, dass sie während des gemeinsamen Erstellens mit der Klientin noch weitaus mehr Informationen über die Lebenslage von Sophie erhalten hat, als im „Endprodukt“ – der Grafik – zu erkennen ist (vgl. B1).

Das Genogramm bietet eine Vielzahl von Interpretationsmöglichkeiten, darunter sowohl „systemische“ als auch tiefenpsychologische Deutungen. Dadurch wirkt es ähnlich wie ein Rorschach Test (vgl. Pantuček 2005b:o.A.). Im Gegensatz zu anderen sozialdiagnostischen Instrumenten, wie z.B. dem Inklusionschart 4 (IC4), lässt es allerdings die Inklusion in verschiedene Funktionssysteme (Rechtsstatus, Geldverkehr, Mobilität, etc.) sowie die Funktionsfähigkeit (Gesundheit, Kompetenzen) außer Acht. Sein Einsatz hat eine weitgehende Auswirkung auf die Thematik der Beratung: Indem Genogramm-Arbeit die mehrgenerationale familiäre Beziehungsgeschichte als dominantes Thema in der Beratung platziert, verdrängt es andere mögliche Themen. Des Weiteren kann die Orientierung auf die Familie und Vergangenheit zwar für therapeutische Arbeitsweisen sinnvoll sein, in der Sozialen Arbeit kann sie jedoch den Blick von den aktuellen alltagsbezogenen Problemstellungen, den weiteren sozialen Bezügen sowie den naheliegenden Handlungsmöglichkeiten weglenken (vgl. ebd.)

Die geführten Interviews zeigen, dass nicht nur Frau T. in der Ambulanz und Tagesklinik, sondern auch DSA E. auf der Station der KJPP regelmäßig Genogramme zur Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung einsetzt (vgl. TI2:10). Wie bereits im Unterkapitel 4.1.1 „Rolle der Sozialen Arbeit bei der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung in der KJPP“ festgehalten wurde, wenden die Sozialarbeiter*Innen der Station der KJPP jedoch keine sozialdiagnostischen Instrumenten in diesem Prozess an, ohne dass sie von Seiten des multiprofessionellen Behandlungsteams dazu aufgefordert werden. Aus diesem Grund erscheint es von Interesse, darzustellen, in welchen „Fällen“ es aus Sicht der anderen Professionsangehörigen sinnvoll ist, sozialdiagnostische Tools einzusetzen.

Während des Praktikums erhält DSA E. im „Fall“ eines zwölfjährigen Mädchens, welches ein sexualisiertes Verhalten zeigt, vom Gruppen leitenden Arzt den Auftrag, mit den Kindeseltern ein Genogramm zu erfassen. Von Seiten des Teams besteht die Hypothese, dass das Verhalten von Lina in Zusammenhang mit der Beziehung der KE – welche von allen beteiligten Helfer*Innen als konflikthaft erlebt wird – in Zusammenhang stehen könnte. Der konkrete

⁷ s. Genogramm im Anhang

Auftrag von DSA E. besteht darin, mit Hilfe des Genogramms die familiären Beziehungen darzustellen. Dabei soll er den Fokus auf das Verhältnis der KE zueinander legen. Diesbezüglich stellt der behandelnde Arzt auch die Anforderung an DSA E., herauszufinden, ob diese eine aufrechte sexuelle Beziehung miteinander haben.

DSA E. zufolge bildet das „Presented Problem“, das sexualisierte Verhalten von Lina, den Ausgangspunkt für die Erarbeitung des Genogramms. Dieses soll den Zweck erfüllen, die Beziehungen der Familienmitglieder zueinander und Situationen, welche sich über Generationen hinweg wiederholt haben bzw. wiederholen (z.B. transgenerationale bzw. generationenübergreifende Konflikte) zu visualisieren. Folgende Aspekte sind bei der Erarbeitung von besonderem Interesse: häufige Umzüge und/oder Belastungen zwischen den KE sowie Linas Platz in der Peergroup (vgl. B2).

Im „Fall“ von Lina wird ersichtlich, dass DSA E. das Genogramm als Notationssystem verwendet, um einen Überblick über die familiären Beziehungen zu erhalten. Das Ziel der Anwendung wurde im Vorhinein vom fallführenden Arzt festgelegt: Informationen über das Verhältnis der KE zueinander – auch in sexueller Hinsicht – zu gewinnen. Dies lässt einerseits die Schlussfolgerung zu, dass das Genogramm dem multiprofessionellen Team vorrangig als Informationsquelle dient. Andererseits scheint es, als sollte es Hinweise liefern, welche die Hypothese(n) der Fallbeteiligten bestätigen. DSA E. selbst arbeitet ausschließlich dieses eine Mal mit den KE, um das Genogramm zu erfassen. Zum Zeitpunkt der Durchführung sind keine weiteren Termine vorgesehen (vgl. B1). Dies vermittelt den Eindruck, als habe er als Sozialarbeiter lediglich die Rolle des Informationsbeschaffers.

4.2.1.2 Das Soziale Atom

Wie zu Beginn des Kapitels festgehalten wird, nutzt Frau T. neben dem Genogramm auch das Soziale Atom.

„Sie mochn des mit Münzen: Sie Sie frog'n, welche Person welche Münze is und in welchem Zusammenhang die Personen zueinanderstehen. Also es is wie so eine Mini-Aufstellung mit Münzen. (T11:12-14)“

Sie setzt dieses jedoch nicht auf die „klassische“ Art und Weise um, indem sie die Klient*Innen ihr soziales Umfeld zeichnen lässt, sondern alternativ im Sinne von Aufstellungen. Frau T. fordert die Patient*Innen dazu auf, ihr persönliches Netzwerk anhand von Gegenständen, wie z.B. Münzen, zu visualisieren. Es hat sich heraukristallisiert, dass sie das Soziale Atom einerseits anwendet, um einen Überblick über das soziale Netz der Klient*Innen und die darin vorhandenen Beziehungen zu erhalten. Andererseits soll es auch aufzeigen, wo Ressourcen vorhanden sind (T11:235).

„Und plötzlich woa do a Urtante und a Urgrößmutter, Urlioma, die zwoa ned örtlich neben da Klientin gwohnt hot, oba trotzdem da is.“ (T11:237-238)

Ob Frau T. das Soziale Atom einsetzt, ist – wie die folgende Aussage zeigt – situationsabhängig:

„Also ich stelle schon auf, aber das is situationsbedingt mit wos fia ana Thematik die Klientin kummt und wie gsogt, i bin Sozialarbeiterin. Do san eher Themen Schule, Tagesstruktur, Helferkonferenzen planen, Zuarbeiten zu den Psychiatern und Psychotherapeuten an Informationen, wos i krieg, wos eigentlich ned in meinen Part . . . gehört.“ (TI1:261-265)

Im Konkreten kommt es darauf an, welche Thematik(en) die Klient*Innen in die Beratung mitbringen. Davon eignen sich manche besser für die Anwendung des Sozialen Atoms bzw. von Aufstellungen als andere. Sozialarbeiterische Themen kommen dafür scheinbar seltener in Frage. Im Vergleich zum Genogramm führt sie das Soziale Atom bzw. die Aufstellung innerhalb eines Termins durch, d.h. es wird nicht laufend ergänzt.

Darauf basierend lässt sich schließen, dass Frau T. das Soziale Atom bzw. die Aufstellung vorrangig als Notationssystem anwendet, um ein Bild von der sozialen Situation ihrer Klient*Innen zu erhalten bzw. zu entwickeln, anhand dessen Ressourcen sichtbar werden und mögliche Ziele sowie Lösungswege gesucht und debattiert werden können.

4.2.2 Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung in der EP (Brückler)

Im Hinblick auf die Erhebung der Lebenslage und der Situationseinschätzung der Sozialarbeiterinnen⁸ der EP des beforschten Universitätsklinikums hat sich eine Besonderheit abgezeichnet:

„Ehm genau wir arbeiten dann mit einem Assessment Bogen, den wir uns selbst zusammengestellt haben, also genauer genommen eigentlich die Frau H., und den hom wir dann irgendwie adaptiert im Laufe der Zeit, weil ma eben dann hoid draufkommen is, dass doch a paar Sohn fehlen und dass deswegen etwas ungenauer is und do wird hoid versucht, e h h noch dem zu arbeiten des is eben so unser Leitfaden der richtet sich noch die fünf Säulen der Identität.“ (TI3:35-41)

Nachdem die medizinische Stabilisierung der Klient*Innen erfolgt und in Rücksprache mit dem Team beschlossen wurde, dass diese in der entsprechenden Verfassung sind, wird im Rahmen eines Erstgesprächs damit begonnen, die Lebenslage anhand des eigenen Assessment-Bogens zu erheben. Die Erhebung wird, falls möglich, auf zwei bis drei Gespräche aufgeteilt (vgl. TI4:19-23). Dabei erfasst die zuständige Sozialarbeiterin die sogenannten „Eckdaten der sozialen Absicherung“ (ebd.:41-43). Mit jenen Eckdaten sind folgende Lebensbereiche der Klient*Innen gemeint: Wohnen, berufliche Situation / Finanzielles, Familie und das soziale System (vgl. ebd.:19-23). Neben den bereits genannten „Eckpunkten der sozialen Absicherung“ (ebd.:41-43) werden anhand des Assessment-Bogens auch Freizeit bzw. Hobbies und Werte der Klient*Innen erfragt (vgl. TI3:43-46).

„Ahm die Erfahrung is, dass es meistens sehr kurzfristig und sehr schnell im Krankenhaus zu einem Ergebnis kommt. Des heißt ich versuche im Gespräch ahh, das schwierigste Akute am schnellsten zu erfassen, gemeinsam auch mit dem behandelnden Team. Und von hier aus dann in k u r z e n Stichwörtern zu erheben, a h h wie dieses Akutproblem zu lösen is. Wenn der Klient,

⁸ Hier wird bewusst nicht gegedert, da in der EP des beforschten Universitätsklinikums ausschließlich Sozialarbeiterinnen tätig sind

dann Patient, länger bleibt, dann kann ich noch weiter in die Tiefe gehen, sonst nicht mehr.“ (TI4:6-13)

Was genau mit „Ergebnis“ gemeint ist, führt die Befragte, Frau S., nicht aus. Es liegt die Vermutung nahe, dass es sich hierbei um Entscheidungen, welche die Klient*Innen betreffen, wie z.B. Behandlung, Aufenthaltsdauer, Verlegung, Entlassung, etc., handelt. Es kann geschlussfolgert werden, dass dies für die Vorgehensweise der Sozialarbeiterinnen der EP im Hinblick auf die Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung konkret folgendes bedeutet: Im Erstgespräch bzw. in den Erstgesprächen wird in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Team versucht, jenen Faktor der Akutsituation als erstes ausfindig zu machen, welcher für die Patient*Innen als am bedrohlichsten eingeschätzt wird. Im zweiten Schritt wird in Stichwörtern erhoben, wie dieses akute Problem am besten zu lösen ist. In die Tiefe kann nur gegangen werden, wenn die Klient*Innen bzw. Patient*Innen länger, i.S. eines therapeutischen Aufenthalts, in der EP bleiben. Was genau Frau S. mit „in die Tiefe gehen“ meint, bleibt offen. Es wird davon ausgegangen, dass darunter die Bearbeitung, u.a. auch anhand weiterer sozialdiagnostischer Instrumente, von Herausforderungen – welche sich neben dem akutesten bzw. bedrohlichsten Problem während der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung offenbaren – verstanden werden kann.

Entsteht bei Frau S. aufgrund einer Nebenbemerkung – welche der*die Klient*In während des Erstgesprächs z.B. bei der Abfrage des Punktes „Einkommen“ des Assessment-Bogens macht – die Vermutung, dass er/sie Schulden haben könnte, fragt sie diesbezüglich nach und schaut sich die Situation genauer an. Falls sich ihr Verdacht bestätigt und die Dauer des Aufenthalts ausreicht, kann sie in einem weiteren Schritt maximal noch das Ausmaß der Schulden erheben und eine Zusammenstellung dieser anfertigen (vgl. TI4:301-304). Dahingegen scheint es im Hinblick auf „Akutgeschichten“ (ebd.:308-310) selbstverständlich möglich zu sein, diese innerhalb der Aufenthaltsdauer in Angriff zu nehmen:

„Akutgeschichten wie Inkassobüro anrufen und Schuldenstopp erwirken, Krankenhaus is immer die Möglichkeit und heißt Stopp von allen Behördenwegen, Inkassos. Ja das ist natürlich möglich, dafür ist auch die Anamnese gut.“ (TI4:308-310)

Der Zweck der Anamnese anhand des Assessment-Bogens ist es, die Sozialarbeiter*Innen auf Situationen wie diese aufmerksam zu machen, damit sie in weiterer Folge entsprechend ihrer Möglichkeiten agieren können.

Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass sowohl die Anzahl der prekären Situationen von Klient*Innen als auch die Ausführlichkeit, mit welcher die Sozialarbeiterinnen der EP diese behandeln können, von der Dauer ihres Aufenthalts abhängig sind. Aus einer weiteren teilnehmenden Beobachtung während des Praktikums geht hervor, dass es i.d.R. zwei Verlaufsmöglichkeiten des Erstgesprächs in der EP gibt:

Frau M. – jene Kollegin der beiden befragten Sozialarbeiterinnen, welche das Erstgespräch führt – stellt dem Klienten, Hrn. A., zu Beginn frei, sich für eine der folgenden Optionen zu entscheiden: Entweder er erzähle ihr frei von seinem Leben und sie entnehme davon die Informationen, die sie braucht, um die Fragen des Assessment-Bogens beantworten zu können oder sie stelle ihm diese Fragen und er beantworte sie. In diesem Fall entscheidet sich

Herr A. für die zweite Variante. Anschließend arbeitet Frau M. mit ihm den Assessment-Bogen Frage für Frage ab. Dabei entsteht der Eindruck, als würde er darauf warten, dass ihm die Fragen gestellt werden, denn von sich aus sagt bzw. erzählt Hr. A. nichts. Die Fragen beantwortet er knapp, in manchen Punkten fragt Frau M. verständnis- und/oder interessehalber genauer nach, aber auch hier gibt er nur so viel Information, als notwendig (vgl. B3).

Die Interviews und die Beobachtung lassen die Schlussfolgerung zu, dass die Sozialarbeiterinnen der EP ihren Leitfaden, den Assessment-Bogen, i.S. eines „klassischen“ Assessments anwenden. Darunter wird eine umfassende Bestandsaufnahme – Analyse – der Lebenssituation der Klient*Innen verstanden, auf deren Basis anschließend das Unterstützungsangebot entworfen werden kann. Jene Bestandsaufnahme zwischen Sozialarbeiter*In und Klient*In soll kooperativ in einem zielgerichteten Beratungs- und Aushandlungsprozess erfolgen. In diesem Rahmen soll ebenfalls eine Einschätzung der Situation durch die Klient*Innen selbst erzielt werden (vgl. Löcherbach 2004:71).

Dementsprechend ist es die zentrale Aufgabe des Assessments, von den individuellen sowie subjektiven Bedürfnissen der Klient*Innen zum erforderlichen Bedarf an Hilfen und Leistungen zu gelangen, indem eine Differenzierung und Konkretisierung dieser vorgenommen wird. Diese Schritte sind notwendig, da ansonsten die Gefahr besteht, dass die Klient*Innen ihre Bedürfnisse und auch Wünsche ausschließlich angebotsorientiert nennen (vgl. ebd.:72).

Der Vorteil des Assessment-Bogens der EP im Speziellen scheint darin zu liegen, dass er das (Erst-)Gespräch strukturiert und die Sozialarbeiterinnen der EP schnell eine Übersicht über die sogenannten „Eckpunkte der sozialen Absicherung“ (Tl4:41-43) erhalten. Zusätzlich wird auch der Eindruck erweckt, als falle es den Klient*Innen in diesem Rahmen leichter, über Unangenehmes – wie z.B. Schulden – Auskunft zu geben. Dies wird auf den „Checklisten-Charakter“ des Assessment-Bogens zurückgeführt: Basierend auf der Beobachtung wird angenommen, dass dieser den Patient*Innen vermittelt, dass es sich auch bei einem „heiklen“ Thema wie diesem nur um einen weiteren Punkt auf der Liste handelt, welchen es von Seiten der Sozialarbeiter*In abzufragen gilt. Entscheiden sich die Klient*Innen – wie Hr. A. – für die zweite Variante des Erstgesprächs wird allerdings befürchtet, dass dieses ausschließlich auf einer oberflächlichen Ebene bleibt. Zum einen deshalb, da die Fragen zum Großteil geschlossen formuliert sind. Zum anderen auch deswegen, da diese in erster Linie an existentielle Themen (z.B. finanzielle Situation, Wohnen) gerichtet sind. Dadurch scheint die emotionale Gefühlslage der Patient*Innen ein Stück weit vernachlässigt zu werden. Unter diesen Umständen wird es als schwierig erachtet, dass Sozialarbeiter*In und Klient*In eine Beziehung zueinander aufbauen können. Es besteht die Vermutung, dass die Mehrheit der Patient*Innen die zweite Option für das Erstgespräch wählen. Unter Umständen erscheint ihnen diese „einfacher“, da sie sich auf diese Weise mit unangenehmen Themen nicht auseinandersetzen müssen, indem sie jene schlichtweg nicht ansprechen bzw. erwähnen und/oder näher ins Detail gehen müssen.

