

**Zeitschrift:** Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit = Revue suisse de travail social

**Herausgeber:** Schweizerische Gesellschaft für Soziale Arbeit

**Band:** - (2010)

**Heft:** 8-9

**Artikel:** Entwicklung durch Kooperation : Instrumente und Verfahren der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie : Einblicke in ein kooperatives Forschungs- und Entwicklungsprojekt

**Autor:** Sommerfeld, Peter / Dällenbach, Regula / Rüegger, Cornelia

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-832486>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 03.04.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

---

Peter Sommerfeld, Regula Dällenbach, Cornelia Rügger

## **Entwicklung durch Kooperation**

# Instrumente und Verfahren der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie – Einblicke in ein kooperatives Forschungs- und Entwicklungsprojekt

### **Einleitung – Relationierung von Wissenschaft und Praxis: Kooperation oder Konflikt?**

Professionelle Praxis ist wesentlich – wenngleich nicht ausschliesslich – dadurch gekennzeichnet, dass sie wissenschaftliches Wissen für ihre Gestaltung nutzt. Diese Aussage ist in dieser Allgemeinheit unbestritten. Eine andere Formulierung wird in der Sozialen Arbeit schon eher Widerspruch hervorrufen, nämlich wenn die Rede davon ist, dass die professionelle Praxis wissenschaftliches Wissen «anwendet». Der Stand der Debatte in der Sozialen Arbeit zur Anwendung sozialwissenschaftlichen Wissens kann unter Rückgriff auf die «alte Verwendungsforschung» (Beck/Bonss 1989), aber auch unter Rückgriff auf den Forschungsstand zur Bildung professioneller Handlungskompetenz (vgl. Widulle 2009) so zusammengefasst werden, dass eine einfache Anwendung des wissenschaftlichen Wissens als unrealistisch ausgeschlossen werden kann. Professionelles handlungsleitendes Wissen entsteht, folgt man z. B. Dewe durch «Relationierung» verschiedener Wissensformen (vgl. Dewe 2009, 2005; Dewe/Otto 1996), u. a. von «deklaratorischem» und «prozeduralem» Wissen. Oder anders formuliert: Durch «Hybridisierung» von z. B. wissenschaftlichem, rechtlichem, aber auch ethischem mit lokalem, organisationalem und spezifischem (Erfahrungs-)Wissen in den Handlungsmustern der Professionellen (vgl. Gredig/Sommerfeld 2008).

Wenn wir als gegebenen Ausgangspunkt also nehmen, dass die Vorstellung einer einfachen Anwendung wissenschaftlichen Wissens zugunsten der Vorstellung aufgegeben werden muss, dass die Nutzung wissenschaftlichen Wissens sich in Prozessen der «Relationierung» oder «Hybridisierung» ereignet, dann stellen sich unmittelbar zwei Fragen: (1) Unter welchen Bedingungen vollziehen sich solche Entwicklungsprozesse, um die es sich sowohl auf der Ebene der Individuen, der Organisationen als

auch der Profession und der Wissenschaft handelt? (2) Welche Bedingungen erweisen sich für diese Entwicklungsprozesse als günstig bzw. ungünstig? Der Begriff «Entwicklung» wird hier in jenem Kontext wichtig, in dem er in der Überschrift mit dem international gebräuchlichen Begriff «Forschung & Entwicklung» bereits verwendet wurde. Wenn man sich die Frage stellt, wie die professionelle Entwicklung der Sozialen Arbeit vorangetrieben werden kann, dann müssen Antworten auf die Frage gefunden werden, wie wissenschaftliches Wissen und in der praktischen Erfahrung erworbenes Wissen miteinander verknüpft werden können. Es geht letztlich also um die alte Frage nach Theorie und Praxis (vgl. Sommerfeld 2006), die wir unter dem Blickwinkel verfolgen wollen, wie Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit in Beziehung zueinander gesetzt werden können.

Dazu wollen wir hier zwei mögliche Formen der Relationierung von Wissenschaft und Praxis in der Sozialen Arbeit thematisieren, nämlich Konflikt und Kooperation. Ausgangspunkt ist, dass es sich bei Wissenschaft und Praxis um zwei getrennte Systeme handelt, die traditionellerweise lediglich über die Modi der Aufklärung, also Publikation der Ergebnisse und Bildung, miteinander in Verbindung gebracht werden. Der erkenntnistheoretische Hintergrund dieser Vorstellung besteht in zwei grundlegenden Annahmen: Erstens könne nur die kategorische Trennung der beiden Systeme die Forschungsarbeit (den allgemeinen Erkenntnisgewinn) vor Kontaminationen durch Praxisinteressen schützen. Und zweitens dürfe – basierend auf Webers Arbeit (1988) zur «Werturteilsfreiheit» – die Wissenschaft der Praxis wegen der Unterdeterminiertheit (soziologischer) Theorien nicht vorschreiben, welche Entscheidungen sie zu treffen habe. Hamburger betont diese Differenz und schlägt den Modus des «Konflikts» zur Relationierung von Wissenschaft und Praxis vor: «Das Verhältnis von Forschung und Praxis soll grundlegend also in einem Differenz- oder Konfliktmodell begriffen werden, in dem Kooperation als das Unwahrscheinliche erscheint» (Hamburger 2005, S. 41). Auch er beschreibt Forschung und Praxis als differente soziale und kognitive Systeme und fragt nach den Möglichkeiten der Verknüpfung von Forschung und Handeln durch Praxisforschung. Er weist zusätzlich auf grundlegende Schwierigkeiten dieser Versuche hin, so z. B. auf die «Multiplikation der Anforderungen an Wissenschaftler/innen und Praktiker/innen», die «Auflösung von Rollenerwartungen», die Schwierigkeit der «Beantwortbarkeit» der in diskursiven Prozessen gewonnenen Fragen, welche zu Unklarheiten und Beliebigkeit führe, die «Ideologisierung der Praxisforschung» oder die «Verdoppelung der Dominanz» (der Wissenschaft gegenüber der Praxis). Die Schlussfol-

gerung, die Hamburger zieht, ist «der Verzicht auf Praxisforschung» (Hamburger 2005 S. 46) und somit nicht nur auf jegliche Formen kooperativer Entwicklung, sondern auch auf «angewandte Forschung» insgesamt, was zumindest für *Universities of Applied Sciences* nicht ganz unproblematisch ist.

Im Gegensatz dazu haben wir, als Reaktion auf die oben erwähnte ältere Verwendungsforschung und die vielfach beschriebenen Schwierigkeiten der Professionalisierung der Sozialen Arbeit, die Kooperation von Wissenschaft und Praxis in Entwicklungsprojekten als vielversprechende Form herausgearbeitet und dabei insbesondere die Forschung als Schnittstelle bezeichnet, an der und mit der eine solche Kooperation inszeniert werden kann (vgl. Sommerfeld 2000). Die Idee ist einfach: Zwar ist die grundsätzliche Trennung der Systeme anzuerkennen, wenn man die je spezifische epistemische Qualität der beiden Systeme nicht verlieren will (denn nur dann ist eine Relationierung überhaupt sinnvoll). Aber – so die These – im Hinblick auf «Entwicklung» können die Prozesse durch die unmittelbare Kooperation von Wissenschaft und Praxis angereichert werden. Damit ist dann, so das Konzept, ein höherer Grad an Professionalität durch Nutzung des wissenschaftlichen Wissens erreichbar. Kooperative Forschungs- und Entwicklungsprojekte könnten so gesehen ein Weg zur «Relevierung» des sozialwissenschaftlichen (bzw. sozialarbeitswissenschaftlichen) Wissens sein.<sup>1</sup>

Besteht ein Konflikt und unüberwindlicher Graben zwischen Wissenschaft und Praxis und geht es letztlich um Verzicht auf «angewandte Forschung» oder Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis zur Nutzung der differentiellen Wissensreservoirs für Entwicklungszwecke und damit zur Nutzbarmachung wissenschaftlichen Wissens in der Praxis? Um in solch paradigmatischen und hoch abstrakten Auseinandersetzungen vielleicht einen Schritt weiterzukommen und um die Zuschreibungen beurteilen zu können, die Hamburger macht, um seine Argumentation zu stützen, erscheint es uns hilfreich anhand eines konkreten Beispiels aufzuzeigen, was unter «kooperativer Wissensbildung» – also der Entwicklung professioneller Praxis durch Relationierung von Wissenschaft und Praxis im Modus der Kooperation – zu verstehen ist.

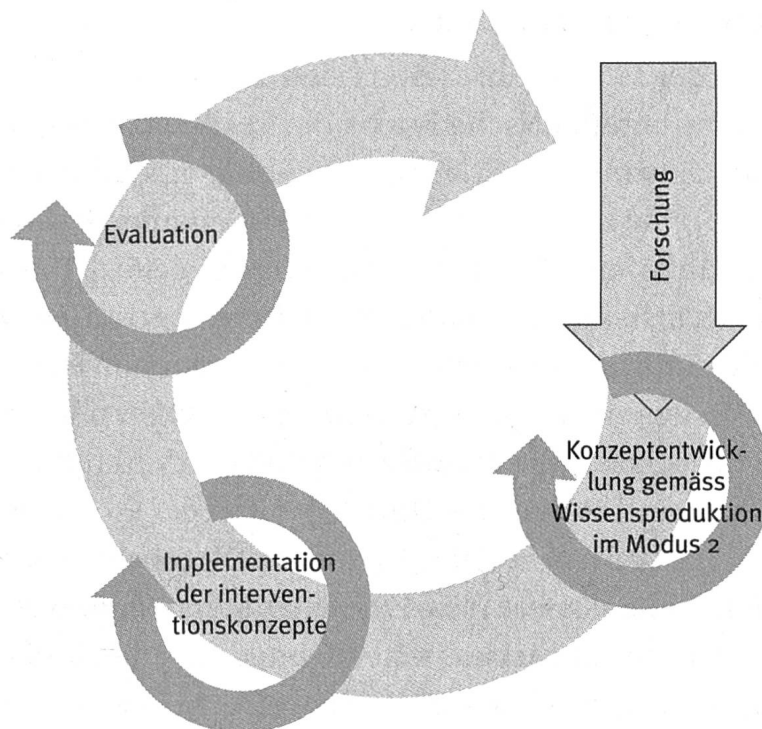
Im Folgenden berichten wir deshalb von einer Serie von Projekten, die aus unserer Sicht geradezu idealtypisch zeigen, wie «Grundlagenforschung», «anwendungsorientierte Grundlagenforschung» und «Entwicklung» ineinander greifen und welche Rolle die Kooperation von Wissenschaft und Praxis dabei spielt.<sup>2</sup> Das letzte Projekt in der Reihe ist das

eigentliche Entwicklungsprojekt «Integrierte psychiatrische Behandlung. Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit», das von der Förderagentur für Innovation des Bundes KTI<sup>3</sup> mitfinanziert wird. Die Grundlagen für dieses Projekt stammen im Wesentlichen aus zwei früheren Forschungsprojekten (Sommerfeld/Calzaferri/Hollenstein 2006; Sommerfeld/Hollenstein/Krebs 2008). Beide Studien wurden vom Schweizerischen Nationalfonds gefördert, das erste im Rahmen des NFP 51 zu «Integration und Ausschluss», das zweite im Rahmen von DORE<sup>4</sup>.