An dieser Stelle muss allerdings hinterfragt werden, ob es überhaupt sinnvoll wäre, bereits bei Erstgesprächen in die Tiefe zu gehen.

„Oftmals ist es aufgrund der Erkrankung mmmh schwer möglich, schon in nähere Details und ausführliche Details zu gehen.“ (Tl4:58-59)

Neben dieser Aussage von Frau S. deutet auch das am Beginn des Kapitels angeführte Zitat – in welchem sie erwähnt, dass die Klient*Innen erst medizinisch stabilisiert und mit dem Team Rücksprache gehalten werden müssen / muss (vgl. TI4:19-23) – darauf hin, dass im Rahmen des Erstgesprächs noch nicht vertiefend auf die sich dabei ergebenden Thematiken eingegangen werden sollte. Es wird angenommen, dass dies für die Patient*Innen in der Akutsituation eine Überforderung darstellen würde.

Anders gestaltet sich die Erhebung der Lebenslage und die Situationseinschätzung, wenn die Sozialarbeiterinnen der EP die Klient*Innen bereits durch Aufenthalte in der Vergangenheit kennen:

„Oft is so, dass wir Patienten dann auch schon kennen, durch Voraufenthalte und dann gehma natürlich hoid a afoch selbstständig hin und fragen mal noch was so passiert is noch dem letzten Aufenthalt.“ (TI3:33-35)

In diesen Fällen ist es für die Sozialarbeiterinnen selbstverständlich, dass sie auch ohne ärztliche Zuweisung die Klient*Innen aufsuchen und sich danach erkundigen, was sich seit ihrem letzten Aufenthalt ereignet hat. Es kann auf die persönliche Beziehung – welche sie zu den Patient*Innen während der bzw. des letzten Aufenthalte(s) aufgebaut haben – zurückgeführt werden, dass die Sozialarbeiterinnen der EP hier nicht auf einen Auftrag von ärztlicher Seite warten (müssen). Weiters wird angenommen, dass jene Klient*Innen dieselben bzw. ähnliche Thematiken mitbringen, wie beim ersten Aufenthalt, im Rahmen dessen Soziale Arbeit bereits „verordnet“ wurde. Dies würde legitimieren, dass die Sozialarbeiterinnen ohne ärztliche Zuweisung und/oder Rücksprache Kontakt mit den Patient*Innen aufnehmen.

Aus den Interviews hat sich herauskristallisiert, dass neben dem Assessment-Bogen fallweise auch andere (sozialdiagnostische) Tools zur Anwendung kommen:

„Eine Zeit lang, da hab ih auf der Tagesklinik gearbeitet, do san die Patienten 10 Wochen da, daun schaut man schon, dass man zumindest moi a Netzwerkkarte e h h m mocht, oder vielleicht wenn oiso da würds aber hauptsächlich dann darum gehen, um die Ressourcenorientierungen.“ (TI3:64-67)

Mit dieser Aussage von Frau B. wird der Eindruck erweckt, als stelle ein Aufenthalt von mehreren Wochen die Voraussetzung dafür dar, dass neben dem Assessment-Bogen noch andere (sozialdiagnostische) Instrumente eingesetzt werden. Gleichzeitig macht es den Anschein, als wäre das Anfertigen einer Netzwerkkarte das Mindeste, was sich die Sozialarbeiterinnen der EP in diesem Zeitraum von sich selbst und ihren Kolleginnen erwarten. Zudem wird basierend auf der Äußerung angenommen, dass sie die Netzwerkkarte als geeignet empfinden, um Ressourcen aufzuzeigen. Frau B. führt nicht weiter aus, was sie konkret mit Ressourcenorientierung meint. Daher wird von folgendem ausgegangen: Die Netzwerkkarte dient dazu, die in Form von persönlichen Beziehungen vorhandenen Ressourcen im sozialen Umfeld der Klient*Innen zu erfassen und zu visualisieren. An diesen können sich die Sozialarbeiterinnen im weiteren Verlauf des Hilfeprozesses orientieren.

4.3 Haltung der Sozialarbeiter*Innen gegenüber sozialdiagnostischen Instrumenten (Brückler/Firtescu)

Eine Vorannahme der vorliegenden Forschungsarbeit lautete, dass der Anwendung von sozialdiagnostischen Instrumenten in der Praxis der Sozialen Arbeit (noch) wenig Bedeutung beigemessen wird. In den vorangegangenen Kapiteln wurde zum einen bereits aufgezeigt, dass sowohl die Sozialarbeiter*Innen der KJPP als auch der EP des beforschten Universitätsklinikums bei der Erhebung der Lebenslage und der Situationseinschätzung fallweise sozialdiagnostische Tools – wie Genogramm, Soziales Atom bzw. Aufstellung(en) und Assessment-Bogen – einsetzen. Zum anderen wurden die jeweiligen Praxen, u.a. anhand der Unterscheidung von Notationssystemen und diagnostischen Verfahren, analysiert und interpretiert. In diesem Kapitel soll nun die Haltung der Sozialarbeiter*Innen gegenüber den Instrumenten, die sie benutzen, und sozialdiagnostischen Tools im Allgemeinen näher beleuchtet werden.

4.3.1 Ambivalente Haltung (Brückler/Firtescu)

Die Interviewpartner*Innen tätigten eine Vielzahl von Aussagen, welche auf eine ambivalente Haltung ihrerseits gegenüber sozialdiagnostischen Instrumenten hinweisen. Grundsätzlich zeigen sie eine offene Einstellung in Bezug auf ihre Anwendung, auch was den Einsatz von ihnen bisher unbekannten Verfahren betrifft (Brückler):

„[...] ja, ich würde mit neuen Systemen arbeiten. Also ich bin da sehr offen, ja.“ (TI1:141)

Darüber hinaus erkennen die Sozialarbeiter*Innen auch die Sinnhaft- und/oder Notwendigkeit der Anwendung von sozialdiagnostischen Tools bei der Erhebung der Lebenslage und der Situationseinschätzung. Den Erfahrungen von Frau B. zufolge müssen die Sozialarbeiter*Innen zumindest in irgendeiner Form über einen Leitfaden verfügen, anhand dessen sie beim Erstgespräch vorgehen (können). Ansonsten besteht die Gefahr, dass sie vergessen, manche Dinge zu erfragen und/oder sich wiederum in anderen Themen verlieren (vgl. TI3:3-7). Dies lässt die Vermutung zu, dass es in der Akutsituation für die Sozialarbeiter*Innen des beforschten Universitätsklinikums schwierig ist, den Überblick über die wesentlichen Aspekte, welche es zu erheben gilt, zu behalten. Da sich der Assessment-Bogen – der in der EP zur Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung eingesetzt wird – an den fünf Säulen der Identität nach Petzold (1993) orientiert, wird davon ausgegangen, dass es sich bei jenen Aspekten um Körper und Gesundheit, soziale Beziehungen, Arbeit und Leistungsfähigkeit, materielle Sicherheit sowie Werte und Ideale handelt. Werden diese Punkte zu Beginn nicht ausführlich erhoben, indem die jeweiligen Lebensbereiche abgefragt werden, ergeben sich im weiteren Fallverlauf bzw. der Fallführung sehr viele Fragen (vgl. ebd.:11-14). (Brückler)

„Weil eben mein Erfahrung ist, wenn man das net ordentlich mocht [...] dann gibt's nacher irgendwo a Fragezeichen, is xy überhaupt möglich, weil man goa net was wie es auf der finanziellen Ebene ausschaut oder e h wies auf der Wohnsituationsebene ausschaut oder so. Wos gut läuft, wos schlecht läuft oder so.“ (TI3:16-22)

Eine ausführliche Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung anhand eines sozialdiagnostischen Instruments, wie z.B. dem Assessment-Bogen, ist erforderlich, damit sich die Sozialarbeiter*Innen von der Problematik ein (Gesamt-)Bild machen können. Dazu zählt z.B., zu klären, welche Personen in den „Fall“ involviert sind und/oder aus welchen Gründen ein ambulantes Setting für die Patient*Innen nicht mehr ausreichend war bzw. sich ihr gesundheitlicher Zustand verschlechtert hat. Der Assessment-Bogen hilft den Sozialarbeiterinnen der EP dabei, diese Faktoren „aufzudecken“, so dass sie in weiterer Folge dementsprechend Interventionsmöglichkeiten entwickeln und abwägen können (vgl. TI3:149-153). (Brückler)

Abgesehen von der positiven Auswirkung auf die Qualität der Fallbearbeitung – welche eine ausführliche Erhebung der Lebenslage sowie Risikoeinschätzung anhand eines Leitfadens zu haben scheinen – sprechen die Sozialarbeiter*Innen einen weiteren Aspekt in Zusammenhang mit der Notwendigkeit von sozialdiagnostischen Instrumenten an (Brückler):

„Grundsätzlich würd ihs super finden, wenn des [ein sozialdiagnostisches Instrument; d. Verf.] olle Sozialarbeiter in gaunz Österreich anwenden würden, weil daun würd ma sie ah wahrscheinlich oft ganz vü Arbeit ersparen.“ (TI3:200-202)

Dieses Zitat veranschaulicht die grundsätzliche Einstellung von Frau B. in Bezug auf soziale Diagnostik und die dazugehörigen Tools. Die Aussage deutet darauf hin, dass sie diese prinzipiell als sehr hilfreich und relevant in der Sozialen Arbeit findet. Hier geht sie darauf ein, dass die sozialdiagnostischen Instrumente den Arbeitsverlauf zeitlich nicht aufhalten, sondern geradezu für eine zügigere Arbeitsweise sorgen und sich die einzelnen Sozialarbeiter*Innen viel Mühe sparen würden. Vermutlich möchte die Befragte auf der Akutpsychiatrie nicht von sich aus die Initiative ergreifen und diese Tools endgültig einführen, sondern sich an den Vorgesetzten orientieren und auf den „Befehl von ganz oben“ warten. (Firtescu)

Die Befragte vergleicht dies damit, dass Ärzt*Innen von ihren Kolleg*Innen Arztbefunde der Patient*Innen anfordern, um in Erfahrung zu bringen, was es bisher für Interventionen gegeben hat (vgl. TI3:204-205). Sozialarbeiter*Innen würden sich viel Zeit ersparen, wenn sie sich von Kolleg*Innen etwas Vergleichbares, z.B. ein standardisierter Assessment-Bogen, einholen könnten. In diesem Fall müssten sie nicht erst die gesamte Lebenslage sowie der bisherige Fallverlauf erheben, sondern diese lediglich anhand der übermittelten Diagnostik „aktualisieren“ und ergänzen, wodurch sie schneller in Aktion treten könnten. Es wird davon ausgegangen, dass dies v.a. in Akutsituationen, in denen Sozialarbeiter*Innen i.S. ihrer Klient*Innen schnell handeln müssen, von Bedeutung ist. (Brückler)

Zusätzlich erweckt es den Eindruck, als würde die Interviewte mehr Unterstützung und eine gewisse Grundvorbereitung in Bezug auf eine Einführung der Instrumente erwarten. Es scheint, als würde die Sozialarbeiterin Unsicherheit verspüren, da sie auf der einen Seite von der Bereicherung der Tools überzeugt ist, auf der anderen Seite aber zu wenig Macht besitzt, etwas an der Situation einer Etablierung zu ändern. (Firtescu)

Darüber hinaus scheint die Einführung einer standardisierten Vorgehensweise in Bezug auf die Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung anhand eines sozialdiagnostischen

Instruments eine bedeutende Rolle bei der Professionalisierung der Sozialen Arbeit zu spielen. (Brückler)

In diesem Zusammenhang zieht DSA E. vergleichsweise die Psychologie heran: Wird eine Leistungsdiagnostik benötigt, führen Psycholog*Innen gewisse Tests – wie z.B. einen Apperzeptiven Situationstest, einen Thematischen Gestaltungstest und/oder den Hamburg-Wechsler-Intelligenztest – standardmäßig durch. Aus seiner Aussage geht hervor, dass dies allgemein bekannt ist. Sowohl die Patient*Innen selbst als auch andere Berufsgruppen besitzen aufgrund dessen eine ungefähre Vorstellung davon, was die Aufgaben von Psycholog*Innen sind bzw. was sie z.B. im Falle einer Leistungsdiagnostik erwartet (TI2:311-314). Demgegenüber hat die Allgemeinheit auch heute noch keine Ahnung vom Berufsbild der Sozialen Arbeit (Brückler):

„Des is mei Überzeugung [...] doss ma an Standard schoffn soit [...]. Die Leit wissen eh überhaupt ned, wos tuat a Sozialoabeta eigentlich. (TI2:307-309)

Die Äußerung von DSA E. lässt die Schlussfolgerung zu, dass vermehrt Standards in der Sozialen Arbeit einzuführen dabei hilft, den Leuten zu vermitteln, was Sozialarbeiter*Innen tatsächlich machen. Ein sozialdiagnostisches Instrument eignet sich seiner Ansicht nach besonders dafür, standardmäßig bei der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung eingesetzt zu werden: das Inklusionschart 4. Aus diesem Grund setzen er und seine Kolleg*Innen sich auch dafür ein, dass bei allen Sozialarbeiter*Innen, die in Landes- und Universitätskliniken der niederösterreichischen Landesgesundheitsagentur tätig sind, Standards i.S. von Grundkenntnissen in Bezug auf das IC4 hergestellt werden (vgl. TI2:14-16). (Brückler)

„I dets guad finden für die fürn Bereich da Station, weils dann, wenns tatsächlich, ja, für die Therapiestation einheitlich gemacht wird, ja, . . . hätt ma ein Standard, wo ma sogt, „ok, des wird jetzt probiert“. [...] Und wir Sozialarbeiter kennan sogn: „Wann ma in die Niederösterreichische Landesgesundheitsagentur, in irgendans dieser Krankenhäuser, hineinkommt, dann kriegt ma als Standard sozusagen von da Sozialen Oabeit a IC4.“ (TI2:284-289)

Mit der folgenden Aussage betont auch Frau B. ihre positive Einstellung gegenüber dem IC4:

„Also des würd schon e h h m i denk eben grod die, die IC4 würd eigentlich schon sehr unterstützend sein bei der Einschätzung der Situation.“ (TI3:284-285)

Insbesondere die Anwendung des IC4 kann bei der Situationseinschätzung unterstützend wirken, indem aufgrund der Visualisierung der unterschiedlichen Gesichtspunkte (Funktionssysteme, Existenzsicherung, Funktionsfähigkeit) schnell erfasst werden kann, wo Defizite existieren (vgl. TI2:36-38). Zusätzlich wird die Möglichkeit, die aktuelle Lebens- und/oder Problemlage in den jeweiligen Bereichen mittels handschriftlicher Aufzeichnungen präzisieren zu können, von den Sozialarbeiter*Innen geschätzt (vgl. ebd.:275-277). Weiters liefert das IC4 den Sozialarbeiter*Innen einen konkreten Auftrag und damit einhergehende Interventionsmöglichkeiten (Brückler):

„Da Auftrag wäre durt, wo Exklusion und weitgehend gesundheitsgefährdend Tendenz negativ. Dass ma do indem ma hoid äh Unterstützer hinein bringt oder so irgendwos, dass ma den des

die Tendenz auf positiv draht, oda hoid anfoch, ja, . . . jo, die Exklusion sozusagen verhindert und dann äh jo, an an gressaren a greassare Teilhabe in des jeweilige System sozusagen ermöglicht.“ (TI2:278-282)

Der bedeutendste Vorteil in der Anwendung des IC4s liegt in den Augen von DSA E. darin, dass „vorher“ und „nachher“ miteinander verglichen werden können (vgl. TI2:295-296). Aus dem Interview geht nicht eindeutig hervor, was mit „vorher“ und „nachher“ gemeint ist. Es wird angenommen, dass darunter die Lebenslage der Klient*Innen zu Beginn ihres stationären Aufenthaltes und kurz vor ihrer Entlassung verstanden werden kann. (Brückler)