### Praxisoptimierung und Innovation durch kooperative Wissensbildung

Das erwähnte Entwicklungsprojekt wurde entlang dieser Modellüberlegungen zur kooperativen Wissensbildung und forschungsbasierten Praxis (Hüttemann/Sommerfeld 2007) und des darauf aufbauenden Verfahrens des «Praxis-Optimierungs-Zyklus» (POZ) konzipiert (vgl. Gredig/Sommerfeld 2010; Gredig 2005; Sommerfeld 2003). Unter Berücksichtigung der beschriebenen Theorie-Praxisproblematik, stellt der POZ ein Verfahren dar, forschungsbasiertes Wissen in handlungsleitendes Wissen zu transformieren und so den Brückenschlag von der Wissensproduktion in der Forschung zu Innovations- und Entwicklungsprojekten in der Praxis zu ermöglichen (Hollenstein/Sommerfeld/Baumgartner 2007, S. 10). Dabei

**Abbildung 1**     **Der Praxis-Optimierungs-Zyklus**  
(Quelle: Gredig/Sommerfeld 2010, S. 94)



werden zur Bearbeitung spezifischer Handlungsprobleme die Sichtweisen und Wissenshorizonte unterschiedlicher Akteur/innen verschränkt: Wissenschaftler/innen und Praktiker/innen produzieren in einem kooperativen und zeitlich beschränkten Prozess gemeinsam neues (forschungs-basiertes) handlungsleitendes Wissen. In der Terminologie von SNF und KTI handelt es sich dabei um «angewandte Forschung». In unserer Terminologie handelt es sich hier um Entwicklung und nicht um wissenschaftliche Forschung.

Der POZ gliedert sich in vier Phasen (vgl. Gredig 2005): In der *Forschungsphase* wird wissenschaftliches Wissen zu einer praxisorientierten Fragestellung generiert; in der daran anschliessenden, kooperativ gestalteten *Phase der Konzeptentwicklung* und/oder der *Verfahrensentwicklung* gemäss Modus 2<sup>5</sup> wird das wissenschaftliche Wissen der Wissenschaftler/innen mit dem praktischen Wissen der Praktiker/innen verknüpft und gezielt für die Entwicklung von nunmehr forschungsbasierten praxistauglichen Interventionsmodellen und -verfahren genutzt; der Entwicklungsphase folgen schliesslich die Phasen der *Implementation* und *Evaluation* der kooperativ entwickelten Interventionskonzepte und -verfahren. Nachfolgend werden nun die ersten zwei Phasen und entsprechende Forschungs- bzw. Entwicklungsprojekte eines Praxis-Optimierungs-Zyklus vorgestellt und erste Erfahrungen mit der Kooperation von Wissenschaft und Praxis diskutiert.

### **Forschungsphase und Konzeptentwicklung**

Seit Beginn der 1960er Jahre haben sich die Versorgungsstruktur sowie die medizinisch-therapeutische Praxis der Psychiatrie im deutschsprachigen Raum stark gewandelt. Mit der Entwicklung einer modernen Sozialpsychiatrie wurden die kustodialen und sozial isolierenden Methoden von einer gemeindenahen, integrierten Perspektive abgelöst. Das bio-psycho-soziale Gesundheitsverständnis der WHO<sup>6</sup> unterstützt diese Zugänge konzeptionell und stärkt grundsätzlich interprofessionelle Handlungsansätze im Gesundheitswesen. Mit dem zunehmenden Wissen über soziale Wirkfaktoren für die Genese, die Ausprägung und den Verlauf psychischer Störungen ist die Beeinflussung des Umfeldes bzw. der «sozialen Dimension» des psychisch kranken Menschen – also der Dimension, für welche die Soziale Arbeit naheliegender Weise Zuständigkeit reklamieren könnte – zentral geworden. Die Soziale Arbeit ist heute integraler Bestandteil der psychiatrischen Praxis. Die erste Frage ist, inwieweit damit bereits die soziale Dimension psychischer Krankheit im interprofessionellen Setting befriedigend

bearbeitet wird. Unsere eigenen Forschungsarbeiten (Hollenstein/Sommerfeld 2010; Sommerfeld/Calzaferri/Hollenstein 2006; Sommerfeld/Hollenstein/Krebs 2008) sowie der Blick auf die schlechte Ressourcenausstattung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie – nur ca. 3.5 % der Leistungen in der Psychiatrie sind nichtärztliche Behandlungsangebote (Bundesamt für Gesundheit 2004, S. 41) – bestätigen Befunde (siehe z. B. Ortman/Schaub 2002; Schaub 2008), die aufzeigen, dass die soziale Dimension psychischer Erkrankungen in der psychiatrischen Behandlungsplanung unterschätzt, unterkomplex konzipiert und dementsprechend auch nicht adäquat bearbeitet wird.

### *Die Ergebnisse der Forschungsphasen komprimiert*

Das im Rahmen des NFP 51 durchgeführte Forschungsprojekt mit dem Titel *Die Dynamiken von Integration und Ausschluss* (Sommerfeld/Calzaferri/Hollenstein 2006) untersuchte die Re-Integrationsprozesse nach einem Aufenthalt im Gefängnis bzw. in einer psychiatrischen Klinik. Die Forschungsarbeit hat Anteile von «Grundlagenforschung» (Wie funktioniert das dynamische Zusammenspiel von Akteuren und sozialen Systemen im Hinblick auf Integration und Ausschluss?) und von «anwendungsorientierter Grundlagenforschung» (Wie werden die Fälle professionell bearbeitet? Welche Anhaltspunkte für die professionelle Intervention ergeben sich aus der Analyse der Fallverläufe?). Die Ergebnisse, die aus der Rekonstruktion von Fallverläufen gewonnen wurden, zeigen u. a. auf, dass die soziale Dimension im Hinblick auf «Rehabilitation» oder *recovery*<sup>7</sup> zentral ist. Die angebotenen Hilfen verfehlen die rekonstruierte zeitliche, dynamische und systemische Komplexität der Fälle – insbesondere das dynamische Zusammenspiel zwischen psychischen und sozialen Musterbildungsprozessen – jedoch.<sup>8</sup>

Diese Erkenntnisse bildeten die Ausgangshypothesen für eine von DORE mitfinanzierte Arbeitsfeldanalyse und Konzeptentwicklung (Sommerfeld/Hollenstein/Krebs 2008) in einer Psychiatrischen Klinik. In dieser Studie wurde die komplementäre Seite, also die Arbeit an den Fällen in einer ausgesuchten, weil fortschrittlichen und gut entwickelten, psychiatrischen Organisation untersucht. Es hat sich in dieser Studie bestätigt, dass die Komplexität der psychosozialen Falldynamik weder wahrgenommen noch adäquat bearbeitet wird und in der Praxis mit der Segmentierung der Hilfesysteme verbundene, strukturelle Probleme der Kontinuität und Koordination in der Fallarbeit auftreten. Insbesondere diese internen und externen Koordinations- und Kontinuitätsprobleme haben einen gros-

sen Einfluss auf die Re-Integration der psychisch kranken Menschen und somit auf den weiteren Verlauf der psychischen Erkrankung.

Vergleichbare Ergebnisse zeigt z. B. eine Befragung von europäischen Expert/innen.<sup>9</sup> Diese sehen den Mangel an Kooperation zwischen den Akteur/innen im Gesundheitswesen und eine eingeschränkt medizinische Herangehensweise – welche z. B. Elemente der Vorbeugung oder nicht-medizinische Interventionen vernachlässigt – als Ursache für gewichtige Reibungsverluste, welche zu inadäquater oder zumindest ineffizienter Versorgung führen. An dieser Stelle zeigt sich, dass auch dieses Forschungsprojekt (Sommerfeld/Hollenstein/Krebs 2008) zwischen «Grundlagenforschung» und «anwendungsorientierter Grundlagenforschung» zu verorten ist. In einem ersten Schritt wurden Hypothesen aus einem vorausgegangenen Forschungsprojekt im Zusammenhang mit der Bearbeitung von Re-Integrationsprozessen überprüft und so Forschungsergebnisse generiert, die eine Kritik an der Praxis darstellten – so weit würde Hamburger auch gehen. Daraus entsteht nun aber nicht zwangsläufig ein Konflikt. In unserem Fall hat die (interdisziplinäre) Praxis diese Kritik auf- und angenommen und ist in einen Prozess der professionellen Reflexion eingetreten: Sie hat sich gefragt, wie die nunmehr bekannten und benannten Probleme zu lösen wären. Um dieser Frage auf den Grund zu gehen, haben wir die Forschungsergebnisse in einem zweiten Schritt in einem kooperativen Prozess mit der beforschten Praxis gemeinsam verwertet.

In diesem Verwertungsprozess – verstanden als «Anwendung» der Forschungsergebnisse im Sinne der entwicklungsgerichteten Relationierung von Wissenschaft und Praxis und nicht im Sinne einer unmittelbaren Anwendung in der Praxis – ist ein wissenschaftlich fundiertes Gesamtkonzept der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie entwickelt worden. Zum einen ist mit dieser Form der Kooperation Wissen im lokalen Kontext des beteiligten Praxispartners gewonnen worden, zum anderen ist damit die Basis entstanden, um auf einer allgemeinen Ebene die Soziale Arbeit in der Psychiatrie theoretisch zu beschreiben. Durch die Relationierung von Wissenschaft und Praxis sind also sowohl unmittelbar anwendungsorientierte Erkenntnisse entstanden, als auch allgemeine Erkenntnisse bzw. verallgemeinerbare Erkenntnisse über die Soziale Arbeit in der Psychiatrie im Sinne wissenschaftlicher Grundlagenforschung gewonnen worden.