„[...] do kennt ma hoid ah . . . dann auch in ein Vorher und Nachher in an Verlauf a schaun [...] Wos hot si do verändern kennan [...].“ (TI2:38-40)

Demnach dient die Anwendung des IC4s nicht nur der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung, sondern auch der Analyse des Fallverlaufs. Fortschritte können sichtbar gemacht und Interventionen evaluiert werden, indem zu Beginn und am Ende eines „Falles“ IC4s erstellt und in weiterer Folge miteinander verglichen werden. (Brückler)

Basierend auf diesen Aussagen kann geschlussfolgert werden, dass das Verständnis, welches die Sozialarbeiter*Innen des beforschten Universitätsklinikums vom IC4 haben, zum Großteil dem von Pantuček (2018) entspricht: Das IC4 ist ein sozialarbeiterisches Instrument, welches das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft abbildet. Ein wesentlicher praktischer Nutzen seiner Anwendung besteht darin, zahlreiche Aspekte der sozialen Lage der Klient*Innen als Thema in die Kommunikation zwischen ihnen und dem*der Sozialarbeiter*In einzubringen. Einer der bedeutendsten Effekte, welchen die Arbeit mit dem IC4 in der Beratung hat, ist, dass der Schwerpunkt auf die Gesamtsituation inklusive ihrer unterschiedlichen Facetten gerichtet wird. Auf diese Weise werden aktuelle Problemlagen in einen größeren Kontext gestellt und mehrere Handlungsoptionen werden sichtbar (vgl. ebd.:304-308). (Brückler)

Auf der einen Seite sprechen sich die Sozialarbeiter*Innen in den Interviews für eine Einführung des IC4s als standardisierte Methode zur Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung aus. Auf der anderen Seite verwenden sie das Instrument in der Praxis jedoch kaum. DSA E. gibt an, dass das IC4 in der KJPP und EP des beforschten Universitätsklinikums praktisch gar nicht eingesetzt wird (vgl. TI2:148-153). Er selbst ist erst vor Kurzem auf die Idee gekommen, es einmal anzuwenden. (Brückler)

„Unlängst kam ich auf die Idee, des amal zu machen, ja. Bei einem bei einem Mädl, . . . wo a sehr unklare Situation woa. . . In unterschiedlichsten Lebensbereichen [...] die aktuelle Bedürftigkeit, psychiatrische Bedürftigkeit, so sämtliche . . . Lebensbereiche mit . . . beeinflusst.“ (TI2:149-152)

Wie die Aussage zeigt, war die komplexe Problemsituation, in der sich die Klientin befunden hat, ausschlaggebend dafür, dass DSA E. das IC4 eingesetzt hat. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass die Existenz von Multiproblemlagen Voraussetzung für die Anwendung des IC4s in den psychiatrischen Abteilungen des beforschten Universitätsklinikums ist. (Brückler)

Aus der Aussage von Frau B., der dritten Interviewpartnerin geht hervor, dass auf der Erwachsenenpsychiatrie der Versuch gestartet worden ist, sozialdiagnostische Tools einzuführen, welcher jedoch gescheitert ist (Firtescu):

„Genau es wurde afoch abgebrochen und das sind a b i s s l...schwierigere Zeiten, aber i glaub hoid wenn...dass man daun eh instinktiv zu Blatt Papier greift und vielleicht eh irgendwos hoid aufzeichnet genau in de Richtung des mochma hoid ohne dass ma do a soziale Diagnostik aufstöt.“ (TI3:139-142)

Dieses Scheitern lässt sich laut der Befragten auf schwierige Zeiten zurückführen. Stattdessen wird eine alternative spontane Methode angewandt, ohne sich dabei speziell auf die soziale Diagnostik festzulegen. Es lässt sich vermuten, dass das gesamte Team bei der Testung der Tools im Arbeitsalltag überfordert war und durch diese konkreten Vorgaben, welche die sozialdiagnostischen Instrumente mit sich bringen, ein gewisser Druck aufgebaut wurde. Dies könnte möglicherweise dazu geführt haben, dass sich für die Befragte die Arbeitsweise mit den Tools als zu chaotisch und unüberschaubar gestaltet hat. (Firtescu)

Es wirkt, als würde die Sozialarbeiterin bei ihren Arbeitsschritten festgefahrenen Muster besitzen und sich nicht dazu in der Lage fühlen, diese zu durchbrechen, anhand von neuen Methoden. Es wird - oder kann vermutlich nicht - die nötige Mühe und Zeit aufgebracht werden, sich langfristig damit auseinanderzusetzen, da dem Anschein nach die Ressourcen nicht ausreichen und das nötige Wissen in dieser Methodik fehlt bzw. zu wenig erprobt wurde. Daher könnte es sein, dass die Instrumente bisher zu wenig im Arbeitsalltag etabliert, oder vorgestellt bzw. zu wenige Versuche gestartet worden sind, um diese Unsicherheit in der Anwendung seitens der Befragten überwinden zu können. (Firtescu)

Die vierte Interviewpartnerin Frau S. hat ebenso einige Aussagen bezüglich ihrer Haltung getätigt, wodurch sich eine gewisse Grundeinstellung erkennen lässt:

„Wobei ahh ich schon dazu sag, dass es ganz ganz wichtig ist, dass es diese Grundmatrize gibt, um hier einen Anhaltspunkt zu haben. Wie man diese dann verwendet in der Praxis, wie viel davon möglich ist, umzusetzen und wie viel einfach halt in anderen Situationen dann gemacht wird, denk ich, is ja dann die Entscheidung von jedem einzelnen und auch von jeder einzelnen Arbeitssituation abhängig.“ (TI4:184-188)

Frau S. spricht in diesem Abschnitt die Wichtigkeit des Bestehens von sozialdiagnostischen Tools an und dass diese als eine Art Grundlage und Basis dienen, an denen man sich auf der Erwachsenenpsychiatrie, oder generell in der sozialarbeiterischen Praxis orientieren kann. Die tatsächliche Verwendung im Berufsleben liegt am jeweiligen Ermessen der Sozialarbeiter*Innen und ist von differenten Faktoren wie die Situation, oder dem persönlichen Empfinden abhängig. Es scheint, als würde sich die Befragte ohne Anhaltspunkt im Arbeitsalltag (wie z.B. bei der Erhebung der Lebenslage der Klient*Innen) verloren fühlen. (Firtescu)

Womöglich hat die Interviewte bereits in der Vergangenheit ihrer Berufslaufbahn positive Erfahrungen bezüglich unterstützender Tools bei der Situationseinschätzung gemacht. Dies lässt vermuten, dass es allgemein für die Sozialarbeiter*Innen von Vorteil ist und im persönlichen Interesse liegt, wenn kein Zwang entsteht, diese Art und Form der Erhebung

anwenden zu müssen, sondern bei einer in der Zukunft bereits stattgefundenen Einführung die Freiwilligkeit gewährleistet ist – was wiederum dazu führen könnte, dass die sozialdiagnostischen Tools vielmehr zum Einsatz kommen und angewendet werden. (Firtescu)

„[...] Es is ganz ganz wichtig hier auch ahh die Fragestellungen aus Sicht von psychiatrischen und Arbeit mit psychiatrischen Patienten, Patientinnen, Klienten, Klientinnen zu sehen. Es macht noch amal an Unterschied, ob ich diese Tools auf einer Neurologie oder Somatik verwende, wo natürliche Trauerreaktionen usw. da sind, doch der Geist halbwegs wieder im Klaren ist, als wenn [...] die Psyche angeschlagen bis krank, sehr krank ist.“ (T14:250-257)

Die Befragte macht hier deutlich, dass es darauf ankommt, in welchem Setting und bei welchen Klient*Innen die sozialdiagnostischen Tools bei der Situationseinschätzung und Erhebung der Lebenslage zum Einsatz kommen. Sie unterscheidet zwischen der Neurologie/Somatik und einer Akutpsychiatrie, bei der sich die Patient*Innen im Vergleich zu anderen Stationen in einer sehr schlechten psychischen Verfassung befinden. Diese Einstellung spricht dafür, dass die Sozialarbeiterin bei der Anwendung der sozialdiagnostischen Instrumente auf der Erwachsenenpsychiatrie möglicherweise die Erfahrung gesammelt hat, dass es für die Klient*Innen emotional belastend wirkt, diese dadurch weniger kooperativ sind und negative Gefühle verstärkt hervorgerufen werden. Es scheint, als würde diese Vorgangsweise die Klient*Innen im Akutfall eher schwächen, anstatt sie zu stärken. Vermutlich würde Frau S. mit der Hilfe von diesen Instrumenten die Anamnesegespräche durchführen, oder die Tools anderweitig einsetzen, wenn diese Akutsituation nicht vorhanden wäre und die Klient*Innen stabiler wären, oder sich in einem besseren Allgemeinzustand befinden würden. (Firtescu)

„[...] ich werd jetzt dann auch höchstwahrscheinlich auf eine, ah auf die Tagesklinik ein Teil davon übernehmen. Wo hier einfach ein ganz ein anderer Arbeitsansatz is und da werd ich das sicherlich verwenden.“ (T14:77-80)

Anhand dieser Aussage von Frau S. lässt sich gut erkennen, dass sie ganz und gar nicht abgeneigt ist, sozialdiagnostische Tools auf der Psychiatrie prinzipiell zum Einsatz zu bringen. Da sie einen Teil ihrer Arbeit nicht nur auf der Akutpsychiatrie fortführen wird, sondern auch auf der Tagesklinik, wird sich ihr Arbeitsansatz weiterentwickeln, indem sie die Instrumente mit Sicherheit verwenden wird. Es besteht die Möglichkeit, dass der/die ein oder andere Sozialarbeiter*In auf der Tagesklinik bereits seit einer geräumigen Zeit diese Tools in Verwendung bringen, oder diese in einer bestimmten Art und Weise in den Betreuungsprozess miteinfließen lassen. (Firtescu)

Es scheint, als wäre ihr der Arbeitsansatz auf der Tagesklinik nicht fremd, was darauf schließen lässt, dass sie mit den Methoden auf dieser Station in irgendeiner Art und Weise vertraut ist. Es könnte sein, dass sie dort schon vor einigen Jahren bzw. in der Vergangenheit gearbeitet hat, oder für Kolleg*Innen eingesprungen ist. Zusätzlich erweckt es den Eindruck, als würde die Befragte diese Arbeitsmethode der sozialen Diagnostik auf der Tagesklinik als eine Bereicherung und passende Hilfestellung erleben. (Firtescu)

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass eine grundsätzliche positive Grundeinstellung gegenüber sozialdiagnostischen Instrumenten besteht, jedoch eine zu große Unsicherheit

bezüglich der tatsächlichen Anwendung, wodurch sich diese ambivalenten Aussagen seitens der Sozialarbeiter*Innen ergeben. (Firtescu)

4.4 Vor- und Nachteile der Anwendung von sozialdiagnostischen Tools (Firtescu)

Während der durchgeführten Interviews sprachen die befragten Personen immer wieder die unterschiedlichsten positiven und negativen Aspekte der Anwendung von sozialdiagnostischen Tools an, worauf hin sich die Vor- und Nachteile der Anwendung von sozialdiagnostischen Instrumenten zu einem zentralen Ergebnis entwickelt hat.

Wie bereits im Kapitel 4.2.1.1 ersichtlich wird, zeigt Frau T. eine große Begeisterung in Bezug auf das Genogramm:

„Des Genogramm find i . . . i muas auf die Wortwahl aufpassn . . streichen Sie des bitte ausm Protokoll (B1 lacht). I finds anfoch geil. I find des Genogramm is genial, weil anfoch die Patienten sehen . . . , dass si Systeme wiederholen. Und des is . . . i hob des glaub i zu 95 Prozent, doss si Dinge wiederholen. [...] Und do find i . . . foid dann scho da Groschn bei vielen, die des dann sehen.“ (TI1: 60-70)

Die Befragte bringt zum Ausdruck, wie sehr sie davon überzeugt ist, dieses bei den Patient*Innen anzuwenden. Ein Vorteil, welches das Genogramm laut der Überzeugung von Frau T. mit sich bringt, ist die Erkennung der Wiederholung in den Systemen, was die Klient*Innen zum Staunen bringt und für Überraschungen sorgt, da sich dem Anschein nach typische Muster und Merkmale erkennen lassen, die man ansonsten nicht im selben Ausmaß erkennen würde. Womöglich verbirgt sich für die Interviewte hinter diesem Tool eine Art Entschlüsselung verborgener bzw. verdrängter Lebensgeschichten.

Es könnte sein, dass das Genogramm für Frau T. die einzige Möglichkeit bietet, die für den Entwicklungsprozess der Klient*Innen relevantesten Lebensinhalte bzw. Ereignisse aufzudecken und aufzuarbeiten. Dadurch lässt sich vermuten, dass bei ihr bisher kein anderes Instrument solch eine unterstützende Wirkung hervorgebracht hat, wie das Genogramm, und sich die anderen sozialdiagnostischen Tools möglicherweise bei den Kindern und Jugendlichen als nicht so geeignet erwiesen haben.

Im Anschluss hat die Befragte – wie auch schon im Kapitel 4.2.1.1 kurz beschrieben worden ist - erneut eine positive Äußerung bezüglich des Genogramms getätigt und auf weiter nützliche Vorteile aufmerksam gemacht:

„Des Genogramm tu ich anaseits fürn Patienten oder die Patientin und andaraseits a fias ganze Team oben, damit die sehen wie Zusammenhänge sind, weil sie anfoch . . Ambulanzerstgespräch . . die Informationen ned bekommen.“ (TI1:174-176)

Ein weiterer relevanter Faktor im Zusammenhang mit dem Genogramm ist laut der Interviewpartnerin das Benefiz, dass dieses nicht nur für die Patient*Innen nützlich, sondern auch für das gesamte Team, von Vorteil ist. Das Genogramm sorgt dafür, dass zusammenhängende Informationen weitergegeben werden, auf welche die Mitarbeiter*Innen

womöglich sonst nicht zugreifen könnten. Vermutlich übernimmt Frau T. für das gesamte Team die Funktion der Beschaffung aller wichtigen sowie verborgenen Informationen der Patient*Innen. Dies könnte wiederum dazu führen, dass gerade deshalb andere Kolleg*Innen auf eine Anwendung des Genogramms oder die Ausführung anderer Tools verzichten, um sich die damit verbundene Mühe und Arbeit zu ersparen.

Es wirkt, als würden sich die anderen Sozialarbeiter*Innen darauf verlassen, dass die Interviewpartnerin diese Arbeit automatisch übernimmt, wodurch die Vermutung besteht, dass diese sich für jene Art von Informationsbeschaffung nicht zuständig fühlen. Anderseits besteht auch die Möglichkeit, dass die übrigen Professionist*Innen wie z.B. die Therapeut*Innen auf der KJPP im Rahmen der Therapie jene Informationen - die mit der Hilfe des Genogramms herausgefunden werden - den Kindern und Jugendlichen nicht entlocken können und sich diese den Sozialarbeiter*Innen gegenüber lockerer verhalten und schneller anvertrauen, da hier nicht eine strikte Therapiebeziehung im Vordergrund steht. Durch diese eher entspannte Klient*In-Sozialarbeiter*In-Beziehung fällt es den Kindern und Jugendlichen unter Umständen leichter, deren Druck abzubauen und sich zu öffnen, wobei das Genogramm auch nochmal vermehrt behilflich ist.

Neben den Vorteilen hat Frau T. ebenso einen Nachteil in Bezug auf die Anwendung des Genogramms erwähnt:

„Wos i bei den Eltan wiederum versteh, dass die ka Genogramm mochn woin, weil ma da anfoch alte Wunden vielleicht wieder aufreisst. Glaub ned, i vamut jetzt amoi, dass es ned so gschmeidig fia die Mama is, do zu sitzen und über sechs Fehlgeburten zu reden.“ (T11: 196-198)

Die Befragte zeigt Verständnis dafür, dass das Genogramm nicht für jeden geeignet ist und Eltern im Gegensatz zu den Kindern und Jugendlichen für eine Anwendung mit diesem Instrument eher nicht in Frage kommen. Sie spricht davon, dass damit alte Wunden bei den erwachsenen Klient*Innen aufgerissen werden können und traumatische Lebensereignisse zum Vorschein gebracht werden. Vermutlich führt dies bei den Klient*Innen zu einer Art Flashback, bei der alte negative Gefühle aufkochen und keine positive Grundstimmung im Gespräch erzeugt wird.