#### *Voraussetzung für Kooperation: Innovationsbedarf und Reflexivität der Praxis*

Was aber sind Voraussetzungen für eine konstruktive Verschränkung von Wissenschaft und Praxis an dieser Stelle? Die Grundvoraussetzung ist, dass

Forschungsergebnisse im Praxissystem Resonanz auslösen, also für mehr oder weniger zutreffend gehalten werden, und zwar gerade dann, wenn diese Ergebnisse kritisch sind bzw. Schwachpunkte oder Problemfelder in der bestehenden Praxis thematisieren. Diese forschungsgestützte Kritik ist in unseren Augen der Anlass und Kristallisationspunkt, an dem sich bereits länger schwelende Verbesserungs- oder Innovationsanliegen bündeln und konkretisieren lassen.

Wenn in der Praxis diese Ausgangsbedingung nicht gegeben ist, kommt es zu keiner kooperativen Verwertung der Forschungsergebnisse und somit auch zu keinen forschungsgestützten Entwicklungsprozessen in der Praxis. Wenn aber ein solcher Prozess in Gang kommt, dann werden die von der Forschung benannten Problemfelder und die darin zum Vorschein kommenden Handlungs- und Organisationsprobleme, vor dem Hintergrund der in der Wissenschaft verwendeten Begrifflichkeiten einerseits und der in der Praxis vorhandenen Konzepte oder subjektiven Theorien zu diesen Handlungs- und Organisationsproblemen andererseits, konsequent und mit Blick auf konkrete Problemlösungen reflektiert. Dabei handelt es sich grundsätzlich um einen professionellen Reflexionsprozess, wie ihn die Praxis der Sozialen Arbeit gemeinhin kennt. Der «normale» Reflexionsprozess wird allerdings dadurch angereichert, dass Angehörige der Wissenschaft der Sozialen Arbeit in diesem Reflexionsprozess unmittelbar einbezogen sind und ihr spezifisches Wissen inklusive der aktuellen Forschungsergebnisse einbringen. Im Rahmen dieses Reflexionsprozesses findet ein Verständigungs- und teilweise auch Übersetzungsprozess statt, der hoch voraussetzungsvoll ist und daher auch ganz grundsätzlich stets vom Scheitern bedroht ist. Weil der Ort der Kooperation die Praxis ist, muss sich die Wissenschaft hier in dem Sinne bewähren, dass sie aufzeigen muss, was sie zur Problemlösung beitragen kann. Zudem ist dieser Auseinandersetzungsprozess nicht einfach kooperativ im Sinne von harmonisch, sondern im Gegenteil in weiten Phasen und immer wieder konfliktiv. Diese Auseinandersetzungen sind aber notwendig, damit das wissenschaftliche Wissen von den Praktiker/innen «angewendet», das heisst mit ihrem Wissen relationiert werden kann.

Erst wenn eine hinreichende Synchronisierung der Perspektiven hergestellt werden kann, findet der eigentliche auf Problemlösung gerichtete Reflexionsprozess statt, der sich dann, mit dem wissenschaftlichen Wissen angereichert, vollzieht. Oder anders formuliert: Wenn diese Voraussetzungen vorhanden sind, dann führen die Entwicklungsprozesse tendenziell dazu, dass sich das vorhandene Praxiswissen am begrifflichen

und methodischen Angebot der Wissenschaft expliziert und schärft. Das Ergebnis dieses Prozesses ist ein Erkenntnisgewinn besonderer Art, der nicht nur eine relativ hohe Wahrscheinlichkeit hat praktikabel zu sein, sondern gleichzeitig ein Schatz ist, der wissenschaftlich weiterverwertet werden kann bzw. im Hinblick auf das Wissenschaftssystem der weiteren Bearbeitung bedarf. Denn es ist tendenziell ein Konzept entstanden, das mit Praxiswissen angereichert ist, und damit mehr beinhaltet als es mit rein wissenschaftlichen Mitteln möglich gewesen wäre, das nun aber wieder theoretisch und empirisch erschlossen werden muss.

*Ein (Zwischen-)Ergebnis der Kooperation: Konzept der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie*

Die Hauptlinien des konkreten Konzepts, wie es aus dem F&E-Projekt *Arbeitsfeldanalyse und Konzeptentwicklung* hervorgegangen ist, sieht in groben Zügen wie folgt aus: Die leitende Zielsetzung der Konzeptentwicklung war, Antworten auf das festgestellte Kontinuitäts- und Koordinationsproblem und die Unterbelichtung der sozialen Dimension in der interprofessionellen Zusammenarbeit zu entwickeln, dazu die Leistungen der Sozialen Arbeit im Kontext der psychiatrischen Versorgung zu spezifizieren und so einen Beitrag zur weiteren Professionalisierung klinischer Sozialarbeit und der interprofessionellen Zusammenarbeit zu leisten. Die Funktion der Sozialen Arbeit wurde mit dem Begriff der Integration gefasst. Mit diesem Begriff, so wie er im vorausgegangenen (Grundlagen-) Forschungsprojekt entwickelt wurde, wurde ein Ansatz gewählt, der die soziale Dimension und ihren Einfluss auf den Krankheitsverlauf erfasst und zugleich die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit für die Phase der Re-Integration begründet. Die Funktion der Sozialen Arbeit wurde in diesem Konzept weiter so spezifiziert, dass Soziale Arbeit die Hauptverantwortung für Interventionen übernimmt, die das Leben eines Menschen ausserhalb der psychiatrischen Settings betreffen, und diese Perspektive in den interprofessionellen Handlungsplan einbringt. Damit kann, bestimmte organisatorische Veränderungen vorausgesetzt, die Behandlungskontinuität erheblich gesteigert werden, und die Soziale Arbeit kann bei der Koordination der Leistungen (zumindest konzeptionell) eine wichtige Lücke bei den Übergängen von drinnen nach draussen und zurück schliessen. Soziale Arbeit ist in diesem Verständnis demnach zuständig für die Bearbeitung der sozialen Dimension der psychischen Krankheit und somit auch für die Begleitung der Re-Integration der psychisch kranken Menschen in ihre Lebenswelt. Sollen diese Aufgaben angemessen bearbeitet werden, müssen in einem weiteren Schritt die entsprechenden Instrumente und darauf bezogenen

Verfahren für die sozialarbeiterische Fallarbeit, die eine Synchronisation mit der therapeutisch-medizinischen Diagnostik und Behandlung ermöglichen, entwickelt werden (vgl. Hollenstein/Sommerfeld 2010). Dies hat uns zu einem neuen kooperativen Projektverbund geführt, eben dem kooperativen Entwicklungsprojekt *Integrierte psychiatrische Behandlung. Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit*.

## **Kooperative Entwicklung von Instrumenten und Verfahren**

### *Theoretische Grundlagen: die soziale Dimension des Falles*

Die Entwicklung von Instrumenten und Verfahren zur Erfassung komplexer Zusammenhänge, hier der sozialen Dimension einer psychischen Krankheit, kann nicht im luftleeren Raum geleistet werden. Die Erfassung der sozialen Dimension eines Falles erfordert den strukturierten Einbezug unterschiedlicher theoretischer Wissensbestände, um von da aus den zu bearbeitenden Gegenstandsbereich operationalisierbar zu machen. Dieser theoretische Bezugsrahmen, der von der wissenschaftlichen Seite eingebracht, bzw. zum Teil in den kooperativen Entwicklungsarbeiten ausgearbeitet und modifiziert worden ist, soll nun in Grundzügen vorgestellt werden, damit die eigentliche Instrumentenentwicklung nachvollzogen werden kann.

### *Das bio-psycho-soziale Modell*

Werner Obrecht hat in seiner grundlegenden Arbeit zu interprofessioneller Kooperation u. a. herausgearbeitet, dass für eine erfolgreiche interprofessionelle Kooperation ein geteiltes Bezugssystem, also ein gemeinsames Modell über die verschiedenen Dimensionen und Teilzuständigkeiten hinweg, eine notwendige Voraussetzung darstellt (vgl. Obrecht 2006). Für ein solches Bezugssystem in der Psychiatrie wie im gesamten Gesundheitswesen bietet sich das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit an. Dieses Modell beruht auf der Weiterentwicklung der Gesundheitsdefinition der WHO als Zustand des umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens (vgl. Geissler-Piltz/Mühlum/Pauls 2005, S. 21). Damit wurde von der WHO ausdrücklich die soziale Dimension des Phänomens eingeführt, indem sie die Gleichrangigkeit der drei Ebenen postuliert (vgl. Pauls 2004, S. 77). In diesem Modell (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2004, S. 23) sind die Ebenen, also die biologische, psychische und soziale Ebene, allerdings als jeweilige Faktorenbündel weitgehend voneinander getrennt beschrieben. Aus unserer Perspektive ist aber gerade das Zusammenspiel, also die Dynamik zwischen der biologischen, der psychischen

und der sozialen Ebene im Einzelfall, von besonderem Interesse. Denn die je spezifische Dynamik bestimmt das individuelle Krankheitsgeschehen und die Möglichkeiten der Reaktion darauf, und vor allem muss für eine adäquate Bearbeitung der sozialen Dimension die Komplexität dieses Zusammenspiels erschlossen werden, wenn der manifesten und festgestellten Unterschätzung der sozialen Dimension entgegengewirkt werden soll. Dies scheint uns geboten, weil erstens damit bestimmt werden kann, welche der statistisch bestimmten wirksamen Faktoren im konkreten Einzelfall tatsächlich wirken, und vor allem wie sie im Zusammenspiel mit anderen Faktoren und den dominanten Mustern wirken. Dies eröffnet, so unsere Annahme, zweitens verbesserte, weil an der spezifischen Dynamik ansetzende, Handlungsoptionen für die Intervention. Drittens kann damit deutlicher dargestellt werden, dass die Funktionalität der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie für die «soziale Dimension» und die Integration der psychisch Kranken in die Gesellschaft zuständig ist, wie es das Leitziel der Sozialpsychiatrie ist (z. B. Ciompi 2001). Wenn sich das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit als handlungsleitendes Paradigma bewähren soll, muss es einen integrierenden Rahmen bieten, in dem sich neurologische, neurophysiologische, somatische, psychische und sozial-ökologische Diagnosen zu einer Gesamtdiagnose ergänzen (vgl. auch Jork/Peseschkian 2006, S. 52f.). Es muss also gelingen, über die additive Auflistung von biologischen, psychischen und sozialen Wirkfaktoren für das Krankheitsgeschehen hinauszukommen. Zu fragen ist im Feld der Psychiatrie nach der dynamischen Interdependenz der bio-psychischen mit der sozialen Dimension und deren Bedeutung für die Entstehung, den Verlauf und die Behandlung psychischer Störungen. Wie lässt sich die soziale Dimension des Phänomens Gesundheit in ihrem dynamischen Zusammenspiel mit der bio-psychischen Dimension umfassend beschreiben und erklären? Wie kann dies so operationalisiert werden, dass die Soziale Arbeit zu einer adäquaten sozialen Diagnose im Sinne einer systematischen, regelgeleiteten, empirisch fundierten Informationssammlung, -auswertung und Interpretation im Kontext einer interprofessionellen Prozessgestaltung gelangt?