Es könnte auch sein, dass dadurch ein gewisser Widerstand seitens der Klient*Innen entsteht und diese im Rahmen einer weiteren Zusammenarbeit komplett abblocken und sich nicht mehr verstanden fühlen, oder auch der psychische Zustand sich wieder verschlechtert und die jeweilige Person labiler wird, anstatt sich befreiter zu fühlen. Möglicherweise besteht auch die Gefahr, dass sich das Beratungsgespräch mit den Eltern zu sehr in ein psychologisches Gespräch verwandelt, weil durch die Arbeit mit dem Genogramm z.B. sehr intime unverarbeitete Themen wie Fehlgeburten zum Vorschein kommen.

Der zweite Interviewpartner DSA E. hat ebenso einige Aussagen bezüglich der positiven und negativen Aspekte hinsichtlich der Anwendung von Tools getätigt:

„[...] nur bei langdauernden therapeutischen Aufenthalten würds sies a bezahlt machen glaub ich, an . . . a IC4 zu mochn, weil ma dann aufgrund da Visualisierung schon a ganz schnö erfassen kann wos Defizite gibt, wos an Mangel an an Integration, Teilhabe, wos a imma, gibt und do kennt

ma hoid ah . . dann auch in ein Vorher und Nachher in an Verlauf a schaun, wenn des Interesse wäre . . Wos hot si do verändern kennan oder so irgendwie.“ (TI2:35-40)

Die Anwendung des IC4s könnte laut dem Interviewpartner im langfristigen therapeutischen Zusammenhang vorteilhaft und sinnvoll sein. Möglicherweise hängt diese Einstellung damit zusammen, dass man bei einem langfristigen Aufenthalt die zeitlichen Ressourcen besitzt, sich regelmäßig mit den Klient*Innen zu beschäftigen und genug Informationen zu sammeln. Im Gegensatz dazu, besteht auf der Akutstation vermutlich die Gefahr, dass man mit den Patient*Innen nur ein oder zwei Gespräche führt und ein fortlaufender Kontakt somit nicht mehr vorhanden ist. Ein weiterer Vorteil des IC4s besteht laut der getätigten Aussage darin, dass eine Visualisierung für eine schnelle Erfassung der Defizite sorgt. Daraus lässt sich vermuten, dass die Einteilung in den Farben grün und rot zu einer raschen Ansicht jener Defizite führt, sprich die Farbeneinteilung dabei behilflich ist, diese rasch aufzuzeigen. Es könnte auch der Fall sein, dass die Symbole + und – zu einer verbesserten Visualisierung beitragen.

DSA E. spricht einen zusätzlichen begünstigten Faktor der Anwendung des IC4 an. Es besteht die Möglichkeit, dass man die erstellten Inklusionscharts pro Klient*In im bestehenden sozialarbeiterischen Betreuungsprozess miteinander vergleicht, um aufzuzeigen, was sich z.B. zu Beginn des Aufenthaltes im Vergleich zu einigen Wochen/Monate später getan und verändert hat, bzw. ob prinzipiell eine Veränderung stattgefunden hat. Dies könnte sich wiederum positiv auf die Klient*Innen auswirken, da ihnen deren Fortschritt in den unterschiedlichen Lebensbereichen damit aufgezeigt werden kann und diese die Möglichkeiten besitzen auf etwas stolz sein zu können, wodurch deren Selbstwertgefühl gesteigert wird. Vermutlich führt dies auch zu einer allgemeinen Verbesserung des psychischen und damit auch körperlichen Gesundheitszustandes.

„I find ja a, dass die Netzwerkkoath . . in da akuten Befindlichkeit . . äh sehr kloa a Ausdruck a a bissl über die Persönlichkeitsstruktur des Patienten gibt, weil die Netzwerke so san, wie die Menschen san.“ (TI2:46-49)

Der Befragte bringt in Bezug auf die Netzwerkkarte einen weiteren Vorteil zum Ausdruck. Er berichtet davon, dass diese dabei behilflich ist, etwas über die Persönlichkeitsstruktur der Klient*Innen in Erfahrung zu bringen. Vor allem die derzeitige Befindlichkeit hilft dabei, dies herauszustellen. Zusätzlich wird der Beziehungsverlauf der Individuen ersichtlich, worauf sehr genau im Buch „Soziale Diagnostik“ von Pantucek (2006) eingegangen wird. Darüber hinaus zeigt der Interviewte einen Vergleich zwischen Netzwerk und Mensch auf und spricht deren Ähnlichkeit an. Vermutlich kristallisiert die Netzwerkkarte Charaktermerkmale der Patient*Innen heraus, welche anderweitig gar nicht zum Vorschein kommen würden.

Dadurch, dass das soziale Umfeld anhand der Netzwerkkarte dargestellt und aufgezeigt wird, könnte es sein, dass sich bestimmte Beziehungsverläufe erahnen lassen und die Klient*Innen selbstständig beginnen, die Geschichte dazu zu erzählen, z.B. warum professionelle Helfer*Innen wie Psychotherapeut*Innen oder unterschiedliche Fachärzt*Innen Bestandteil deren Lebens geworden sind. Womöglich führt die Anwendung einer Netzwerkkarte auch dazu, dass den Patient*Innen bewusst wird, inwiefern Ressourcen zur Verfügung stehen und sie dadurch erkennen, dass es trotz der (aktuellen) Krise bzw. schlechten psychischen Verfassung oder psychischen Erkrankung, Menschen in ihrem Leben gibt, die eine wichtige,

unersetzbare Rolle spielen und ihnen in der Not zur Seite stehen, sowie eine unterstützende Hilfe sind.

Neben den Vorteilen gab es auch die ein oder anderen Kritikpunkte seitens des Interviewpartners. Folgende negative Aussage bezieht sich hierbei auf das GAF-Scale des IC4:

„[...] Wos i a wiederum nie verstehen soi/verstehn wü, is – und des is, diese Geschichte – dass i anhand von meiner globalen Erfassung nach dem GAF, nach dem Global Assessment Of Function Scale, aufgrund meiner Einschätzung sozusagen irgendwo bestimmen soi, wo der jetzt do liegt.“ (TI2:177-179)

Der Befragte veranschaulicht hier seine kritische Einstellung gegenüber dem GAF-Scale im Zusammenhang mit der Anwendung des IC4. Für ihn besteht keine Übereinstimmung zwischen dem GAF-Scale und der Einschätzung der aktuellen Lebenssituation. Dadurch lässt sich vermuten, dass DSA E. diese Angabe einer konkreten Zahl und die damit verbundene Zuordnung, sowie Bedeutung als bewertend empfindet und die Klient*Innen nicht in eine Schublade stecken möchte. Es könnte auch sein, dass er grundsätzlich von solchen Skalen abgeneigt ist, da er selber auch nicht auf diese Art und Weise beurteilt werden wollen würde und stattdessen eine andere Art von Einschätzung vorzieht, die sich nicht auf eine Zahlenskala bezieht.

Neben diesen Annahmen kann davon ausgegangen werden, dass DSA E. nicht die Verantwortung übernehmen möchte, das Funktionsniveau der Klient*Innen durch sein eigenes Empfinden bzw. durch bloße Vermutungen völlig falsch zu interpretieren. Der befragte Sozialarbeiter geht scheinbar lieber auf „Nummer sicher“ und schätzt die Lebenssituation der Klient*Innen nur dann ein, wenn er die Methodik befürwortet und im Gebrauch einen überzeugenden Nutzen erkennt.

Die dritte Interviewpartnerin Frau B. geht auf den visuellen Aspekt des IC4 ein, welchen sie kritisiert:

„Jo, oiso do sieht man des jetzt hoid net aber prinzipiell is das schon natürlich wertend, also rot grün und a des minus.“ (TI3:232-233)

Für Frau B. bedeutet diese farbliche und symbolische Darstellung, die Klient*Innen wertend zu betrachten bzw. ihnen das Gefühl zu geben, sie in „vorgefertigte Schubladen“ zu stecken und deren einzelnen Lebensbereiche in gut oder schlecht einzuteilen. Möglicherweise würde sie persönlich eine etwas andere Methode statt den Farben und Symbolen auswählen und bevorzugen, um den Klient*Innen auf andere Art und Weise vor den Augen zu halten, was gerade in deren Leben so vor sich geht - schief oder weniger gut, bzw. was auch positiv läuft und fortgeführt werden soll. Vermutlich würde sie dies durch neutralere Farben oder durch das prinzipielle Entfernen der Farben grün und rot ersetzen und verändern.

Frau S., die letzte befragte Sozialarbeiterin hat denselben negativen Aspekt im Zusammenhang mit dem IC4 angesprochen:

„Ahmmm was ich aus meiner Erfahrung schon ahhm...die Erfahrung die ich gemacht hab und wo ich auch sehr vorsichtig bin, is Klienten, ah KlientInnen die so und so schon in einer Extremsituation ah mit eh psychischer Erkrankung sind, auch noch vor Augen zu halten, wie negativ - in dem Fall haben sie ja den rot unterlegt - eigentlich ihre Lebenssituation is und da ah, unter Umständen is das auch der intuitive Grund, wieso ich dieses IC4 auf keinen Fall auf der Akut verwenden.“ (TI4:123-128)

Die Befragte beschreibt, dass sie die Erfahrung gemacht hat, vorsichtig sein zu müssen, den Klient*Innen mit einer psychischen Vorbelastung oder generellen Instabilität – welche sich demnach in einer Ausnahmesituation befinden – durch das IC4 vorzulegen, in welcher ausweglosen Lebenssituation sich diese momentan tatsächlich befinden. Es scheint, als würde dies dazu führen, noch mehr „Salz in die offene Wunde zu streuen“ und negative Gefühle verstärkt zum Vorschein zu bringen, anstatt die Klient*Innen zu einer positiven Veränderung zu motivieren. Aufgrund ihrer Reaktion lässt sich vermuten, dass sie das IC4 bereits das ein oder andere Mal auf der Akutpsychiatrie getestet hat und der Gegenreaktion des/der jeweiligen Klient*In nicht standhalten konnte, bzw. ihre eigene ablehnende Grundhaltung gegenüber der farblichen Unterlegung ihrem Gegenüber spüren lassen hat, anstatt diese zu bestärken, was sich auf die Klient*Innen übertragen hat.

Anhand dieser Aussage erkennt man noch einmal die deutliche Abneigung von Frau S. gegenüber der farblichen Darstellung und den damit verbundenen einzelnen Lebensbereichen der Patient*Innen:

„Diese negativen Gschichten hams olle, ka Arbeit, ka Einkommen, ka Familie und sonst noch was. Das wäre vollkommen kontraproduktiv..bei sehr kranken Leuten.“ (TI4:137-138)

Es scheint so, als würde die Interviewte im Umgang mit den Klient*Innen zusammenhängend mit der Verwendung des IC4 nicht die richtige Gesprächsbasis aufbauen können, um während der Betreuung mit den einzelnen negativen Lebensbereichen und Problemen der Betroffenen professionell umzugehen. Dies könnte daran liegen, dass Frau S. bei der Realitätsübermittlung an die Klient*Innen z.B. im Rahmen dieser farblichen Darstellung überfordert ist und die Funktionsfähigkeiten des IC4 etc. selbst als zu negativ betrachtet, anstatt diese farbliche Untermauerung als Hilfestellung für die Problembewältigung anzusehen. Vermutlich spielt hier ihre eigene Abneigung und Unwissenheit gegenüber einem gerechten Umgang mit der Situation eine zu große Rolle, sodass sich ein starres Denkmuster entwickelt hat, welches sich bei Frau S. schwer durchbrechen lässt.

Im Rahmen dieses Ergebniskapitels konnte aufgezeigt werden, dass jedes sozialdiagnostische Tool eigene Vor- und Nachteile mit sich bringt. Beim Genogramm wurde von den Professionist*Innen erkannt, dass wichtige im Leben stattgefundene Ereignisse, sowohl traumatische als auch positive ins Blickfeld genommen und aufgearbeitet werden. Während das Genogramm eher für Kinder und Jugendliche, anstatt für Erwachsene empfohlen wird, wiederholt sich beim IC4 immer wieder der angesprochene Nachteil der farblichen Darstellung und dem damit verbundenen Wunsch, die Visualisierung zu verbessern. Alles in allem werden sowohl verschiedene positive Nutzen der sozialdiagnostischen Instrumente erkannt als auch Hindernisse bzw. negative Aspekte, welche womöglich eine Verhinderung der Verwendung jener Tools verursachen.

4.5 Verbesserungsvorschläge in Bezug auf sozialdiagnostische Tools (Firtescu)

Im Rahmen der geführten Interviews wurde erfragt, inwiefern die Befragten Verbesserungsvorschläge bezüglich der Gestaltung/Anwendung von sozialdiagnostischen Tools besitzen, wobei sich die ein oder anderen für das Handlungsfeld passenden Veränderungsmöglichkeiten ergeben haben.

Frau T., die erste Interviewpartnerin machte darauf aufmerksam, dass das IC4 für die Ambulanz verkürzt und adaptiert werden müsste:

„Oiso für Ambulanz . . . auf alle Fälle, auf alle Fälle. Oiso des muas zackig, knackig gehn. Weil i denk ma, wenn i an ambulanten Patienten hob und i schreib äh bei uns im Akt rein, 20 Minuten . . . und i hob neinadreißg Patienten zurzeit und die Tagesklinik.“ (TI1:144-146)

Im Bereich der Ambulanz wäre es von Vorteil und besser, das IC4 anzupassen, sodass die Bearbeitung mit den Klient*Innen nicht zu viel Zeit in Anspruch nimmt und mehr Sachen auf einmal erledigt werden können. Zusätzlich ist es anders nicht möglich, so vielen Patient*Innen gleichzeitig dieselbe Art von Betreuung zu gewährleisten z.B. im Zusammenhang mit der Anwendung des IC4 während einer Beratung, oder eines allgemeinen Gespräches, da ungenügend Ressourcen vorhanden sind. Scheinbar herrscht auf der Ambulanz ein anderer Arbeitsansatz und viel mehr Druck als auf der Tagesklinik, wodurch sich auch der Rahmen der professionellen Zusammenarbeit einengt und sich die Möglichkeit der Miteinbeziehung des IC4 im Arbeitsalltag beschränkt.

Dadurch ergab sich für die Interviewte der Vorschlag, das IC4 inhaltlich zu verkürzen, um es an die Arbeitsweise der Ambulanz anzupassen, um so für alle Klient*Innen gleichermaßen je nach Bedarf das IC4 zum Einsatz zu bringen und in die Betreuung einbauen zu können. Erst nach der Adaptierung würde Frau T. vermutlich das sozialdiagnostische Tool regelmäßig in der Ambulanz anwenden und als fixen methodischen Bestandteil anerkennen. Es entsteht der Eindruck, dass für die Interviewpartnerin lediglich der arbeitstechnische Unterschied zwischen der Tagesklinik und der Ambulanz eine große Rolle für spielt, da sie dem Tool gegenüber prinzipiell positiv gestimmt ist und dieses auch einsetzen würde.

DSA E. hat in diesem Abschnitt den Bereich der Kompetenzen des IC4 angesprochen, wobei er sich selber die Frage gestellt hat, inwiefern sich dieser verbessern lassen würde. Jedoch konnte der Befragte keine konkreten Vorschläge darbieten, sondern hat lediglich davon gesprochen, diesen Aspekt nicht zu allgemein zu halten. Es lässt sich demnach erkennen, dass er auch bei der Funktionsfähigkeit etwas verändern würde:

„Kompetenzen, des is a sehr oigemein [...] . . . fia manche Klienten is is äh da Zugang zu Bildungseinrichtungen deswegen erschwert, weil dea Analphabet is. . . . Äh . . . wos wos wü i do schreim, [...] „der kann lesen, kann Deutsch“ oder schreib i daunn, weil des jetzt a Flüchtling is, „B2“ eine oder so irgendwos? Weil der Deutsch auf dem Niveau beherrscht? [...] Funktionsfähigkeit – des is sehr schwammig, des find i irgendwie a bissl komisch, ja. Da kennt ma si scho no überlegen: wos gheat da eine?“ (TI2:165-170)

Der Interviewte betont, dass die Kompetenzen zu überblicksmäßig dargestellt werden und er gerne mehr in die Tiefe tauchen und spezifischer darauf eingehen würde. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass Herr E. sich ansonsten möglicherweise „verloren“ fühlt beim Ausfüllen der Daten. Der Grund warum er die Funktionsfähigkeit zu schwammig findet, könnte daran liegen, dass DSA E. auf sozialarbeiterischer Ebene gesehen ein Mensch ist, welcher alles detailliert und präzise haben möchte, um sich nicht unsicher zu fühlen z.B. beim gemeinsamen Bearbeiten des IC4 mit den Klient*Innen.