Die Operationalisierung des bio-psycho-sozialen Modells wurde von der WHO unter dem Leitbegriff der «funktionalen Gesundheit» vorangetrieben und mit dem Klassifikationssystem ICF<sup>10</sup> in einen umfassenden, aber auch uferlosen Katalog von Teildiagnosen zerlegt, die unseres Erachtens die Segmentierung der Ebenen eher befördert als überwindet. Es sind darauf aufbauend diverse Entwicklungsarbeiten im Rahmen die-

ses Zugangs vorgenommen worden. Vielversprechend sind u. a. die Arbeiten von Oberholzer (2009), der rund um die im Paradigma «funktionale Gesundheit» vorgesehenen Begriffe «Tätigkeit» und «Partizipation» ein Prozessgestaltungssystem entwickelt hat. «Tätigkeiten» und «Partizipation» sind relevante Grössen der sozialen Dimension und insbesondere geeignete Kategorien, um die Zielgrösse «möglichst normalisierte Teilhabe» zu operationalisieren. Aufgrund unserer Vorarbeiten zu Prozessen von Integration und Ausschluss scheint uns dieser Zugang aber nicht weit genug zu gehen, um die Ebenenübergänge, also das dynamische Zusammenspiel, die dabei auftretende Musterbildung und damit die unmittelbare Bedeutung der sozialen Dimension für das psychische Krankheitsgeschehen fassen zu können. Wir haben deshalb einen systemtheoretischen Zugang gewählt, der diese Ebenenübergänge in den Mittelpunkt stellt, und der aus unserer Sicht sehr nahe an den Arbeiten von Obrecht liegt, dessen «emergentistischer Systemismus» ebenfalls eine mehrniveaunale Systemtheorie darstellt (vgl. Obrecht 2005). Damit sind an die Arbeiten von Staub-Bernasconi (siehe beispielsweise Staub-Bernasconi 2007) Anschlüsse möglich, die in späteren Phasen der Entwicklungsarbeit noch ausgelotet werden müssen. Dasselbe gilt für die Ansätze zur funktionalen Gesundheit. Vorläufig gehen wir davon aus, dass diese genannten Ansätze sich gegenseitig ergänzen können. Dies bedarf allerdings noch der genaueren Ausarbeitung.

### *Die Dynamik psychischer und sozialer Prozesse*

Der systemtheoretische Zugang, der unseren Arbeiten zugrunde liegt, ist die Synergetik (Haken 1990), eine Theorie der Selbstorganisation komplexer dynamischer Systeme. Der theoretische Kerngedanke besteht darin, dass sich komplexe dynamische Systeme durch das Strukturprinzip der «zirkulären Kausalität» selbst bilden. Mit dieser Grundkonstruktion wird erklärbar (und empirisch operationalisierbar), wie sich komplexe dynamische Systeme, wie z. B. Psychen oder soziale Systeme, aber auch physikalische oder biochemische Systeme, selbst bzw. spontan bilden und dann stabil reproduzieren. Das Prinzip der «zirkulären Kausalität» fasst die vielfach empirisch bestätigte Beobachtung, dass sich Ordnungsbildungsprozesse dann einstellen, wenn Elemente in eine Beziehung zueinander treten – aufgrund welcher Rand- bzw. Umweltbedingungen auch immer – und sodann die Bewegung oder Aktivität der Teile synchronisiert werden. Diese Synchronisation der Teile impliziert notwendigerweise eine Musterbildung auf einer relativen Makroebene, mit der die Synchronisation der Teile über die Zeit, und damit eine stabile Ordnung gewährleistet werden kann. Das rela-

tive Makromuster entsteht also aus der Aktivität der Teile, und umgekehrt entsteht die synchronisierte Aktivität der Teile auf der relativen Mikroebene aus der strukturierenden Kraft des (Ordnungs-)Musters auf der relativen Makroebene. Damit steht uns ein theoretisches, und wie gesagt empirisch operationalisierbares Werkzeug zur Verfügung, die biologische, die psychische und die soziale Systemebene so miteinander zu verknüpfen, dass damit z. B. der dynamische Zusammenhang zwischen einer spezifischen Ausprägung einer psychischen Krankheit und den spezifischen Integrationsverhältnissen in die für diesen Fall relevanten sozialen Systeme rekonstruierbar wird. Das heisst, dass dieser dynamische Zusammenhang der (interprofessionellen und sozialarbeiterischen) Diagnostik und möglicherweise der (interprofessionellen und sozialarbeiterischen) Intervention zugänglich gemacht werden kann. Darauf zielt das hier präsentierte forschungsbasierte Entwicklungsprojekt.

Um diesen abstrakten theoretischen Zugang griffig zu bekommen, sind aus unserer Sicht zwei weitere theoretische Bezüge notwendig, die nun ganz kurz skizziert werden.

Norbert Elias (1970) beschreibt und zeigt mit anderen theoretischen und begrifflichen Mitteln ebenfalls, dass psychische Strukturen bzw. psychische Strukturbildung mit sozialen Strukturen bzw. sozialer Strukturbildung untrennbar verbunden sind. Er geht davon aus, dass der Mensch niemals als individuelles Einzelwesen existiert und handelt, sondern immer auf andere Menschen ausgerichtet und angewiesen ist. Der zentrale Begriff, den wir von Elias entlehnen, ist die «soziale Figuration». Menschen als soziale Wesen bilden mit ihrer ganzen Person, ihrem ganzen Tun und Lassen in ihrer Beziehung zueinander notwendigerweise sich wandelnde Interdependenzgeflechte – sogenannte «soziale Figurationen», wie etwa Familien, Schulen, Städte, Sozialschichten oder Staaten – um ihr Leben zu führen. Der Begriff der «sozialen Figuration» bringt die soziale Form der menschlichen Lebensführung und die unmittelbare Gleichzeitigkeit von Sozialität und Individualität noch einmal pointiert auf den Punkt. Soziale Figurationen lassen sich in ihrer Struktur und Dynamik von der Persönlichkeitsstruktur des einzelnen Individuums zwar unterscheiden, sie sind mit dem Aufbau der Persönlichkeit aber auf das Engste verzahnt.

*«Menschen allein bilden Figurationen. Die Art ihres Zusammenlebens in kleinen und grossen Gruppen ist in gewisser Weise einzigartig. Es wird immer durch Wissensübertragung mitbestimmt, also durch den Eintritt des Einzelnen in die spezifische Symbolwelt einer*

*schon vorhandenen Figuration von Menschen. [...] Das Hereinwachsen eines jungen Menschenwesens in menschliche Figurationen als Prozess und Erfahrung und so auch das Erlernen eines bestimmten Schemas der Selbstregulierung im Verkehr mit anderen Menschen ist eine unerlässliche Bedingung der Entwicklung zum Menschen. Sozialisierung und Individualisierung eines Menschen sind daher verschiedene Namen für den gleichen Prozess.» (Elias 1995, S. 75f.)*

Psychogenese und Soziogenese können demnach als zwei verschiedene Perspektiven auf den gleichen Menschen verstanden werden, die interdependent und verflochten sind und sich interdependent und verflochten entwickeln bzw. verändern. Mit dem Theorem der «zirkulären Kausalität» wird dieser Gedanke aus unserer Sicht noch präzisiert und in der Terminologie der Systemtheorie beschreibbar. Es ist aber derselbe Gedanke.

#### *Das Lebensführungssystem als Hauptfokus*

Der zweite für die Instrumentenentwicklung bedeutsame und damit zu explizierende Begriff ist der des «Lebensführungssystems». Der Begriff beschreibt denselben Grundgedanken wie ihn Elias mit dem Begriff der «sozialen Figuration» gefasst hat, legt die Perspektive aber so, dass die sozial figurierte menschliche Lebensform vom Individuum aus operationalisiert werden kann. Diese individuumorientierte Perspektive ist für die Instrumentenentwicklung notwendig, da Soziale Arbeit in der Psychiatrie mit individuellen Klient/innen (in sozialen Figurationen) arbeitet. Wir beziehen uns bei diesem Begriff auf eine Arbeit von Bourgett und Brülle (2000). Die beiden Autoren untermauern mit ihrem Zugang die, in Bezug auf Elias bereits genannte, anthropologische Begründung menschlicher Sozialität evolutionstheoretisch: Menschen sichern ihr Überleben, indem sie sogenannte Lebensführungssysteme bilden. Der Mensch als sozio-biologisches System (die Psyche wird als Teil des biologischen Systems verstanden) bildet mit anderen seiner Gattung sozio-kulturelle Systeme, um sein Überleben als Individuum und als Gattung zu sichern, und zwar in der Form der Lebensführung, also einer aktiven, gestalterischen Form der Sicherung des Überlebens. Die Lebensführung eines Menschen ist demnach charakterisiert durch das dynamische Zusammenspiel der Menschen mit den von ihnen zum Zweck des (Über-)Lebens geschaffenen sozialen Handlungssystemen (z. B. Familie, Freizeit/Kultur, Hilfesysteme). Konkrete Handlungssysteme sind damit die eine Seite eines Lebensführungssystems, das sozio-biologische System Mensch die andere. Die bei-

den Seiten sind über Interaktion, also soziales Handeln inklusive symbolgestützter Kommunikation, miteinander verknüpft: Das Zusammenspiel psycho-sozialer Prozesse auf der Basis bio-psychischer Prozesse auf Seiten des Menschen mit sozio-kulturellen Prozessen in sozialen Handlungssystemen ist strukturell gekoppelt, d. h. beide Sphären sind jeweils Voraussetzung füreinander und wirken aufeinander ein. Psyche und Sozialität bilden eine Einheit in ihrer Differenz.

In unserem systemtheoretischen Verständnis ist ein Lebensführungssystem also ein konkretes System, in welchem ein Individuum, vermittelt durch seine Integration in verschiedene soziale Handlungssysteme, sozial figuriert ist und sein Leben auf seine bestimmte Art und Weise führt. Soziale Arbeit als «Kerndisziplin der sozialen Integration» (Böhnisch 1994) hat in einem solchen Verständnis ihren Ausgangspunkt in der Rekonstruktion von Lebensführungssystemen, in ihnen zutage tretenden Aufgaben der Lebensbewältigung und den damit verbundenen Schwierigkeiten der Lebensführung. Letztere materialisieren sich u. a. als psychische Krankheit und wirken als manifeste psychische Krankheit markant auf die Integration in die diversen relevanten Handlungssysteme zurück.

#### *Entwicklung von Instrumenten und Verfahren: Prozesse und erste Ergebnisse*

Die Herausforderung für die kooperative und forschungsbasierte Entwicklung von Instrumenten und Verfahren besteht nun darin, einerseits die theoretischen Grundlagen und die damit einhergehenden Anforderungen an das zu entwickelnde Instrument konsistent zu halten, andererseits die Fragen der Praktikabilität und der realen Bedingungen des professionellen Handelns hoch zu halten, indem – wie oben geschildert – das wissenschaftliche Wissen von den Praktiker/innen relationiert und eine hinreichende Synchronisierung der Perspektiven hergestellt werden kann. In dem Masse wie die theoretischen Grundlagen für die Instrumentenentwicklung weitgehend von den beteiligten Wissenschaftler/innen ausgearbeitet werden, werden Verständnisfragen und Verständigungsfragen bedeutsam, die gelöst bzw. beantwortet werden müssen und gegebenenfalls zu Modifikationen führen. Vonseiten der Praxis werden insbesondere konzeptionelle Fragen und Fragen der Praktikabilität gestellt. Die Idee der kooperativen Wissensbildung sieht vor, dass sowohl die Fragen nach den theoretischen Grundlagen, als auch die Fragen zur Umsetzung in einem gemeinsamen Prozess bearbeitet werden. Es ist demnach nicht die Wissenschaft, die im Sinne einer zu erbringenden Dienstleistung die Antworten liefert. Der für die Relationierung des Wissens notwendige, gemeinsame

Entwicklungsprozess – auch das wurde bereits erwähnt und zeichnet sich in unserer Erfahrung auch so ab – stellt hohe Anforderungen an die beteiligten Parteien: Die unterschiedlichen Sichtweisen, Interessenlagen und Gewichtungen sind konfliktiv und erfordern ein permanentes Ausdiskutieren kontroverser Standpunkte. Jeder Schritt, jedes Zwischenergebnis muss aber tendenziell beide Seiten befriedigen, also sowohl theoretisch-konzeptionell konsistent sein, als auch als praktikabel eingeschätzt werden – mindestens so weit, dass die Kooperation fortgesetzt werden kann. Diese Spannung kann dann produktiv werden, wenn es gelingt, sie aufrechtzuerhalten, sie also nicht in der einen oder anderen Weise durch Dominanz aufzulösen. Dies würde, wenn ein bestimmter kritischer Punkt überschritten würde, zum Ende der Kooperation führen. Diese Auseinandersetzungen sind aber gleichzeitig eine weitere Voraussetzung für eine konstruktive Verschränkung von Wissenschaft und Praxis, denn sie schärfen den jeweiligen Blick auf beiden Seiten, so dass ein zyklischer Erkenntnis- und Entwicklungsprozess entstehen kann, wie mit dem POZ intendiert.

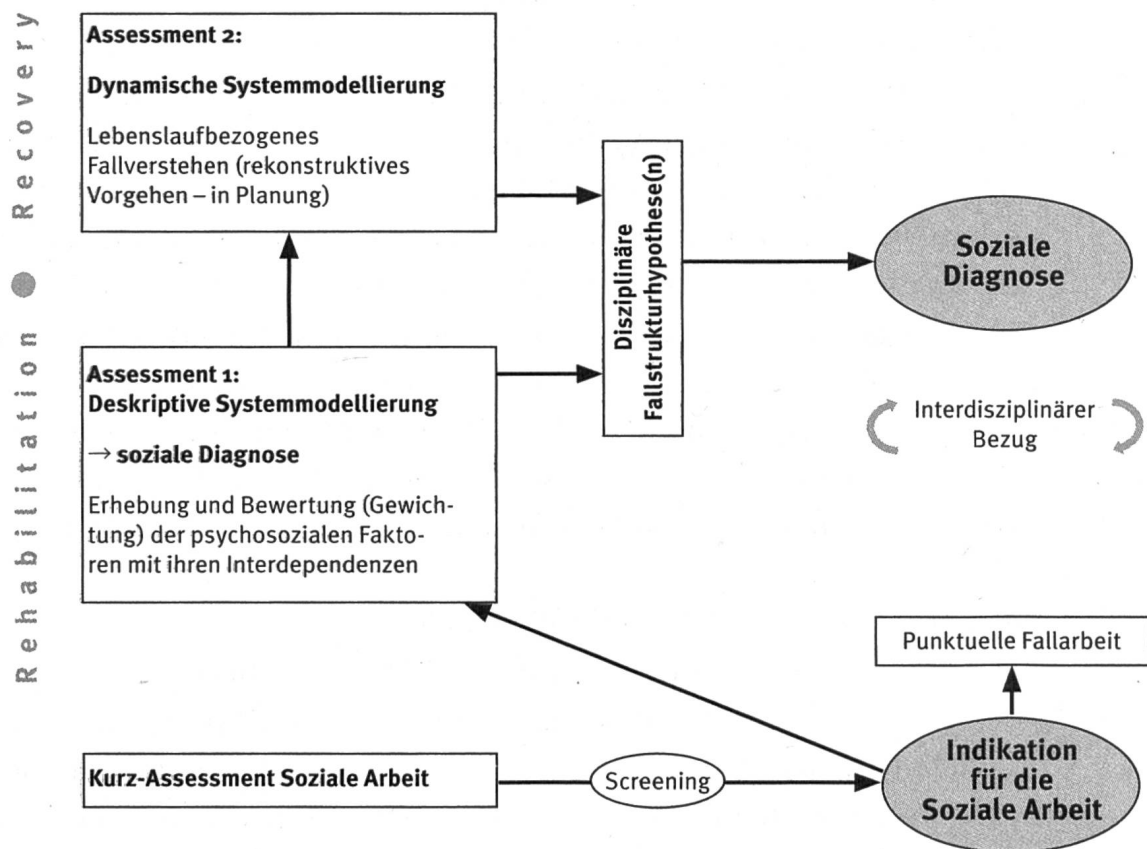
### *Struktur und Systematik der Instrumente und Verfahren*

Die von uns gemeinsam mit unseren Praxispartner/innen bis zum jetzigen Zeitpunkt entwickelten Instrumente und Verfahren zielen darauf, die soziale Dimension des Falles zu erkennen und diese in einem kooperativ gestalteten Modell der Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens systematisch für Re-Integrations- und damit auch Genesungsprozesse zu nutzen. Die Instrumente und Verfahren berücksichtigen die zwei zentralen Ebenen der sozialarbeiterischen Prozessgestaltung:

Auf der horizontalen Ebene sind die Instrumente und Verfahren entlang des «integrierten Prozessbogens» angelegt. Der Prozessbogen bezeichnet die gesamte Zeitspanne, während derer eine Person in Hilfesysteme integriert ist und auf den Fall bezogen professionelle oder professionell organisierte Arbeit geleistet wird. Er verbindet die stationäre Arbeit am Fall mit der ambulanten Arbeit am Fall und dem Lebensführungssystem und dient so der Herstellung von Kontinuität in der professionellen Hilfeplanung (vgl. Sommerfeld/Calzaferri/Hollenstein 2006). Der integrierte Prozessbogen leitet die Prozessgestaltung der Sozialen Arbeit mit den Elementen Assessment, soziale Diagnose<sup>11</sup> und (synchronisierte) Handlungsplanung an und ermöglicht eine kontinuierliche Abstimmung der auf psychische und soziale Prozesse bezogenen Hilfen, d.h. eine koordinierte Hilfeplanung. Damit ist er Voraussetzung für langfristig nachhaltige, auf

das Lebensführungssystem der Klient/innen ausgerichtete Problemlösungen.

Abbildung 2: Das mehrstufige modulare Instrumentarium



Auf der vertikalen Ebene sind die Instrumente und Verfahren als «mehrstufiges, modulares Instrumentarium» konzipiert. Dieses Design gründet in der bekannterweise knappen Ressourcenausstattung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie, die teilweise kurze Aufenthalts- und Behandlungsdauer sowie die unterschiedliche Komplexität der Fälle. Die Instrumente und Verfahren sind bis zur Stufe der deskriptiven Systemmodellierung ausgearbeitet. Für die Diagnosestellung und die Prozessgestaltung sind Entwicklungsgrundlagen gelegt, die Feinarbeit ist jedoch noch zu leisten. Darum beschränken wir uns im Folgenden darauf, das «Screening-Instrument» und die deskriptive Systemmodellierung vorzustellen. Die idiographische bzw. dynamische Systemmodellierung (ausführlich Hollenstein 2010) – sie ist im Rahmen der erwähnten NFP 51-Studie (Sommerfeld/ Calzaferri/Hollenstein 2006) entwickelt worden und wurde zusammen mit den reflektierenden Interviews im Forschungsbericht beschrieben – ist als dritte Stufe des Assessments vorgesehen. Aufgrund der guten Ergebnisse

im Forschungsprozess gehen wir davon aus, dass die Rekonstruktion des Lebensführungssystems auf der Basis von biographisch-narrativen Interviews in Kombination mit Ressourceninterviews auch unter Praxisbedingungen gute Erfolge verspricht. Dies wird in einem anderen Projekt derzeit überprüft.