Für ihn stellt es, dem Anschein nach, eine hohe Wichtigkeit dar, dass er im Vorhinein bereits zu 100% weiß - wie, was, wo - bearbeitet und ausgefüllt gehört. Vermutlich möchte er sich von zu unkonkreten Angaben und Inhalten nicht verwirren lassen, sondern genau wissen, welche Begriffe und Klient*Innendaten eingetragen werden müssen. Es könnte aber auch sein, dass er bisher noch keine Anleitung zum IC4 gelesen, oder diese nur überflogen hat und sich daher noch unsicher ist, inwiefern er welche Daten in den jeweiligen Feldern eintragen muss.

Bereits beim vorherigen Punkt 3.2 „Vor- und Nachteile der Anwendung von sozialdiagnostischen Tools“ hat Frau B. ihre Abneigung gegenüber der farblichen Darstellung zum Ausdruck gebracht, woraufhin sie jedoch gleichzeitig keine konkreten Verbesserungsvorschläge ausfindig machen konnte. Dadurch ergibt sich die Vermutung, dass sie überstürzt auf die Einteilung in rot und grün reagiert und zu wenig Erfahrungen bei den Klient*Innen gesammelt hat, um erkennen zu können, was sich hierbei verbessern lassen könnte. Im folgenden Zitat kommt ihre Unsicherheit bezüglich einer Verbesserung zum Vorschein:

„Wos jo ah i man, gut aber wie würd ma das hoid a anders mochen is die Frage.“ (TI3: 235)

Es lässt sich deutlich erkennen, dass Frau B. darüber nachgedacht hat, wie man diesen, von ihr genannten Nachteil, in Bezug auf die Visualisierung des IC4 verbessern oder verändern könnte. Jedoch fällt es ihr aufgrund ihrer Unerfahrenheit in der Anwendung schwer, konkrete Vorschläge zu präsentieren.

„Mhm...mhm.....ja eigentlich wär das eh anzuwenden..ma müsst vielleicht nur a bissl mehr differenzieren so die medizinische Versorgung. Des würd uns hoid daun a nu mehr interessieren, gibts do an Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeuten und Psychologen.“ (TI3: 224-227)

Direkt in jener dargestellten Aussage spricht Frau B. davon, dass sie der Anwendung des IC4 prinzipiell zustimmen würde, jedoch in bestimmten Bereichen eine stärkere Ausdifferenzierung notwendig ist. Im Gegensatz zum vorherigen Zitat bringt sie hier eigene Verbesserungsvorschläge mit ein. Eine für die Befragte relevante Änderung wäre die Ausdifferenzierung bei der medizinischen Versorgung, genauer genommen die Miteinbeziehung anderer Berufsgruppen. Es lässt sich erkennen, dass die genannten Fachärzt*Innen für Psychiatrie, Psychotherapeut*Innen und Psycholog*Innen auf der EP besonders von Bedeutung sind, da vermutlich die stärkste Zusammenarbeit und Kontakt sowohl zwischen den Sozialarbeiter*Innen und den Fachärzt*Innen, als auch zwischen Klient*Innen und Fachärzt*Innen auf der Psychiatrie besteht.

Ihr Verbesserungsvorschlag könnte darauf hindeuten, dass bisher kein guter Überblick über die zu behandelnden Ärzt*Innen seitens der Klient*Innen bestand und das IC4 sich dafür anbieten würde, einen groben Überblick über die zu behandelnden Ärzt*Innen zu verschaffen, sowie diese mit dem Ausfüllen der Lebensbereiche etc. zu verbinden. Es scheint, als würde sie es bevorzugen, lieber ein einziges sozialdiagnostisches Tool anzuwenden und dies auf ihr eigenes Empfinden umzuändern mit allen wichtigsten Daten, anstatt mehrere unterschiedliche zu verwenden und keine gute Übersicht zu besitzen. Dies lässt auch darauf schließen, dass sie ansonsten schnell den Überblick über ihre Klient*Innen verliert.

„Wos is daun danach wie i des erhoben hob, moch i daun zum Schluss wieder a eigene Inklusionschart, damit i was des passiert im Spital. Dann bei Wohnen, is jemand in der Lage für sich zu sorgen, einkaufen zu gehen, für sich essen zuzubereiten. I würd des glaub i mehr auf die Gesundheit, oiso wenn is für de Psychiatrie anwenden würd, hätt i gern irgendwie mehr die gesundheitlichen Aspekte ausdifferenziert. Nimmt jemand Medikamente, kaun er sie wos zum Essen mochen.“ (TI3:255-260)

Die Interviewpartnerin veranschaulicht hier ihre Sorge in Bezug auf die fortlaufende Weiterbearbeitung des IC4, da sie sich unsicher ist, ob dieses am Schluss noch einmal umgeändert wird oder so bleibt wie es zu Beginn des Spitalaufenthaltes mit den Klient*Innen erstellt wurde. Vermutlich macht sich Frau B. aufgrund ihrer Unerfahrenheit bezüglich der Anwendung sozialdiagnostischer Tools zu viele Gedanken rund um die „korrekte Anwendungsweise“, was dem Anschein nach auch dazu führt, dass sie sich bei den einzelnen Bereichen der Existenzsicherung - wie z.B. beim Wohnen - auf zu viele Aspekte gleichzeitig, anstatt auf das Wesentliche konzentriert. Die Befragte begründet dies mit dem Verbesserungsvorschlag, sich beim IC4 gezielter auf die Gesundheit zu fokussieren im Bereich des Arbeitsfeldes der Psychiatrie. Sie geht davon aus, dass es praktischer wäre, wenn der Gesundheitsaspekt mehrere Bereiche beinhalten würde, damit eingetragen werden könnte, ob die KlientInnen selber in der Lage sind, sich etwas zum Essen zuzubereiten, oder auf fremde Hilfe angewiesen sind und welche Medikationen täglich eingenommen werden.

Es lässt sich vermuten, dass davon ausgegangen wird, dass eine Ausdifferenzierung im Gesundheitsbereich zu einer Erleichterung beim Klient*Innenkontakt führt und das keine extra Datenlisten etc. erstellt werden müssen, sondern ‚alles in einem‘ abgedeckt wird. Anscheinend spielt der Gesundheitsfaktor auf der EP eine wesentliche Rolle in der Zusammenarbeit mit den Klient*Innen und ist demnach auch sozialarbeiterisch gesehen von hoher Bedeutung.

Daher wäre es dem Anschein nach einfacher, das IC4 verstärkt auszudifferenzieren, anstatt sich mit den unterschiedlichen Professionist*Innen immer bei jeder Kleinigkeit auszutauschen zu müssen. Dies lässt darauf schließen, dass der Kommunikationsprozess zwischen den Sozialarbeiter*Innen und Fachärzt*Innen eher wage ist, oder mit Schwierigkeiten verbunden zustande kommt und deshalb eine direkte selbstständige Eintragung aller Daten in das geänderte IC4 eher von Vorteil für die Befragte wäre.

Die letzte Interviewpartnerin Frau S. erwähnte einen Verbesserungsvorschlag im Zusammenhang mit dem Arbeitsmarkt und damit verbundenen Status der Klient*Innen:

„Vielleicht im Zuge des Arbeitsmarktes auch noch miteinbeziehen, welcher Status is momentan grad beim Klienten bezüglich finanzielle Absicherung vorhanden, wenn er nicht in einem

aufrechten Dienstverhältnis is, sei es Rehageld ahhm ah I-Pension bei Älteren, a h m das ma des hier noch ein bisschen mehr in diesen Bereich miteinbezieht, weil des auch eine finanzielle Absicherung ahhh von Leuten is, die noch nicht am zweiten, geschweige denn am ersten Arbeitsmarkt integrierbar sind.“ (TI4:108-113)

Die Interviewte geht darauf ein, dass sie eventuell im Bereich des Arbeitsmarktes noch stärker miteinbeziehen würde, welcher aktuelle Status in Bezug auf die finanzielle Situation der Klient*Innen vorhanden ist, wenn diese keinen Dienstleistungsbezug erhalten, sprich vom AMS-Geld ihren Lebensunterhalt verdienen, oder bereits eine Leistung von der Pensionsversicherungsanstalt bekommen. Dabei geht sie auch auf diejenigen ein, welche weder am ersten noch am zweiten Arbeitsmarkt integrierbar sind. Es wirkt, als würde Frau S. vieler solcher Klient*Innen betreuen, wodurch bei ihr dieser Umgestaltungswunsch entstanden ist, diesen Aspekt im IC4 verstärkt im Auge zu behalten. Dies lässt auch vermuten, dass sie sich bei der Betreuung ihrer Klient*Innen stark auf die finanzielle Absicherung konzentriert bzw. oft jene Klient*Innen berät, welche finanzielle Schwierigkeiten und/oder Probleme haben. Dadurch erkennt man, dass alle anderen Bereiche des IC4 womöglich für die Interviewpartnerin nicht so relevant sind bzw. von ihrer Seite aus nicht umfassender beschrieben oder bearbeitet werden müssten.

Die Verbesserungsvorschläge der Sozialarbeiter*Innen richten sich insbesondere nach den unterschiedlichen Hauptproblematiken der Klient*Innen, wobei sich die meisten Aussagen speziell auf das IC4 beziehen. Bei den Klient*Innen mit finanziellen Problemen schlagen die Professionist*Innen eine Ausdifferenzierung im finanziellen Bereich vor und bei den übrigen Klient*Innen auf der EP und KJPP wird eine inhaltliche medizinische Ausweitung empfohlen. Im Übrigen wird auf den allgemeinen Wunsch einer Adaptierung eingegangen.

4.6 Zeitfaktor im Arbeitsalltag (Firtescu)

Während der durchgeführten Interviews wurde deutlich erkennbar, dass der Zeitfaktor die Arbeitsweise und den jeweiligen Einsatz von sozialdiagnostischen Tools im Arbeitsalltag der Fachkräfte beeinflusst. Des Weiteren wurde ersichtlich, dass sich ein Unterschied anhand der vorhandenen zeitlichen Ressourcen ergibt, je nachdem ob die Fachkräfte auf der Ambulanz oder auf der Tagesklinik tätig sind.

In diesem Zitat spricht die Befragte Frau T. ihre negative Grundeinstellung gegenüber Tools, welche einen großen Zeitrahmen erfordern, an:

„Des is positiv. Oiso wir hom ondere diagnostische Sochn a no glernt . . . beziehungsweise angesprochen, aba für mi san wichtig so knackige Sochn. I brauch nix longwieriges und wo i was, do sitz i scho drei Stunden. Des des i kau mas vo da Zeit a ned leisten, sog i jetzt amoi, in da Ambulanz.“ (TI1:16-19)

Es lässt sich vermuten, dass ihr bei zeitlich intensiveren diagnostischen Anwendungen die Lust an der Zusammenarbeit mit den Klient*Innen vergeht bzw. sie dadurch zu viel Stress und Druck bekommt und sich lieber jenen Tools widmet, die sie kurz und bündig bearbeiten kann und sich die Sache somit schnell erledigt. Dies könnte damit zusammenhängen, dass sie bei

langwierigen Prozessen schneller die Geduld verliert, ungenauer arbeitet und keine so starke Konzentration auf das was wichtig erscheint, hat. Im Gegensatz dazu wird sich die Interviewpartnerin dabei leichter tun, sich kürzer jedoch intensiver mit einem Tool auseinanderzusetzen und dies zur Anwendung zu bringen.

Frau T. betont die Wichtigkeit von „knackigen Instrumenten“ (TI1:123-124), was auch noch darauf schließen lässt, dass sie die allgemeine Benutzung dieser bereits in Betrieb genommenen Tools, auf keinen Fall auf ihrer Station missen möchte. Es scheint ihr neben dem persönlichen Aspekt, sich nicht damit stundenlang befassen zu wollen, vor allem aber um den zeitlichen Aspekt zu gehen. Ihre Aussage deutet demnach darauf hin, dass sie bisher schon einige Tools ausprobiert hat, bei denen sie über Stunden gebraucht hat und sie dadurch alle anderen Arbeitsaufträge schleifen lassen, oder vernachlässigt und ungenau erledigt hat. Am Schluss ihrer Aussage geht sie speziell auf ihren Tätigkeitsbereich in der Ambulanz ein und spricht davon, dass sie es sich nicht leisten kann, sich auf ihrer Station so viel Zeit zu nehmen.

Im nachfolgenden Zitat betont sie ihre begrenzten zeitlichen Ressourcen auf der Ambulanz noch einmal:

„Oiso für Ambulanz . . . [.] des muas zackig, knackig gehn. Weil i denk ma, wenn i an ambulanten Patienten hob und i schreib äh bei uns im Akt rein, 20 Minuten . . . und i hob neinadreißg Patienten zurzeit und die Tagesklinik.“ (TI1:144-146)

Die Befragte geht erkenntlich darauf ein, dass auf der Ambulanz alles innerhalb kürzester Zeit geschehen muss und keine Zeit für längerfristige Methoden übrigbleibt. Dies hängt mit der hohen Anzahl ihrer laufenden Patient*Innen zusammen. Dadurch lässt sich vermuten, dass Frau T. erleichtert ist, wenn sie es prinzipiell schafft ihren Arbeitstag so zu planen, dass sie alle für den Tag zuständig Klient*Innen und damit verbundenen Aufgaben schafft, innerhalb ihrer Arbeitszeit durchzuführen.

Es könnte sein, dass dieser Zeitdruck auf jener Station dazu führt, dass die Daten der Patient*Innen möglichst rasch, jedoch sehr ungenau eingetragen werden, sprich die Gespräche inhaltlich auf das wichtigste reduziert werden, was im Nachhinein wiederum mehr Chaos verursacht, da die Hälfte der Daten nicht schriftlich erfasst werden konnten. Dies könnte verursachen, dass im Anschluss viel mehr Zeit für die Nachbearbeitung und das restliche Ausfüllen aller Informationen verloren geht, als diese tatsächlich für die Verwendung der sozialdiagnostischen Tools gebraucht werden würde.

Auch im folgenden Abschnitt veranschaulicht sie noch einmal die Auswirkung des Zeitfaktors:

„Na, na. Es . . . es is da Zeitfaktor, es is im Spital für mi wirklich da Zeitfaktor aaah ma hot a Stund Zeit, vielleicht zwa Stunden fia a Patientin. Owa da wird's . . mit zwa Stunden, des is scho Luxus do in dem Haus . . und des is sicha eher mehr die Ausnahme zwa Stund mit ana Patientin do zu sitzen oder anandhoib Stunden.“ (TI1:258-261)

Für Frau T. spielt der Zeitfaktor einer der größten Rollen, da dieser dem Anschein nach die Vorgehensweise ihrer methodischen Arbeitsweise stark beeinflusst und es nicht zulässt, dass

sie verschiedene Praktiken in das Klient*Innengespräch miteinfließen lässt. Ihre Aussage veranschaulicht, dass der vorgegebene Zeitrahmen von einer bis maximal zwei Stunden viel zu kurz ist und die Interviewte dadurch stark frustriert wirkt. Der Wunsch nach flexibleren Beratungszeiten/Gesprächen und einer methodischen Entfaltung ist deutlich erkennbar.

Es scheint, als würde diese Zeitbegrenzung dazu führen, dass sich die schlechte Laune bzw. negative Grundstimmung der Interviewten auch auf die Klient*Innen auswirkt und diese zu spüren bekommen, dass ein gewisser Druck herrscht, innerhalb jener vorgegebenen Zeit alles unter einen Hut bekommen zu müssen. Möglicherweise besteht auch die Gefahr, dass bei nichteingehaltenen Zeiten von den nächsten Klient*Innen die Zeit weggerechnet werden muss, was zu Unannehmlichkeiten und womöglich auch zu Konflikten, sowie noch mehr Stress führt.

Neben Frau T. betont auch DSA E. den zeitlichen Unterschied zwischen einem stationären und ambulanten Aufenthalt auf der Kinder- und Jugendpsychiatrie:

„Und in da Sozialen Diagnostik könnte sein, finde ich, ja, dass ma im stationären Kontext – das heißt, wenn jemand länger do stationär is, a paar Wochen/Monate – dann könnte sich das auszahlen. Ansonsten, wenn a nua a poa Tag oder a poa Stunden stationär is, sicha nicht. Weil da Aufwand vü zu groß is.“ (TI2:316-319)

Er vertritt die Meinung, dass sozialdiagnostische Instrumente im stationären Bereich, sprich wo sich die Patient*Innen längerfristig aufhalten einen Nutzen haben könnten. Im ambulanten Bereich hingegen wird kein Sinn beim Einsatz solcher Tools erkannt, da der Zeit-Aufwand-Nutzen Aspekt sich nicht rentiert. Es wird davon ausgegangen, dass der Interviewpartner viel Zeit und Ruhe für die Bearbeitung und Nutzung von sozialdiagnostischen Instrumenten benötigt, er sich diese Zeit selber nehmen möchte und auch gerne nimmt, dies der zeitliche Rahmen auf der Ambulanz aber nicht zulässt. Vermutlich hat der Befragte mit den differenten Tools an sich keine Probleme oder Schwierigkeiten, sondern möchte lediglich, dass auch die Klient*Innen davon profitieren und einen längerfristigen Nutzen daraus ziehen. Dies ist bei einem Aufenthalt von einigen Tagen bzw. ein paar Stunden unmöglich.

Es lässt sich vermuten, dass es sich für DSA E. auch schwierig gestaltet, mit etwas zu beginnen (Genogramm, IC4 etc.), was am Ende nicht weitergeführt bzw. zu Ende gebracht werden kann, da die Klient*Innen bspw. auf der Ambulanz im nächsten Moment wieder „verschwunden“ sind. Im stationären Bereich entwickelt sich ein Sozialarbeiter*In-Klient*In Beziehungsaufbau, wobei eine unterschiedliche Methodik wie unter anderem auch die Soziale Diagnostik längerfristig zum Einsatz kommen kann, da die Klient*Innen für längere Zeit beziehungstechnisch eine Rolle auf der KJPP spielen.

Es hat sich herausgestellt, dass auf der Erwachsenenpsychiatrie eine sehr ähnliche Einstellung im Zusammenhang mit der Nutzung sozialdiagnostischer Tools und dem zeitlichen Faktor besteht:

„Zeitliche Ressourcen fehlen im Moment, also vor allem jetzt grod, des is a schlechte Phase und ehm da u n mocht ma hoid afoch wirklich nur mehr des wos grod auf der Zuweisung steht, also überspitzt jetzt formuliert.“ (TI3:48-50)

Die dritte Interviewpartnerin Frau B. betont die mangelnden zeitlichen Kapazitäten aufgrund einer momentanen ungünstigen Phase, die sie innerhalb der EP durchlaufen. Für andere Arbeitsvorgänge, als jene, welche von Grund auf bei den Klient*Innen durchgeführt werden, ist kein Platz mehr vorhanden. Ihre Aussage lässt darauf schließen, dass unzureichend Personal vorhanden ist für die große Anzahl von Patient*Innen, wodurch sich dieser zeitliche Stau ergibt und sich die Sozialarbeiter*Innen in der Ausübung verschiedener Methoden nicht frei entfalten können. Es kann auch davon ausgegangen werden, dass die Sozialarbeiter*Innen gerade eine höhere Anzahl von Klient*Innen betreuen, als sie sonst im selben Zeitrahmen betreuen. Dies wiederum deutet darauf hin, dass der arbeitstechnische Ablauf damit zusammenhängt, wie viele Klient*Innen pro Tag aufgenommen werden und je nachdem mehr oder weniger Zeit investiert werden kann in eine abwechslungsreiche methodische Zusammenarbeit und Betreuung.

„Also eigentlich aus zeitlichen Ressourcen. Weil ääh...des hoid einfach erstens Gegenüberstellungen..Zeit benötigen und daun a die Nachbesprechung Zeit, oiso des kaun schon a natürlich oiso unterstützend sei, damit das Gespräch amoi ins Laufen kommt auch, oba er kaun jetzt ah net nur die Netzwerkkarte mochen und daun loss i den Patienten damit alleine oiso.“ (TI3:108-112)

Hier geht die Befragte darauf ein, wie wichtig im Anschluss einer Gegenüberstellung auch die Nachbesprechungen sind. Die Patient*Innen können nicht damit alleine gelassen, sprich einfach danach entlassen werden, ohne sich darüber intensiver ausgetauscht und alles so zu bearbeitet haben, dass keine offenen Fragen mehr bestehen. Es bedarf einer Aussprache, sodass sowohl Klient*In als auch Sozialarbeiter*In am Ende der Zusammenarbeit zufrieden sind und keine Unklarheiten bestehen bleiben, die schlussendlich aufgrund der fehlenden Zeitressourcen nicht beseitigt werden können. Die Befragte sieht sozialdiagnostische Tools als eine Möglichkeit an, um ein gutes Gespräch untereinander zu starten.

Möglicherweise besteht für Frau B. eine Unsicherheit, die Tools unter Zeitdruck so einzubauen, dass sie ihre Arbeit als Sozialarbeiterin gewissenhaft erledigen kann, weshalb sie es unter Stress lieber vorzieht, ihren gewohnten Ablauf nachzugehen. Das könnte damit zusammenhängen, dass die Interviewpartnerin bereits ausprobiert hat, andere Methodiken zu verwenden – gerade zu jenem Zeitpunkt, wo diese begrenzte Zeit vorhanden war – und die Klient*Innen bzw. auch sie selbst im Endeffekt enttäuscht und unzufrieden gewesen sind. Es besteht die Vermutung, dass diese im „offenen Regen“ stehen gelassen werden mussten und eine genaue Besprechung oder Weiterbearbeitung am Ende gefehlt hat, da es zeitlich nicht mehr möglich war, dem Ganzen nachzugehen. Womöglich kam es auch zu Konflikten oder zur ersichtlichen Unzufriedenheit durch die Klient*Innen, woraufhin Frau B. sich entschlossen hat, ihre bisher gehabte Routine weiterzuführen und sich mit der restlichen Methode nur dann auseinanderzusetzen, wenn tatsächlich genügend Zeit im Arbeitsalltag vorhanden ist und weniger Klient*Innen an einem Tag betreut/beraten werden müssen.

Auch Frau S. die letzte der Interviewpartner*Innen gab an, dass der Zeitmangel ein Problem darstelle und die methodische Anwendung – wie, wann, was angewandt wird, oder werden kann – beeinflusse:

„Und ehhhhh aufgrund der Knappheit der Zeit kann ich nur mit Eckdaten arbeiten. War mir bis jetzt aufgrund ehhhhh der Zeitknappheit wenig möglich.“ (TI4: 46-47)

Eine vertiefende, intensive Auseinandersetzung mit den Klient*Innendaten erweist sich für die Befragte als besonders schwierig, da auch sie mit der Zeitknappheit zu kämpfen hat. Es lässt sich jedoch anhand der Aussage vermuten, dass Frau S. – wenn die Zeitknappheit nicht vorhanden wäre – sozialdiagnostische Tools auf der EP ohne Probleme und vor allem gerne einsetzen würde. Scheinbar führt diese permanente zeitliche Begrenzung dazu, ihrer eigenen professionellen Erwartungshaltung nicht mehr nachkommen zu können.

Aufgrund der langjährigen Berufserfahrung der Interviewpartnerin Frau S. besteht die Annahme, dass sich die von ihr getätigte Aussage auf die letzten Jahre ihrer Arbeit bezieht und nicht auf die gesamten 20 Jahre Berufserfahrung auf der Erwachsenenpsychiatrie. Eher wird davon ausgegangen, dass zu früheren Zeiten nicht ein permanenter Zeitdruck geherrscht hat und sich diese stark begrenzten zeitlichen Ressourcen erst entwickelt haben, als die Psychiatrie immer näher ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt ist. Es könnte sein, dass damals noch nicht eine so hohe Anzahl von Klient*Innen diese nun bereitstehenden Angebote genutzt haben bzw. diese noch nicht zur Gänze zur Verfügung standen – so wie dies heutzutage der Fall ist.

Im nachfolgenden Zitat kommt es durch Frau S. zur Erläuterung einer weiteren Problematik zusammenhängend mit der Zeitknappheit:

„.....mir trotz ahhhhh trotz der Zeitknappheit mir die Zeit nehmen, mehr ins Detail zu gehen, ahh was für die Akutpsychiatrie uns aufgrund von teilweise Personalmangel ein bisschen eine Illusion ist. Nichtsdestotrotz ist es eine wichtige Arbeit und ahhh können diese Tools hier auch sehr sehr hilfreich sein.“ (TI4:86-89)

Hier wird zum ersten Mal konkret angeführt, aus welchem Grund sich diese Zeitprobleme ereignen und dass diese mit dem aktuell stattfindenden Personalmangel im Zusammenhang stehen. Womöglich wird unter der Knappheit des Personals nicht ein Mangel an Sozialarbeiter*Innen verstanden, sondern das Fehlen von anderen Berufsgruppen wie z.B. Ärzt*Innen, Psycholog*Innen, Psychotherapeut*Innen etc., sodass eine multiprofessionelle Zusammenarbeit sich auf der Psychiatrie momentan als schwierig gestaltet, da das Team nicht vollständig ist, oder Leute laufend „kommen und gehen“. Die Schwierigkeit des Personalmangels überträgt sich dem Anschein nach auf die Möglichkeiten der Anwendung der methodischen Arbeitsvielfalt von Sozialarbeiter*Innen.

Dies führt vermutlich einerseits dazu, dass sich neben den sozialarbeiterischen Aufgaben, auch um viele andere Angelegenheiten gekümmert werden muss, die nichts mit der Sozialarbeit zu tun haben bzw. für die sonst andere Professionist*Innen zuständig wären. Anderseits könnte es sein, dass der Austausch untereinander chaotischer und nicht so reibungslos wie sonst stattfindet. Einige Aufgaben geraten womöglich in Vergessenheit, oder müssen aus zeitlichen Gründen aufgeschoben und an andere Mitarbeiter*Innen übertragen werden. Dadurch kann sich die Soziale Arbeit vermutlich erschwert lediglich auf deren eigenen Arbeitsbereich konzentrieren, sondern ist praktisch dazu verpflichtet, sich die Zeit anders

einzuordnen als üblich, wodurch sich diese Knappeit beim Erledigen von Aufgaben und/oder Klient*Innengesprächen ergibt.

In ihrer Aussage betont die interviewte Sozialarbeiterin jedoch die Wichtigkeit der Miteinbeziehung und generellen Verwendung von sozialdiagnostischen Instrumenten. Grundsätzlich besteht keine Abneigung den Tools gegenüber und wird auch der Sinn und Zweck darin erkannt. Es wird ersichtlich, dass der Personalmangel tatsächlich ein großes Problem darstellt und Soziale Diagnostik auf der EP einen viel höheren Stellenwert einnehmen würde, wenn ausreichend Personal zur Verfügung stände.

Die folgende Aussage veranschaulicht noch einmal, inwiefern es im Arbeitsalltag auf der EP realistisch ist, sozialdiagnostische Instrumente mit den Klient*Innen im Sinne des Betreuungsprozesses zu verwenden:

„So gut diese Tools ah ausgearbeitet sind und eine gute Basic geben als Richtlinie, is es in der Praxis.....weniger durchführbar [...], weil es nicht zum Handeln kommt und die Zeit bis es zum Handeln is, dann das nicht mehr gegeben is. Ich brauch in einem Krankenhaus eine rasche Anamnese, sehen um was es geht, damit ich dann schnell handeln kann, mehr Zeit hab ich nicht.“ (TI4:261-265)

Frau S. macht darauf aufmerksam, dass trotz der prinzipiell guten Ausarbeitung der Instrumente eine tatsächliche Durchführung in der Praxis kaum möglich ist. Der Zeitrahmen lässt es nicht zu, sich mit einem Tool derart auseinanderzusetzen, sodass dieses von Beginn bis Schluss mit den Klient*Innen so bearbeitet wird, dass diese z.B. mit gutem Gewissen entlassen werden könnten. Dieser Handlungsspielraum ist praktisch nicht gegeben. Eine rasche Anamnese ist laut der Befragten mit der Hilfe von sozialdiagnostischen Instrumenten nicht durchführbar, da diese viel zu viel Zeit beanspruchen und wie bereits schon in einigen vorherigen Zitaten angemerkt – diese Zeit auf der EP oder auch KJPP momentan nicht zur Verfügung steht.

Anhand ihrer Aussage besteht auch die Annahme, dass für die Interviewpartnerin bisher noch kein passender Weg gefunden wurde, um die „goldene Mitte“ zu finden, die Tools so einzusetzen, sodass diese nicht zu viel Zeit in Anspruch nehmen und dennoch in die Betreuung mit einfließen.

Auf die Frage, ob die Anamnese zur Gänze mit den Klient*Innen erfolgt, oder die Daten teils auch selbstständig und ohne den Klient*Innen eingetragen werden, hat die Interviewpartnerin folgendermaßen geantwortet:

„Natürlich. Natürlich gemeinsam mit dem Klienten, der Klientin. Ah wo eben sicher die Eck, die Überschriften des ah Inklusionscharts ah drinnen sind, nur ist einfach die Zeit der langen Ausarbeitung, führt nicht zum Handlungsergebnis..eh ahhh bis dahin is der Patient schon lange entlassen und somit hab ich zwar ehmmm ahh an guten Anamneseinklusionschartbogen und weiß wo des Problem is nur ich hab nichts g e t a n.“ (TI4:278-283)

Frau S. betont die Verwendung verschiedener Eckdaten des IC4 während der Anamnese. Eine genaue Ausarbeitung kommt jedoch nicht in Frage bzw. ist nicht möglich, da es ansonsten nicht zu dem von ihr gewünschten Endergebnis kommt. Daraus ergibt sich der Verdacht, dass

die Befragte im Klient*Innenkontakt strikte Ziele/Ergebnishaltungen verfolgt, die sie erreichen möchte und sie diese auch einhält.

Scheinbar stellt es für die befragte Sozialarbeiterin ein Problem dar, sich auf sozialdiagnostische Tools zu beziehen und gleichzeitig lösungsorientiert - im Sinne von der Erledigung anderer Aufgaben - zu denken. Es könnte sein, dass es Frau S. leichter fällt, sich lediglich auf eine Sache während der Klient*Innenbetreuung zu konzentrieren, an der Stelle von mehreren Aufgaben auf einmal. Wie es dem Anschein nach aussieht, hindern sie die Instrumente dabei, ihr sogenanntes „Handlungsergebnis“ - wie sie es selbst definiert - zu erreichen. Dies lässt darauf schließen, dass nicht nur die Zeit allgemein für sie ein Hindernis darstellt, sondern auch ihre eigene Zeiteinteilung nicht von Vorteil ist. Womöglich hängt dies aber auch mit dem bereits beschriebenen Personalmangel zusammen, wodurch es ihr nicht möglich ist, ihre Aufmerksamkeit lediglich auf sozialarbeiterische Tätigkeiten zu richten, da zwischenzeitlich noch Fachübergreifendes durchgeführt werden muss.

Folgendes Zitat von der Interviewten definiert zu guter Letzt den oben beschriebenen Inhalt noch etwas genauer:

„Also im Handeln selbst i s, kann ich mit diesem ausführlichen Bogen nichts anfangen, weil diese 3,4,5 Stunden hab ich schon längst den Klienten, die Klientin bei der Schuldnerberatung angebunden, eine WG gesucht, ihm im Verein Wohnen in St. Pölten angemeldet, an Vorstellungstermin ausgemacht.“ (TI4:326-329)

Die Sozialarbeiterin spricht mit dem ausführlichen Bogen das IC4 an, wobei sie von einer dreibis fünfstündigen Zeitinanspruchnahme ausgeht. Dies lässt darauf schließen, dass in ihrer beruflichen Vergangenheit das IC4 bereits zum Einsatz gekommen ist und die Frau S. dafür einige Stunden Bearbeitungszeit benötigt hat. Dadurch entstand bei ihr scheinbar auch dieses verankerte Denken, jene Tools bei „zu viel Stress oder Zeitdruck“ prinzipiell nicht zu gebrauchen. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass Frau S. nach dieser negativen Erfahrungen bzw. stundenlangen Benutzung des IC4 die Lust und Laune an diesem Tool verloren hat und dieses in Zukunft nicht mehr im gesamten Ausmaß in Gebrauch nimmt, sondern sich immer wieder nur Teile davon rausnimmt und diese in ihrem eigenen erstellten Anamneseinklusionsbogen eingefügt hat.

Wie sich anhand aller Aussagen erkennen lässt, erzeugt diese zeitliche Beschränkung auf der Psychiatrie einen gewaltigen Druck im Arbeitsalltag, wodurch es sich als schwierig gestaltet, sich ‚methodisch frei zu bewegen‘. Lieber wird bei den Sozialarbeiter*Innen auf Nummer sicher gegangen und bisher eingebürgerte Routinen beibehalten, auch wenn der Wunsch nach Veränderung besteht. Neben dem allgemeinen Zeitmangel sorgt auch der damit verbundene Personalmangel für Probleme und eine chaotischere Arbeitsweise. Wäre die multiprofessionelle Zusammenarbeit unkompliziert und würde der zeitliche Rahmen etwas lockerer sein, wären die Sozialarbeiter*Innen nicht abgeneigt, sozialdiagnostische Tools zu etablieren.