### *Patient/innen-Screening*

Die Ressourcenknappheit der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie führt dazu, dass die sozialarbeiterischen Angebote und Hilfen nicht allen Klient/innen zur Verfügung gestellt werden können, auch wenn unbestritten jeder Fall (in der Psychiatrie) eine soziale Dimension hat und diese immer als *ein* wichtiger und spezifischer Aspekt einer integrierten Behandlungsplanung berücksichtigt werden sollte. Ein zu lösendes Teilproblem des auf die soziale Dimension abzielenden sozialarbeiterischen Assessments besteht deshalb in der Patient/innen-Allokation. In der bisherigen psychiatrischen Praxis werden Patient/innen in den meisten Fällen aufgrund der Einschätzungen der Ärzt/innen und allenfalls weiterer Berufsgruppen (Pflege, Psychologie etc.) der Sozialen Arbeit überwiesen. Mit dem Screening soll eine verlässliche Indikation für den Einbezug der Sozialen Arbeit geschaffen werden. Das heisst, dass mit wenig Aufwand ein allfälliger erhöhter Handlungsbedarf im Hinblick auf die soziale Dimension bzw. psychosoziale Problemlagen und Integrationsproblematiken festgestellt werden soll. Ein solches Screening-Instrument ermöglicht auf der einen Seite eine systematisierte Überweisung der Patient/innen an die Soziale Arbeit und ist auf der anderen Seite als Ausgangspunkt für die Fallarbeit, die gezielte, kurzzeitige und/oder dringliche Interventionen umfasst, einzusetzen. Das von uns zusammen mit den Praxispartnern entwickelte, standardisierte Screening-Instrument ermöglicht anhand einer Skalierung eine Einschätzung der Problemlagen bzw. Gefährdungen in den zentralen sozialen Dimensionen Wohnen, Beschäftigung (Arbeit/Hausarbeit/Ausbildung), Finanzen und soziales Netz. Aufgrund dieser Erhebung wird also ermittelt, ob eine Indikation für die Soziale Arbeit besteht. Der zugrunde liegende Fragebogen ist in einem Pre-Test auf Reliabilität, Trennschärfe und Scores geprüft worden und hat insgesamt akzeptable Werte erzielt. Im Verlauf der explorativen Pilotphase werden weitere Tests folgen.

### *Die deskriptive Systemmodellierung*

Mit der deskriptiven Systemmodellierung entwickeln wir ein Assessment-Instrument, das eine differenzierte Falleinschätzung, d. h. das Her-

ausarbeiten der problemverursachenden und -verstärkenden sozio-psycho-dynamischen Komponenten und Prozesse innerhalb der relevanten Handlungssysteme des Lebensführungssystems erlaubt. Es geht darum, Hintergrundinformationen zu sammeln, sowie komplexe (auch vergessene) Zusammenhänge im Lebensführungssystem eines Menschen über Verfahren der Informationserzeugung und Modellierung sichtbar zu machen, ohne dass eine zeitaufwändige rekonstruktive Vorgehensweise wie in der erwähnten idiographischen Systemmodellierung genutzt wird. Jedoch setzt auch das Instrument der deskriptiven Systemmodellierung auf ein verstehendes, nicht additives Verfahren, um die wesentlichen Elemente des komplexen, zirkulär kausalen und dynamischen Lebensführungssystems erfassen zu können. Das Assessment-Instrument rückt die Selbstdeutungen der Klient/innen und ihre Lebensthemen ins Sichtfeld: Es geht darum, in die Welt der Klient/innen einzutauchen, den Sinn ihres Handelns und die subjektiven sozialen und psychischen Prozesse und Muster zu entdecken und zu dokumentieren. Dieser verstehende Zugang wird durch ein halbstandardisiertes, heuristisches Verfahren in Form eines offenen Interviews mit Leitfaden realisiert, dem die Erhebung der personenbezogenen Dimensionen (körperliche, sozio-ökonomische, sozio-kulturelle, sozio-ökologische Ausstattung sowie einzelner *recovery*-Faktoren<sup>12</sup>) vorangeht. Das Assessment baut auf der Kunst des Fragens und Weiterfragens unter Einbezug systemisch-lösungsorientierter Gesprächsführungselemente (beispielsweise Ritscher 2002; Schlippe von/Schweitzer 1996) auf. Die Leitfragen dienen dabei als Anker zur Erkundung der verschiedenen Arenen eines Lebensführungssystems bzw. zu den sozialen Figurationen in den relevanten Handlungssystemen. Es geht darum herauszufinden,

- › was zum Lebensführungssystem eines Klienten oder einer Klientin dazugehört (Kenntnisse über Komponenten [Personen], Relationen [Handeln, Beziehungen] und Funktionen [Sinn] des Lebensführungssystems),
- › welche Qualität und Potenzialität die einzelnen Bestandteile des Lebensführungssystems für den Klienten oder die Klientin besitzen,
- › welche Ressourcen und sozialen Probleme als Ausdruck der «Integration *in das* System» wie auch der «Integration *des* Systems», also der sozialen Ordnungsmuster sich dabei identifizieren lassen,
- › welche Faktoren, die im *recovery*-Ansatz auf der Grundlage von statistischen Erhebungen beschrieben sind, im Einzelfall tatsächlich wirksame Faktoren sind, d. h. wie sie sich im Lebensführungs-

system konkret auswirken und wie sie für den Behandlungsprozess nutzbar gemacht werden können und

- › wie diese Aspekte miteinander zusammenhängen, so dass einerseits individuelle psychische und soziale Musterbildungsprozesse und andererseits dominante soziale Strukturierungs- und Ordnungsmuster als Momente der Integration sichtbar werden.

Dieses Assessment mit der deskriptiven Systemmodellierung sollte es erlauben, die Bedingungen der Reproduktion des individuellen Lebensführungssystems, d. h. die latenten Zusammenhänge und Muster, die das Leben des Klienten oder der Klientin bestimmen und die Formen der Integration in die verschiedenen Handlungssysteme, sowie recovery und Wohlbefinden beeinträchtigen können, zu erfassen und zu verstehen. Dies wiederum sollte die Möglichkeiten der interprofessionellen Diagnostik und Handlungsplanung und die Position der Sozialen Arbeit darin erheblich verbessern.

#### *Verfahren der interprofessionell synchronisierten Hilfeplanung*

Die Umsetzung dieses Potenzials für die interprofessionelle Zusammenarbeit konstituiert allerdings ein weiteres, noch zu lösendes Problem. Der Lösungsweg ist mit dem vorgestellten integrierten Prozessbogen vorgezeichnet. Gemeinsam mit unseren Praxispartner/innen in der Pilotphase sind noch zwei zentrale Herausforderungen zu meistern. Erstens sind Prozessstrukturen zu erarbeiten, welche auf der Basis der Systemmodellierung die kontinuierliche interprofessionelle Abstimmung sowohl der diagnostischen Prozesse als mehrdimensionale Diagnostik als auch der verschiedenen Interventionen ermöglichen, und eine gesicherte Nachsorge gewährleisten. Zweitens muss für die kritisch-instabile Phase nach dem Austritt aus dem psychiatrischen Setting eine gesicherte Nachsorge implementiert werden, welche die Realisierung des integrierten Prozessbogens ermöglicht, d. h. die Kontinuität der Hilfen bis hinein in die Lebensführungssysteme der Klient/innen gewährleistet, so dass beim Auftreten von erneuten Krisen rechtzeitig interveniert werden kann. Nur dann kann der potenzielle Mehrwert, der mit den Instrumenten erschlossen werden kann, auch realisiert werden. Instrumente allein ändern noch nicht viel. Sie schaffen lediglich Voraussetzungen.

#### **Diskussion**

Das hier vorgestellte Projekt ist noch nicht abgeschlossen. Sein Wert für die Entwicklung der Praxis der Sozialen Arbeit wird sich erst noch erweisen

müssen. Die wissenschaftliche Ernte ist ebenfalls noch nicht eingefahren, aber das Material, das wir in den drei aufeinander aufbauenden Projekten gewonnen haben, ist mehr als vielversprechend. Der wissenschaftliche Ertrag hängt zum Teil vom weiteren Verlauf der Pilotphase ab, aber nur zu einem sehr kleinen Teil. Die weitere Ausarbeitung im wissenschaftlichen System, derer es noch bedarf, ist ebenso wenig von der Kooperation abhängig, wie die Verwendung der Ergebnisse in der Praxis nicht von den an der Ausarbeitung beteiligten Wissenschaftler/innen abhängig ist. Damit sind wir bereits bei der Replik auf Hamburgers Konfliktmodell. Natürlich ist diese Replik nicht objektiv, aber sie fasst die Erfahrungen zusammen, die wir in diesem und anderen Kooperationsprojekten gewonnen haben, und die wir ansatzweise hier geschildert haben.

Der gemeinsame Ausgangspunkt ist, dass es sich in der Tat um zwei getrennte Systeme handelt. Dies wird in jedem Moment der Kooperation sozusagen hautnah erfahrbar, denn die Kooperation ist von vornherein durch die jeweilige Verankerung in den beiden Systemen strukturiert. Der Sinn der Kooperation besteht gerade in der grundlegenden Differenz. Die Arbeitsbedingungen, die für die Entwicklung zur Verfügung stehende Zeit, die Wissensreservoirs, die Erwartungen an das Projekt und das jeweilige Gegenüber, die Perspektiven, die Befürchtungen, die wahrgenommen und kommunizierten Schwierigkeiten der Zusammenarbeit, kurz: Alles ist different und bleibt es auch. Dies beginnt z. B. schon damit, dass die Wissenschaftler/innen keinen unbeschränkten Zugang zu den Räumlichkeiten haben und wie in einem anderen Projekt erst einmal durch eine bewachte Personenschleuse mussten. Die Grenzen werden aber auch dann aufrechterhalten, wenn dies symbolisch nicht so massiv zum Ausdruck gebracht wird. Insofern ist Hamburgers These, dass sich die Rollenerwartungen auflösen würden, aus unserer Sicht als unsinnig zu betrachten. Das Konfliktpotential entsteht gerade durch diese Differenzen, die bearbeitet werden müssen. In diesem Punkt ist Hamburger wieder recht zu geben, wenn er vor der Multiplikation der Anforderungen warnt. Die Anforderungen, die primär darin bestehen, eine konfliktträchtige Beziehungsstruktur in eine produktive Kooperation zu verwandeln, sind in der Tat hoch. Sie sind aber letztlich nicht höher als diejenigen, die gestellt sind, wenn eine Sozialarbeiterin mit einer Klientin zusammentrifft und aus dieser konfliktträchtigen Beziehungsstruktur ein Arbeitsbündnis schmiedet. Die sozialen Kompetenzen, die wir in unseren Ausbildungsgängen zu diesem Zweck vermitteln und lehren, sollten uns ebenso wie die ebenfalls von uns gelehrt-

ten Kompetenzen des Projektmanagements zu Gute kommen. Mit anderen Worten: Diese Anforderungen sind zwar hoch, aber bewältigbar.