5 Resümee (Brückler/Firtescu)

Die Sozialarbeiter*Innen der KJPP setzen grundsätzlich keine sozialdiagnostischen Instrumente bei der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung ein, außer sie werden vom multiprofessionellen Behandlungsteam dazu aufgefordert. Im Laufe der Forschungsarbeit hat sich herauskristallisiert, dass der Grund dafür, weshalb die Sozialarbeiter*Innen nicht auf Grundlage ihrer eigenen, fachlichen Einschätzung sozialdiagnostische Instrumente einsetzen „dürfen“, im Stellenwert ihrer Profession innerhalb des Teams verortet werden kann. In Bezug auf die Anwendung von sozialdiagnostischen Tools in der EP kann zusammenfassend gesagt werden, dass nur jene Sozialarbeiterinnen diese im Prozess anwenden, für die ihr Einsatz essentieller Bestandteil einer präzisen Erhebung und Situationseinschätzung ist.

Im Hinblick auf die Hauptforschungsfrage lässt sich sagen, dass in der KJPP als Diagnoseinstrumente im Prozess das Genogramm und das Soziale Atom zum Einsatz kommen. Einerseits benutzt Frau T. das Genogramm, um dem übrigen Behandlungsteam Informationen über familiäre Zusammenhänge zu beschaffen. Andererseits verwendet sie es auch in der direkten Zusammenarbeit mit den Patient*Innen, um mit ihnen an ihrer Familienbiografie in Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung zu arbeiten. Dabei spielt die Visualisierung der familiären Beziehungen die bedeutendste Rolle. Auch DSA E. setzt das Genogramm auf Auftrag des multiprofessionellen Behandlungsteams im Prozess ein. Im Vergleich zu seiner Kollegin verwendet er dieses ausschließlich als Notationssystem, um einen Überblick über die familiären Beziehungen der Klient*Innen zu erhalten. Das Genogramm dient dem Team in erster Linie als Informationsquelle und soll seine Hypothesen entweder bestätigen oder widerlegen. Neben den Genogramm nutzt Frau T. situationsbedingt auch das Soziale Atom, jedoch nicht auf die „klassische“ Art und Weise, sondern alternativ i.S. von Aufstellungen. Diese Methode wird im Prozess einerseits angewendet, um einen Überblick über das soziale Netz der Klient*Innen zu erhalten und andererseits, um aufzuzeigen, wo Ressourcen liegen.

Die Sozialarbeiterinnen der EP arbeiten mit einem Assessment-Bogen, der von einer der Mitarbeiterinnen selbst erstellt wurde. In zwei bis drei „Erst“-Gesprächen wird die Lebenslage der Klient*Innen anhand von diesem erhoben, indem die zuständige Sozialarbeiterin die „Eckdaten der sozialen Absicherung“ (TI4:41-43) erfragt. Der Vorteil des Assessment-Bogens liegt darin, dass er das Erstgespräch strukturiert und den Sozialarbeiterinnen schnell eine „Fall“-Übersicht bietet. Dank seines „Checklisten-Charakters“ scheint es den Klient*Innen außerdem leichter zu fallen, von sich aus mit unangenehmen Belangen „herauszurücken“.

Die Sozialarbeiter*Innen zeigen eine ambivalente Haltung gegenüber sozialdiagnostischen Instrumenten. Grundsätzlich besitzen sie eine offene Einstellung, was ihre Anwendung betrifft, und erkennen auch die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit ihres Einsatzes. Einerseits haben sie den Wunsch, sozialdiagnostische Instrumente vermehrt in ihren Arbeitsalltag zu etablieren. Andererseits besteht große Unsicherheit in Bezug auf die „richtige“ Anwendung, was darauf zurückgeführt werden kann, dass die Sozialarbeiter*Innen bisher kaum praktische Erfahrungen sammeln konnten.

Die strukturellen Rahmbedingungen (Personal- und Zeitmangel), die auf den Abteilungen herrschen, engen den Spielraum und die Vielfalt der Sozialarbeiter*Innen zusätzlich ein. In den Ambulanzen lastet ein größerer Zeitdruck auf den Sozialarbeiter*Innen als auf den Tageskliniken, weshalb dort der Einsatz von sozialdiagnostischen Instrumenten als fixer Bestandteil des Prozesses eine Illusion darstellt. Die Sozialarbeiter*Innen in den Tageskliniken hingegen können sich vorstellen, künftig vermehrt mit sozialdiagnostischen Tools zu arbeiten. Die Arbeitsansätze dieser beiden Bereiche sind völlig unterschiedlich und können nicht miteinander verglichen werden.

Wie bereits weiter oben angedeutet wird, bietet die Anwendung von sozialdiagnostischen Instrumenten im Prozess zahlreiche Vorteile. Insgesamt würden sich die Sozialarbeiter*Innen wünschen, dass die einzelnen Tools dahingehend ans Handlungsfeld „Psychiatrie“ angepasst werden, dass sie sich auf das Wesentlichste beschränken und nicht zu sehr ins Detail gehen, damit ihre Anwendung und Bearbeitung künftig weniger Zeit in Anspruch nehmen. In Bezug auf das IC4 im Speziellen sollte der gesundheitliche Aspekt ausgebaut und differenziert werden sowie über eine neutralere Farbgestaltung sowie Symbolik nachgedacht werden, um es auch für die psychiatrischen Abteilungen anwendbar zu machen.

6 Ausblick für die Soziale Arbeit (Brückler/Firtescu)

Die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit zeigen, dass es sowohl sinnvoll als auch notwendig ist, sozialdiagnostische Instrumente im Prozess der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung einzusetzen. Die Sozialarbeiter*Innen des beforschten Universitätsklinikums sind sich dessen einerseits bewusst und haben den Wunsch, sozialdiagnostische Instrumente als fixen Bestandteil in ihren Arbeitsalltag zu etablieren. Andererseits besteht von ihrer Seite eine große Unsicherheit in Bezug auf die „richtige“ Anwendung der Instrumente, was auf mangelndes Wissen und unzureichende Erfahrung mit dem Umgang von sozialdiagnostischen Tools zurückzuführen ist. Dieser Unsicherheit könnte anhand von (verpflichtenden) Schulungen und/oder Weiterbildungen für die Sozialarbeiter*Innen entgegengewirkt werden.

Darüber hinaus müsste das Ansehen der Sozialen Arbeit als Profession innerhalb des multiprofessionellen Behandlungsteams verbessert werden, damit sich die Sozialarbeiter*Innen künftig trauen, sozialdiagnostische Instrumente nicht nur auf Auftrag hin, sondern auch aus ihrer eigenen fachlichen Einschätzung heraus, anzuwenden. Dafür wird eine bessere Kooperation und Kommunikation der einzelnen Professionen mit- bzw. untereinander sowie die Einsicht des Teams, dass eine flächendeckende Anwendung von sozialdiagnostischen Instrumenten im Prozess sinnvoll und notwendig ist, benötigt.

Der Mangel an Ressourcen – allen voran an Personal und Zeit – welcher auf den beforschten psychiatrischen Abteilungen herrscht, erschwert die Etablierung von sozialdiagnostischen Instrumenten als standardmäßige Komponente bei der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung zusätzlich. Hier bedarf es einem strukturellen Wandel i.S. von einer Umstrukturierung der Abteilungen.

Damit das IC4 im Speziellen von den Sozialarbeiter*Innen der KJPP und EP angewandt werden kann, muss es adaptiert werden: Die Visualisierung in Form von den Farben Grün/Rot, sowie den Pfeilen und Minuszeichen werden als wertend und somit als kontraproduktiv in der Arbeit mit psychisch instabilen Klient*Innen empfunden. Weiters bedarf es einer Anpassung des Instruments an das Handlungsfeld: Für die Anwendung des IC4s in der Psychiatrie muss der Aspekt „Gesundheit“ ausgebaut und differenziert werden⁹.

Finden diese Veränderungen – insbesondere der strukturelle Wandel – nicht statt, ist nicht zu erwarten, dass sozialdiagnostische Instrumente im beforschten Universitätsklinikum bald einen höheren Stellenwert im Prozess der Erhebung der Lebenslage und Situationseinschätzung erlangen, als dies zurzeit der Fall ist.

7 Reflexion Forschungsprozess (Brückler/Firtescu)

Die Autorinnen haben bereits im Rahmen des Projekts „Evaluation des Inklusions-Charts 4“ in einer der Forschungsgruppen miteinander gearbeitet. Aufgrund ihres geteilten Interesses für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie entwickelten sie das Vorhaben, auch die Bachelorarbeit 2 zusammen zu dieser Thematik zu verfassen. Dank des Kurzzeitpraktikums, welches eine der beiden Autorinnen im Vorhinein im beforschten Universitätsklinikum geplant hatte, stand der Forschungsstandort schnell fest. Mit der Unterstützung der Projektgruppe konnten die Hauptforschungs- sowie die Unt erforschungsfragen ebenfalls rasch gefunden werden. Dank des Praktikumsanleiters, welcher den Autorinnen auch als Interview- und Ansprechpartner für die vorliegende Forschungsarbeit zur Verfügung stand, konnten leicht weitere Interviewpartner*Innen gefunden werden. Sowohl die Interviews als auch die Beobachtungen konnten komplikationslos umgesetzt werden. Leider gestaltete sich die Kooperation mit einigen Interviewpartner*Innen im weiteren Verlauf des Forschungsprozesses jedoch als schwierig: Sie reagierten nach den Gesprächen nicht mehr auf Kontaktaufnahmeversuche von Seiten der Autorinnen, weshalb diese z.B. kein Exemplar des Assessment-Bogens erhalten haben. Eine Herausforderung war das Finden einer geeigneten Auswertungsmethode, da die Untersuchung mehr Ergebnisse generiert hat, als erwartet. Hier konnte sich aber letztendlich mithilfe der Unterstützung der Projektleiter*Innen auf die Themenanalyse nach Froschauer / Lueger (2003) geeinigt werden.

Literatur

Anonymisierte Einrichtung (2020a): Klinische Sozialarbeit. Homepage der Einrichtung. [Zugriff: 24.07.2020]

⁹ Für eine genaue Beschreibung, was mit „ausbauen“ und „differenzieren“ gemeint ist s. Kapitel 4.5 „Verbesserungsvorschläge in Bezug auf sozialdiagnostische Instrumente“

Anonymisierte Einrichtung (2020b): Patienten & Besucher. für Patienten. Klinische Abteilungen. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Abteilung. Klinische Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Homepage der Einrichtung. [Zugriff: 20.07.2020].

Anonymisierte Einrichtung (2020c): Patienten & Besucher. für Patienten. Klinische Abteilungen. Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Abteilung. Klinische Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Homepage der Einrichtung. [Zugriff: 20.07.2020].

Bienz, Barbara / Reinmann, Arlette (2004): Sozialarbeit im Krankenhaus. Aufgaben, Methoden, Ziele. 1. Auflage, Bern/Stuttgart/Wien: Haupt Verlag.

Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Eine Praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer.

Buttner, Peter / Gahleitner, Silke B. / Hochuli Freund, Ursula / Röh, Dieter (2018): A. Soziale Diagnostik. Eine Einführung. In: Buttner, Peter / Gahleitner, Silke B. / Hochuli Freund, Ursula / Röh, Dieter (2018) (Hg.Innen): Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit. 1. Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 11-24.

Dörr, Margret (2005): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. 8, 1, München: Ernst Reinhardt Verlag.

Flick, Uwe (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Reinbek bei Hamburg.

Glatzer, Wolfgang Dr. / Habich, Roland / Mayer, Karl Ulrich (2002) (Hrsg.): Sozialer Wandel und gesellschaftliche Dauerbeobachtung. o.A., Leske + Budrich Verlag, 464.

Greving, Heinrich / Beck, Iris (2012) (Hrsg.): Lebenslage und Lebensbewältigung. Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. 5, 1, o.A., 356.

Heiner, Maja / Schrappner, Christian (2010): Diagnostisches Fallverständen in der Sozialen Arbeit. Ein Rahmenkonzept. In: Schrappner, Christian (2010) (Hg.): Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverständen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven. 2. Auflage, Weinheim: Beltz Juventa, S. 201-222.

Hochuli Freund, Ursula / Stotz, Walter (2017): Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. 4. Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Köttig, Michaela / Borrmann, Stefan / Effinger, Herbert / Gahleitner, Silke Birgitta / Kraus, Björn / Stövesand, Sabine (2014) (Hrsg.): Soziale Wirklichkeit in der Sozialen Arbeit. Wahrnehmen – analysieren – intervenieren. o.A., Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich, 267. 7

Lamnek, Siegried (2005): Qualitative Sozialforschung. 4., vollständig überarbeitete Auflage, Weinheim: Beltz.

Löcherbach, Peter (2004): Assessment im Case Management und sozialpädagogische Diagnose. In: Schrappner, Christian (2010) (Hg.): Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverständen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven. 2. Auflage, Weinheim: Beltz Juventa, S. 69-84.

Meuser, Michael / Nagel, Ulrike (1991): Expertinneninterviews. vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, Detlef / Kraimer, Klaus (1991): Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westd. Verlag. S. 441-471.

Österreichischer Berufsverband diplommierter SozialarbeiterInnen (OBDS) (2004): Handlungsfelder der Sozialarbeit. Handlungsfeld Gesundheit. https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/04/handlungsfelder-fh-campus_wien.pdf [Zugriff: 12.08.2020]

Pantuček, Peter (2005a): Soziale Diagnose – Herkunft, Kritik, Anwendung. http://www.pantucek.com/texte/2005_04_emden/sod_emden.html [Zugriff: 19.06.2020]

Pantuček, Peter (2005b): Materialien zu diagnostischen Verfahren. Genogramm. www.pantucek.com [Zugriff: 06.08.2020]

Pantuček, Peter (2006a): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 1. Band, Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.

Pantuček, Peter (2018): Inklusions-Chart (IC4). In: Buttner, Peter / Gahleitner, Silke B. / Hochuli Freund, Ursula / Röh, Dieter (2018) (Hg.Innen): Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit. 1. Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 304-308.

Pauls, Helmut (2004): Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim/München: Juventa.

Quindel, Ralf (2004): Zwischen Empowerment und Kontrolle. Das Selbstverständnis der Professionellen in der Sozialpsychiatrie. 1. Auflage, Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Richmond, Mary E. (1917): Social Diagnosis. New York: Russell Sage Found.

Rüegger, Cornelia (2010): Soziale Diagnostik als Kern professionellen Handelns – ein Orientierungsrahmen. In: Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit. 8/9, S. 35-52.

Salomon, Alice (2004): Soziale Diagnose. In: Salomon, Alice (2004) (Hg.In): Frauenemanzipation und soziale Verantwortung. Ausgewählte Schriften 1919 -1948. 3. Band, Neuwied: Luchterhand, S. 255-314.

Schlippe, Arist von / Molter, Haja / Böhmer, Norbert (2005): Zugänge zu familiären Wirklichkeiten. In: Zeitschrift des Instituts für Familientherapie.

Schräpper, Christian (2005): Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen. In: Kreft, Dieter / Mielenz, Ingrid (2017) (Hg*Innen): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 8. Auflage, Weinheim: Juventa, S. 189-197.

Sommerfeld, Peter / Dällenbach, Regula / Rüegger, Cornelia / Hollenstein, Lea (2016): Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. 1. Auflage, Wiesbaden: Springer VS.

Sommerfeld, Peter / Hierlemann, F. (2004): Soziale Arbeit in der Psychiatrie und im Rehabilitationsprozess. In: Rössler, Wulf (2004) (Hg*In): Psychiatrische Rehabilitation. Berlin, Heidelberg: Springer VS, S. 326-332.

Sommerfeld, Peter / Rüegger, Cornelia (2013): Soziale Arbeit in der Sozialen Psychiatrie. In: Rössler, Wulf / Kawohl, Wolfram (2013) (Hg*Innen): Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. 1. Auflage, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 396-406.

Staub-Bernasconi, Silvia (2003): Diagnostizieren tun wir alle – nur nennen wir es anders. WIDERSPRÜCHE. In: Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich. 23(88), S. 33- 40.

Steden, Hans-Peter (2003): Die Begleitung psychisch gestörter Menschen: Eine Einführung in die Psychiatrie und Psychopathologie. o.A.: Lambertus-Verlag.

Thole, Werner / Höblich, Davina / Ahmed, Sarina (2012) (Hrsg.): Taschenwörterbuch Soziale Arbeit. oA., Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, 320.

Wendt, Wolf Rainer (2008): Geschichte der Sozialen Arbeit. Die Profession im Wandel ihrer Verhältnisse. 5. Auflage, Stuttgart: UTB GmbH.

Daten

B1, Beobachtungsprotokoll 1, verfasst von Ronja Brückler, Beobachtungen während des Praktikums im Zeitraum von 18.02.2020 bis 12.03.2020 im Regelbetrieb der Kinder- und Jugendpsychiatrie eines Universitätsklinikums in Niederösterreich.

B2, Beobachtungsprotokoll 2, verfasst von Ronja Brückler, Beobachtung am 02.03.2020 im Regelbetrieb der Kinder- und Jugendpsychiatrie eines Universitätsklinikums in Niederösterreich.

B3, Beobachtungsprotokoll 3, verfasst von Ronja Brückler, Beobachtung am 09.03.2020 im Regelbetrieb der Erwachsenenpsychiatrie eines Universitätsklinikums in Niederösterreich.

ITV1, Interview geführt von Ronja Brückler mit Frau T. in Niederösterreich, 09.12.2019, Audiodatei.

ITV2, Interview geführt von Ronja Brückler mit DSA E. in Niederösterreich, 09.12.2019, Audiodatei.

ITV3, Interview geführt von Virginia Firtescu mit Frau B. in Niederösterreich, 13.12.2019, Audiodatei.

ITV4, Interview geführt von Virginia Firtescu mit Frau S. in Niederösterreich, 03.01.2020, Audiodatei.

TI1, Transkript Interview 1, erstellt von Ronja Brückler, März 2020, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI2, Transkript Interview 2, erstellt von Ronja Brückler, März 2020, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI3, Transkript Interview 3, erstellt von Virginia Firtescu, März 2020, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI4, Transkript Interview 4, erstellt von Virginia Firtescu, März 2020, Zeilen durchgehend nummeriert.

Abbildungen

Abbildung 1: Frau T. (2019): Genogramm von Sophie. Eigene Darstellung anhand von Wessiepe (2007).

Abkürzungen

DSA...Diplomsozialarbeiter*In

EP...Erwachsenenpsychiatrie

IC4...Inklusionschart 4

KE...Kindeseltern

KJPP...Kinder- und Jugendpsychiatrie

Anhang

Leitfaden Expert*Innen-Interviews

Einstiegsphase

Die Interviewpartner*Innen werden von uns begrüßt und über die Anonymität und Vertraulichkeit der Daten aufgeklärt. Im Zuge dessen wird ebenfalls das Einverständnis zur Aufzeichnung des Gesprächs schriftlich eingeholt. Es wird wiederholt kurz der Nutzen und das Ziel des Interviews vorgestellt sowie der Ablauf dessen besprochen.

- Welche Erfahrungen haben Sie bereits in Bezug auf die Erhebung der Lebenslage Ihrer Klient*Innen bzw. die Situationseinschätzung gemacht?

Hauptteil

Thema: Art und Weise der Erhebung der Lebenslage der Klient*Innen bzw. Situationseinschätzung

- Wie gelangen Sie als Sozialarbeiter*In in der Einrichtung ___ zur Erhebung der Lebenslage Ihrer Klient*Innen bzw. zur Situationseinschätzung?
- Inwiefern benutzen Sie hierbei sozialdiagnostische Tools?

Thema: Unterstützung der Klient*Innen bei der Erlangung eines Überblicks über ihre Lebenslage

- Wie unterstützen Sie Ihre Klient*Innen dabei, einen Überblick über bzw. eine Einschätzung von ihrer Lebenslage zu erhalten?
- Wie unterstützen Sie Ihre Klient*Innen dabei, die Ressourcen, die ihnen noch zur Verfügung stehen, zu erkennen?

Thema: Verwendung von sozialdiagnostischen Tools für die Erhebung der Lebenslage bzw. Situationseinschätzung

- Basierend auf welchen Erfahrungen haben Sie sich dazu entschieden, sozialdiagnostische Tools heranzuziehen?

Thema: Vor- und Nachteile bzw. Verbesserungsvorschläge der benutzten Tools

- Was schätzen Sie an diesen und was müsste / könnte Ihrer Meinung nach verändert bzw. verbessert werden?

Thema: Nicht-Verwendung von sozialdiagnostischen Tools für die Erhebung der Lebenslage bzw. Situationseinschätzung

- Basierend auf welchen Erfahrungen haben Sie sich dazu entschieden, keine sozialdiagnostischen Tools heranzuziehen?

Thema: Alternative Vorgehensweise zu sozialdiagnostischen Tools

- Wie bevorzugen Sie es, stattdessen vorzugehen?

Thema: Notwendige Veränderungen / Adaptierungen für eine Anwendung von sozialdiagnostischen Tools

- Was müsste an den existierenden sozialdiagnostischen Tools geändert werden, damit Sie sie für die Erhebung bzw. Einschätzung heranziehen würden?

Thema: Inklusionschart 4 (IC4)

- Inwiefern ist Ihnen das Inklusionschart (4) (IC4) ein Begriff? Wie stehen Sie zu diesem Tool? Was könnte / müsste daran für eine verbesserte Erhebung / Situationseinschätzung Ihrer Meinung nach geändert werden?

Interviewabschluss

- Welche Aspekte, die bisher noch nicht thematisiert worden sind, möchten Sie gerne noch ansprechen?

Bei Bedarf beantworten wir noch offengebliebene Fragen seitens der Interviewpartner*Innen. Im Anschluss bedanken wir uns bei ihnen dafür, dass sie sich Zeit für uns genommen haben und verabschieden uns.

Auszug eines Interviews (Transkript 1)

- 1 I1: Ja ähm, meine Einstiegsfrage wär, welche Erfahrungen Sie bereits in Bezug auf die
2 Erhebung der Lebenslage Ihrer Klient*Innen gemacht haben (I1 lacht)
- 3 B1: Welche Erfahrungen . . . äh . . . ich persönlich arbeit sehr gern mit Genogramm. Ich hob
4 jetzt auch über in meinem Studium über soziale Diagnostik nichts gelernt. I hob owa jetzt an
5 Kurs gmocht, wo mir sehr gut gfoit des Atom. Wos mi so erinnert an Aufstellungen,
6 Familienaufstellungen. Wie wer wo steht. Und des san eigentlich die zwa Werkzeuge, die i
7 eigentlich sehr gern benütze, die sehr effizient san. Vor allem, weil ich in der Ambulanz arbeite
8 und jetzt erst seit kurzem in da Tagesklinik. Aber Genogramm is supa.
- 9 I1: (I1 lacht) Genau, also das hat sich dann auf jeden Fall geändert anscheinend, weil wir
10 haben schon ziemlich viel, also eine ganze Lehrveranstaltung zu Sozialdiagnostik. Das Atom
11 selber is mir jetzt gar kein Begriff . . .
- 12 B1: Sie mochn des mit Münzen: sie sie frog'n, welche Person welche Münze is und in welchem
13 Zusammenhang die Personen zueinanderstehen. Also es is wie so eine Mini-Aufstellung mit
14 Münzen.
- 15 I1: Und das waren dann positive Erfahrungen meistens, die sie da
- 16 B1: Des is positiv. Oiso wir hom ondere diagnostische Sochn a no glernt . . . beziehungsweise
17 angesprochen, aba für mi san wichtig so knackige Sochn. I brauch nix longwieriges und wo i
18 was do sitz i scho drei Stunden. Des des i kau mas vo da Zeit a ned leisten, sog i jetzt amoi,
19 in da Ambulanz.
- 20 I1: Das heißt, das muss einfach so einen ersten Überblick geben?
- 21 B1: Genau.
- 22 I1: Genau . . . das heißt, dann wär eigentlich eh diese zweite Frage ein bisschen schon
23 beantwortet . . . also das is so der Weg, wie sie meistens dann zu Ihrer Situationseinschätzung
24 gelangen, eben über diese zwei Methoden?
- 25 B1: Jo und Gespräche.
- 26 I1: Und Gespräche natürlich, genau, die können nicht ersetzt werden durch irgendwelche
27 Tools (I1 lacht).
- 28 B1: Na (B1 lacht).
- 29 I1: Genau . . . eine Frage oder ein Punkt, der uns auch wichtig is in unserer Forschungsarbeit
30 is der, wie die Klient*Innen dabei unterstützt werden können, dass auch sie ihre Ressourcen,
31 die ihnen halt noch übrig geblieben sind oder die sie haben, erkennen können irgendwie . . .
32 Ahm, wird das z.B. aufgrund der Aufstellung sichtbar oder . . .

1 B1: . . . Aufgrund der Aufstellung sichtbar . . Nein, nein. Also i kaun jetzt nur sogn, wos die
2 Tagesklinik betrifft, weil i jetzt vorhin a Patientin vo da Tagesklinik hatte, ah . . Ressourcen
3 san sichtboa, indem ichs mit den Patient*Innen erarbeite, das i sog: Wos lauft gut? Wos is
4 schon gut gelaufen? Wos müsste sein, damits wieder gut läuft? Äh. . . die negativen
5 Ressourcen brauch i ned erfragen, weil des sogn die Patient*Innen so und so olle von alleine.
6 Und dass ma daunn anfoch, sog i, in da Sozialen Arbeit a zur Therapie die Brücke schlägt . .
7 äh wos an Informationen an die Soziale Arbeit kommt. Es is ja ned nur, doss i des Thema
8 beoabeit „Schule“, sondern a . . durch die Chemie, sog i, zwischen Patient*in und mir kommen
9 manchmoi Themen raus, äh die mit Sozialer Oabeit goa nix zu tun hom. Und des dann owa
10 festzuhalten und des a zu erfassen, damit die Therapie was „ok des san Punkte, do konn i
11 weiter tun, do konn i weiter oabeitn“. Aba Ressourcen aus meiner Sicht . . . i bin jetzt ned so
12 laung im Spital, owa wos i bis jetzt immer mit Patient/Klient ghobt hob, es san immer
13 Ressourcen do, wirklich immer. . . außer es is jemand ah . . na, a wenn a schwer psychisch
14 kronk is, es san immer Ressourcen do. Und des den Patienten a aufzeigen, eana des a sogn.
15 I denk, des is wichtig, weil des kriegens vo zhaus ned, des bekommen sie nicht.

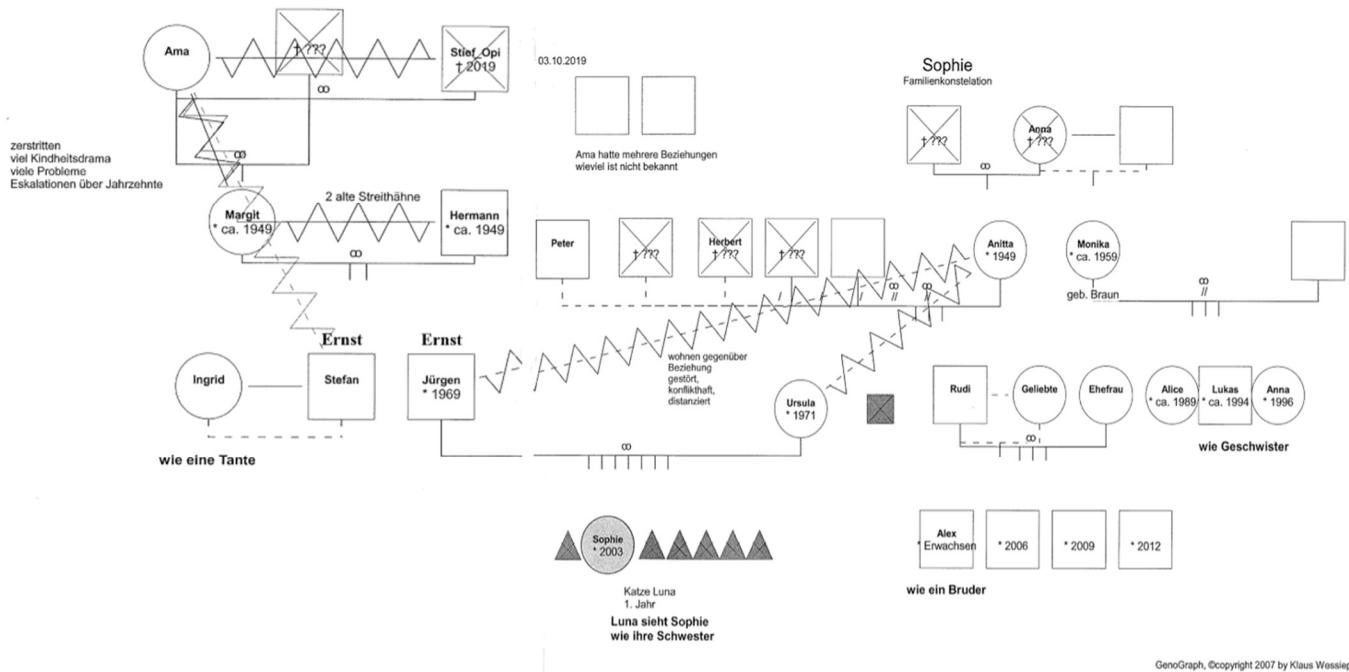
Auszug aus der Auswertung (Themenanalyse)

| Thema | Textpassage | Themen- charakteristik | Vergleichende Analyse der Themen | Memo (Interpretationen) |
|---------------------|---|--|---|--|
| Transkript 1 | <p>Welche Erfahrungen . . äh . . . ich persönlich arbeit <u>sehr gern</u> mit Genogramm.</p> <p>(TI1:3)</p> | <p>Die Interviewpartnerin, Frau T., arbeitet persönlich sehr gerne mit dem Genogramm.</p> | <p>Gemeinsamkeit mit TI2:</p> <p>Auch Herr E. wendet das Genogramm sehr häufig im Zusammenhang mit Familiensystemen an.</p> | <p>Frau T. scheint das Genogramm zu kennen und auch schon länger damit zu arbeiten. Dabei scheint sie positive Erfahrungen gemacht zu haben, die sie von der Anwendung des Genogramms überzeugt haben.</p> |
| | <p>Ich hab jetzt auch über in meinem Studium über soziale Diagnostik <u>nichts</u> gelernt. I hab owa jetzt an Kurs gmocht, wo mir sehr gut gfoit des <u>Atom</u>. Wos mi so erinnert an Aufstellungen, Familienaufstellungen. Wie wer wo steht.</p> <p>(TI1:3-6)</p> | <p>-) hat in ihrem Studium nichts über Soziale Diagnostik gelernt</p> <p>-) hat jetzt aber einen Kurs gemacht, wo sie das Atom kennengelernt hat, welches ihr sehr gut gefällt</p> <p>-) Atom erinnert sie an (Familien-)Aufstellungen</p> | <p>Unterschied zu TI2:</p> <p>Auf Empfehlung hin wendet auch Herr E. auf der Station das Soziale Atom bei den jüngsten Patient*Innen an. Seinen Angaben zufolge funktionierte dies auch, aber inwiefern es aussagekräftig sei, wisst er nicht. Es visualisiere aber</p> | <p>Frau T. hat in ihrem Studium nichts über Soziale Diagnostik gelernt. Nichtsdestotrotz scheint sie Interesse für dieses Thema zu haben bzw. die Thematik in ihrer Arbeit von Relevanz zu sein, da sie erst kürzlich einen Kurs besucht hat. Das Atom gefällt ihr sehr gut, es erinnert sie an (Familien-</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | | <p>auf jeden Fall die unmittelbare soziale Umgebung der Kinder.</p> | <p>)Aufstellungen. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass ihr diese auch gut gefallen. Aus ihnen (und scheinbar auch aus dem Genogramm) scheint hervorzugehen, wie Personen (Familienmitglieder) zueinander und zur aufstellenden Person stehen und umgekehrt.</p> |
|--|--|--|---|---|

Genogramm

Abb. 1: Genogramm von Sophie



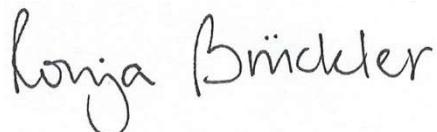
eigene Darstellung anhand von Wessiepe (2007)

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Ronja Brückler**, geboren am **21.04.1999** in **Wien**, erkläre,

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

St. Pölten, am 02.09.2020



Ronja Brückler

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Virginia Firtescu**, geboren am **24.06.1997** in **Waidhofen/Thaya**, erkläre,

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

St. Pölten, am **02.09.2020**



Virginia Firtescu