Ein weiterer Punkt, den Hamburger ins Feld führt, ist, dass die Schwierigkeit der Beantwortbarkeit der Fragen, die sich im Kontext der «Praxisforschung» stellen, Beliebigkeit und Unklarheit zur Folge haben würden. Das Gegenteil ist der Fall: Unter der Voraussetzung, dass die Differenz der beiden Systeme im Kooperationsprojekt aufrechterhalten bleibt, zwingt diese Differenz beide Seiten zu grösstmöglicher Klarheit und Präzision. Eine Lösung der sich im Kooperationsprozess stellenden Fragen kann nur gelingen, wenn beide Seiten wirklich verstehen, wie dieses Problem von der anderen Seite aus betrachtet aussieht. Darin liegt der Gewinn, aber natürlich auch die Schwierigkeit. Unsere theoretische Position hat sich jedenfalls in den Auseinandersetzungen mit unseren Praxispartner/innen erheblich geschärft. Wenn der Prozess gelungen ist, dann hat sich das begriffliche Instrumentarium der Praktiker/innen sowie das Verständnis der zu lösenden Probleme bei ihnen ebenfalls geschärft. Nur wenn die Differenz sich auflösen würde, oder von den Akteur/innen bewusst aufgelöst würde, könnte sich Beliebigkeit und Unklarheit einstellen. Das wäre aber ein Beziehungsproblem, das sich unabhängig von der Beantwortbarkeit der Fragen einstellt.

Im gleichen Sinn ist die Befürchtung einer Verdoppelung der Dominanz der Wissenschaft gegenüber der Praxis zurückzuweisen, bei der es sich um einen alten Mythos handelt. Es gibt hier eigentlich nur zwei grundsätzliche Möglichkeiten: Entweder der Prozess und damit die Fortsetzung der Kooperation gelingt und es findet auf der Basis eines gegenseitigen Verständnisses bzw. dem Bemühen darum ein Austausch statt oder der Prozess misslingt. In diesem Fall weist die Praxis den Anspruch auf die von der Wissenschaft eingeforderte theoretische Konsistenz als zu dominant zurück und beendet die Kooperation. Es gilt hier ein Strukturmoment zur Kenntnis zu nehmen: Wenn die Wissenschaft ein Interesse hat, dass ihre Erkenntnisse in der Praxis nutzbringend verwendet werden – und nur dann wird sie die Mühen einer solchen Kooperation auf sich nehmen –, dann ist sie vollständig abhängig von der Praxis. Nur was die Praxis letztlich aus dieser Kooperation nimmt, wird praktisch. Die Wissenschaft hat auf dieses System keinen unmittelbaren Einfluss. Gerade dies wird in den Kooperationsprojekten erfahrbar. Eine Variante des Scheiterns wäre übrigens, dass die Wissenschaft die Kooperation beendet, weil ihre legitimen Ansprüche nicht realisiert werden können. Dominanz übt sie dadurch aber

nicht aus. Es drückt sich darin eher Hilf- und somit auch ihre faktische Machtlosigkeit aus.

Der letzte und vielleicht wichtigste Punkt in Bezug auf ein Distanz- und Konfliktmodell nach Hamburger ist folgender: Es ist eine Illusion zu glauben, dass die Praxis die Möglichkeiten, die im wissenschaftlichen Wissen für ihre Entwicklung (brach)liegen, anders als «trivialisierend», «verbiegend», «legitimatorisch instrumentalisierend» – wie von der Verwendungsforschung nachgewiesen – aus eigener Kraft nutzen könnte. Diese Aussage sollte vor dem Hintergrund der hier geschilderten anspruchsvollen, wissenschaftlich fundierten Entwicklungsanstrengungen eigentlich nachvollziehbar sein.

Und noch eines sollte nachvollziehbar geworden sein, nämlich warum der Begriff «Entwicklung» von uns als wichtig in Kombination mit dem Begriff «Forschung» hervorgehoben wird. Er markiert eine Differenz, die zwei unterschiedliche Aktivitäten miteinander kombiniert, deren Unterschiedlichkeit produktiv genutzt werden kann, z. B. durch Kooperation, wie von uns geschildert. Entwicklung ist nicht das Gleiche wie «angewandte Forschung». Entwicklungsprozesse sind zwar auch Erkenntnisprozesse, aber einer eigenen Qualität. Sie folgen dem (wissenschaftstheoretisch wenig ausgearbeiteten) Erkenntnismodus des «Gestaltens» und haben daher relativ wenig mit den strengen methodologischen Grundsätzen zu tun, die im Allgemeinen mit Forschung assoziiert werden, und die den Erkenntnismodi des «Entdeckens» und «Überprüfens» folgen. Entwickeln, zumindest im Bereich der Sozialen Arbeit, hat sehr viel mehr mit Experimentieren im Sinne von Ausprobieren und Erfahrung sammeln zu tun, und eher wenig mit Experimentieren im Sinne einer kontrollierten Versuchsanordnung. Im Grunde geht es um die Frage, was wir auf der Basis des uns zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen und praktischen Wissens in Bezug auf die Gestaltung praktischer Prozesse gedanklich antizipieren können, und was passiert, wenn wir das ausprobieren. Dieser letzte Teil kann dann wieder wissenschaftlich-systematisch beobachtet werden, wobei sich die Frage der notwendigen Distanz hier zu Recht stellt, wenn ein Prozess von denen evaluiert wird, die an seiner Entwicklung massgeblich beteiligt waren. Wir «lösen» diese letztgenannte Problematik im Modell der kooperativen Wissensbildung durch die Konzeption

zyklischer Erkenntnisprozesse («Kreisgänge» nennt von Weizsäcker [1992] diese). Kurz gesagt bedeutet dies, dass wir, die Wissenschaftler/innen, den kooperativen Entwicklungsprozess mit einem Koffer voll neuer Fragen und theoretischer und empirischer Herausforderungen verlassen. Und, wenn der Prozess gelungen ist, mit der Befriedigung etwas zur Entwicklung der Praxis beigetragen zu haben.

## Literatur

- Amering, Michaela/Schmolke, Margrit (2007). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Beck, Ulrich/Bonss, Wolfgang (1989) (Hrsg.). *Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung? Analysen zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bundesamt für Gesundheit (2004). *Psychische Gesundheit. Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz*, <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01916/index.html?lang=de>, Zugriff: 26.02.2009.
- Bourgett, Jörg/Brülle, Heiner (2000). Überlebenssysteme in Konkurrenz. Start zu einer notwendigen Debatte. In: Müller, Siegfried/Sünker, Heinz/Olk, Thomas (Hrsg.), *Soziale Arbeit: gesellschaftliche Bedingungen und professionelle Perspektiven*. Neuwied: Luchterhand, S. 253–277.
- Böhnisch, Lothar (1994). *Gespaltene Normalität*. Weinheim/München: Juventa.
- Ciampi, Luc (2001). Welche Zukunft hat die Sozialpsychiatrie? Hoffnungen, Befürchtungen und Leitbilder. In: Wollschläger, Martin (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie. Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven*. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 755–767.
- Dewe, Bernd (2005). Von der Wissenstransferforschung zur Wissenstransformation: Vermittlungsprozesse – Bedeutungsveränderungen. In: Antos, Gerd/Wichter, Sigurd (Hrsg.), *Wissenstransfer durch Sprache als gesellschaftliches Problem*. Bern u. a.: Peter Lang, S. 365–379.
- Dewe, Bernd (2009). Reflexive Sozialarbeit im Spannungsfeld von evidenzbasierter Praxis und demokratischer Rationalität – Plädoyer für die handlungslogische Entfaltung reflexiver Professionalität. In: Becker-Lenz, Roland u. a. (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 89–109.
- Dewe, Bernd/Otto, Hans-Uwe (1996). Über den Zusammenhang von Handlungspraxis und Wissensstrukturen. In: dies. (Hrsg.), *Zugänge zur Sozialpädagogik*. Weinheim und München, S. 34–60.
- Elias, Norbert (1970). *Was ist Soziologie*. München: Juventa Verlag.
- Elias, Norbert (1995). Figuration. In: Schäfers, Bernhard (Hrsg.), *Grundbegriffe der Soziologie* (4. Aufl.). Opladen: Leske + Budrich, S. 75–78.
- Geissler-Piltz, Brigitte/Mühlum, Albert/Pauls, Helmut (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München/Basel: Reinhardt Verlag.
- Gibbons, Michael u. a. (1994). *The New Production of Knowledge: the Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies*. London: Sage.
- Gredig, Daniel (2005). The Co-Evolution of Knowledge Production and Transfer: Evidence Based Intervention Development as an Approach to Improve the Impact of Evidence on Social Work Practice. In: Sommerfeld, Peter (ed.), *Evidencebased Social Work – Towards a New*

- Professionalism?* Bern u. a.: Peter Lang Verlag, S. 173–199.
- Gredig, Daniel/Sommerfeld, Peter (2010). Neue Entwürfe zur Erzeugung und Nutzung lösungsorientierten Wissens. In: Otto, Hans-Uwe/Polutta, Andreas/Ziegler, Holger (Hrsg.), *What Works – Welches Wissen braucht die Soziale Arbeit? Zum Konzept evidenzbasierter Praxis*. Opladen/Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich, S. 83–98.
- Gredig, Daniel/Sommerfeld, Peter (2008). New Proposals for Generating and Exploiting Solution-Oriented Knowledge. In: *Research on Social Work Practice*, 18 (4), S. 292–300.
- Hamburger, Franz (2005). Forschung und Praxis. In: Schweppe, Cornelia/Thole, Werner (Hrsg.), *Sozialpädagogik als forschende Disziplin*. Weinheim/München: Juventa, S. 35–48.
- Haken, Hermann (1990). *Synergetik. Eine Einführung*. Berlin: Springer.
- Hollenstein, Lea (2010). Umgang mit Komplexität in der Sozialen Arbeit – Rekonstruktion der psychosozialen Falldynamik auf der Grundlage biographischer Interviews. In: Hauptert, Bernhard/Schilling, Sigrid/Maurer Susanne (Hrsg.), *Biographiearbeit und Biographieforschung in der Sozialen Arbeit. Beiträge zu einer rekonstruktiven Perspektive sozialer Professionen*. Bern u. a.: Peter Lang Verlag, S. 163–180.
- Hollenstein, Lea/Sommerfeld, Peter (2010). Arbeitsfeldanalyse und Konzeptentwicklung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. In: Gahleitner, Silke/Hahn, Gernot (Hrsg.), *Jahrbuch Klinische Sozialarbeit II*. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 189–203.
- Hollenstein, Lea/Sommerfeld, Peter/Baumgartner, Edgar (2007). Das Forschungsprogramm «Evidence-Based Intervention Development» (EBID) – Professionalisierung durch kooperative Wissensbildung. In: FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit (Hrsg.), *Soziale Innovation. Forschung und Entwicklung in der Sozialen Arbeit*. Bd. 8–19. Olten: Eigenverlag, [http://www.fhnw.ch/sozialarbeit/forschung-und-entwicklung/broschuere\\_soziale\\_innovation\\_2007.pdf](http://www.fhnw.ch/sozialarbeit/forschung-und-entwicklung/broschuere_soziale_innovation_2007.pdf), Zugriff: 26.04.2010.
- Hüttemann, Matthias/Sommerfeld, Peter (2007) (Hrsg.). *Forschungsbasierte Praxis*. Hohengehren: Schneider Verlag.
- Jork, Klaus/Peseschkian, Nossrat (Hg.) (2006). *Salutogenese und positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben*. 2. Aufl. Bern: Huber.
- Nowotny, Helga (1975). Zur gesellschaftlichen Irrelevanz der Sozialwissenschaften. In: KZfSS. Sonderheft 18, 1975. Jg. S. 445–456.
- Oberholzer, Daniel (2009). *Das Konzept der Funktionalen Gesundheit in der Behindertenhilfe*. Informationsbroschüre INSOS. Zürich.
- Obrecht, Werner (2005). Ontologischer, Sozialwissenschaftlicher und Sozialarbeitswissenschaftlicher Systemismus – Ein integratives Paradigma der Sozialen Arbeit. In: Hollstein-Brinkmann, Heino/Staub-Bernasconi, Silvia (Hrsg.), *Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die Soziale Arbeit? Versuch eines Dialogs*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 93–172.
- Obrecht, Werner (2006). Interprofessionelle Kooperation als professionelle Methode. In: Schmocker, Beat (Hrsg.) *Liebe, Macht und Erkenntnis. Silvia Staub-Bernasconi und das Spannungsfeld Soziale Arbeit*. Luzern: Lambertus, S. 408–445.
- Onken, Steven J. et al. (2002). *Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders? A National Research Project for the Development of Recovery Facilitating System Performance Indicators*. Alexandria, VA: National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning.
- Onken, Steven J. et al. (2004). *An Analysis of the Definitions and Elements of Recovery: A Review of the Literature*. Pre-Conference Paper. The National Consensus Conference on Mental Health Recovery and Systems Transformation. Rockville, MD.
- Ortmann, Karlheinz/Schaub, Heinz-Axel (2002). *Klinische Sozialarbeit – eine kriti-*

- sche Einschätzung, [http://www.khsb-berlin.de/fileadmin/user\\_upload/PDF\\_Sammlung/ortmannschaub.pdf](http://www.khsb-berlin.de/fileadmin/user_upload/PDF_Sammlung/ortmannschaub.pdf), Zugriff: 17.03.2010.
- Pauls, Helmut (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim/München: Juventa.
- Ritscher, Wolf (2002). *Systemische Modelle für die Soziale Arbeit*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Rüegger, Cornelia (2009). *Soziale Diagnostik als Teil der professionellen Rationalität Sozialer Arbeit. Skizzierung eines Orientierungsrahmens einer eigenständigen integrativen sozialen Diagnostik*. Bern: Soziothek.
- Schaub, Heinz-Alex (2008). *Klinische Sozialarbeit ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung*. Göttingen: V&R Unipress.
- Schlippe, Arist von /Schweitzer, Jochen (1996). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Schuntermann, Michael F. (2007). *Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen – offene Fragen*. Landsberg/Lech: Eco-med-Verlag.
- Sommerfeld, Peter (2000). *Forschung und Entwicklung als Schnittstelle zwischen Disziplin und Profession. Neue Formen der Wissensproduktion und des Wissenstransfers*. In: Homfeldt, Hans Günther/Schulze-Krüdener, Jörgen (Hrsg.), *Wissen und Nichtwissen. Herausforderungen für Soziale Arbeit in der Wissensgesellschaft*. Weinheim/München: Juventa, S. 221–236.
- Sommerfeld, Peter (2003). *Zukunftsszenarien Soziale Arbeit. Überlegungen zur Lösung sozialer Probleme*. Unveröffentlichtes Manuskript. Aarau.
- Sommerfeld, Peter (2006). *Das Theorie-Praxis-Problem*. In: Schmocker, Beat (Hrsg.), *Liebe, Macht und Erkenntnis. Silvia Staub-Bernasconi und das Spannungsfeld Soziale Arbeit*. Luzern: Lambertus, S. 289–312.
- Sommerfeld, Peter/Calzaferri, Raphael/Hollenstein, Lea (2006). *Die Dynamiken von Integration und Ausschluss. Studie zum Zusammenspiel von individuellen Aktivitäten und sozialen Systemen nach der Entlassung aus stationären Einrichtungen*. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz, [http://www.fhnw.ch/sozialarbeit/ipw/forschung-und-entwicklung/abgeschlossene-projekte-1/de/forschung-und-entwicklung/abgeschlossene-projekte-1/schlussbericht\\_dynamik\\_integrationsf.pdf](http://www.fhnw.ch/sozialarbeit/ipw/forschung-und-entwicklung/abgeschlossene-projekte-1/de/forschung-und-entwicklung/abgeschlossene-projekte-1/schlussbericht_dynamik_integrationsf.pdf), Zugriff: 27.04.2010.
- Sommerfeld, Peter/Calzaferri, Raphael/Hollenstein, Lea (2008). *Die Dynamiken von Integration und Ausschluss. Zur Erfassung und Bearbeitung von Komplexität in der Sozialen Arbeit*. In: Conrad, Christoph/Mandach, Laura von (Hrsg.), *Auf der Kippe. Integration und Ausschluss in Sozialhilfe und Sozialpolitik. Thematische Publikation des Forschungsprogramms «Integration und Ausschluss» (NFP 51)*. Zürich: Seismo, S. 67–80.
- Sommerfeld, Peter/Calzaferri, Raphael/Hollenstein, Lea (2011, im Druck). *Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Sommerfeld, Peter/Hollenstein, Lea/Krebs, Marcel (2008). *Entwicklungsperspektiven der Sozialen Arbeit in der integrierten Psychiatrie Winterthur. Bericht eines kooperativen Entwicklungsprojekts*. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, <http://www.fhnw.ch/sozialarbeit/ipw/forschung-und-entwicklung/laufende-projekte-1/de/forschung-und-entwicklung/laufende-projekte-1/arbeitsfeldanalyse.pdf>, Zugriff: 27.04.2010.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft*. Bern: Haupt Verlag.
- von Weizsäcker, Carl Friedrich (1992). *Zeit und Wissen*. München: Hanser Verlag.
- Weber, Max (1988). *Die «Objektivität» sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis*. In: Winckelmann, Johannes (Hrsg.), *Gesammelte Aufsätze zur*

Wissenschaftslehre. Tübingen: Mohr, S. 146–214.

Widulle, Wolfgang (2009). *Handlungsorientiert lernen im Studium. Arbeitsbuch für*

*soziale und pädagogische Berufe*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

### Anmerkungen

- 1 Zum Begriff «Relevierung» vgl. Nowotny 1975.
- 2 Vgl. zu dieser Begrifflichkeit das Mehrjahresprogramm 2012–2016 des Schweizerischen Nationalfonds (<http://www.snf.ch/D/ueber-uns/foerderungspolitik/Seiten/mehr-jahres-programm.aspx>, Zugriff: 20.09.2010). Wir verwenden hier allerdings den Begriff «Entwicklung» statt des im Dokument des SNF eingesetzten Begriffs «angewandte Forschung», weil damit der gemeinte Tatbestand besser gefasst werden kann, damit klarere Abgrenzungen (auch in der Förderpolitik) getroffen und Verwirrungen im Zusammenhang mit dem Anwendungsbegriff vermieden werden können.
- 3 Vgl. <http://www.bbt.admin.ch/kti/index.html>, Zugriff: 08.09.2010.
- 4 DORE (DO REsearch) ist das Förderungsinstrument des Schweizerischen Nationalfonds (SNF) für praxisorientierte Forschung an Fachhochschulen und an Pädagogischen Hochschulen.
- 5 Das Modell der kooperativen Wissensbildung nimmt Bezug auf strukturell neue Formen der Wissensproduktion, die in Zusammenhang mit dem Bedarf nach der innovativen Bewältigung von komplexen Problemen entstanden sind (vgl. Hollenstein/Sommerfeld/Baumgartner 2007) und übernimmt von dort die Vorstellung einer «Wissensproduktion im Modus 2» (vgl. dazu Gibbons u. a. 1994).
- 6 «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.» [Http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf](http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf), S. 1, Zugriff: 8.9.2010.
- 7 Eine befriedigende Übersetzung für *recovery* steht noch aus (vgl. Amering/Schmolke 2007). Es finden sich Übersetzungen wie Erholung, Besserung, Genesung, Gesundung, Rückgewinnung. Für weitere Ausführungen zu *recovery* siehe auch Anmerkung 11.
- 8 Für eine ausführliche Darstellung dieses Projekts und seiner Ergebnisse vgl. Sommerfeld/ Hollenstein & Calzaferri 2011 (im Druck).
- 9 Vgl. Schunke 2003 zit. nach Bundesamt für Gesundheit 2004, S. 27.
- 10 Für eine Einführung zum ICF vgl. beispielsweise Schuntermann 2007.
- 11 Zur sozialen Diagnose ausführlich Rüeger 2009.
- 12 Der Begriff «*recovery*» wurde in den 1990er Jahren in der Rehabilitation eingeführt (vgl. Amering/Schmolke 2007). In diesem Zusammenhang entstanden auch Forschungsprojekte mit dem Ziel der Entwicklung von Faktoren, welche die Gesundung/Genesung positiv unterstützen. Onken u. a. (2002, 2004) richten den Fokus dabei sowohl auf individuelle, in der Person liegende Faktoren, wie auch auf verschiedene Umweltvariablen. Das daraus entwickelte Konzept der *mental health recovery* umfasst nach Onken u. a. (2002) sieben Dimensionen: Materielle Ressourcen, soziale Beziehungen, sinnvolle Aktivitäten, Persönlichkeitsvariablen, Hoffnung, Ermächtigung/Bevollmächtigung und das formale Hilfesystem. In einer späteren Systematisierung der *recovery*-Literatur stellen Onken u. a. (2004) ihre Arbeit in einen sozio-ökologischen Bezugsrahmen und arbeiten entlang von drei Dimensionen positive Wirkfaktoren heraus: (1) personenbezogene Faktoren (beispielsweise Hoffnung, Selbstwirksamkeit), (2) austauschzentrierte Faktoren (beispielsweise soziale Funktionsfähigkeit und Rollen, Macht) sowie (3) gemeinschaftszentrierte Faktoren (beispielsweise soziale Verbundenheit, soziale Rahmenbedingungen, Integration).