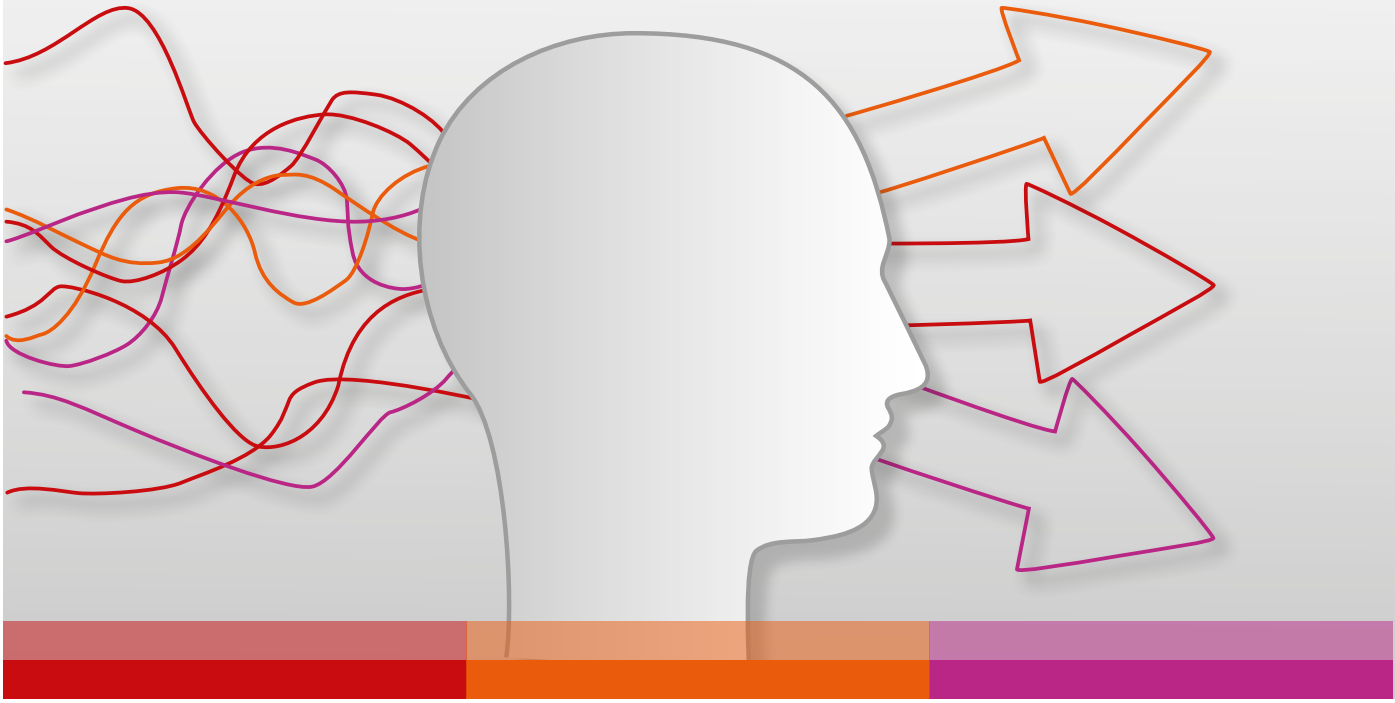
Ausgezeichnet!
Nominierte und prämierte Abschlussarbeiten an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften



Band 2023/01

Alena Schmier

Wahrnehmung der eigenen Profession Sozialarbeitender in der klinisch-stationären Sozialpsychiatrie

Eine empirische Annäherung mittels Expert*inneninterviews mithilfe der Grounded Theory Methodik

mit einem Vorwort von Nina Erdmann

Technology
Arts Sciences
TH Köln

Alena Schmier: Wahrnehmungen der eigenen Profession Sozialarbeitender in der klinisch-stationären Sozialpsychiatrie. Eine empirische Annäherung mittels Expert*inneninterviews mithilfe der Grounded Theory Methodik

Band 2023/01 der Reihe „Ausgezeichnet!“
Nominierte und prämierte Abschlussarbeiten an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften der Technischen Hochschule Köln
Herausgegeben durch Soziale Arbeit plus, Redaktion: Stefanie Vogt

Bisher erschienen (ab 2020):

2020/01 Jerôme Schickschneit: Normative Normalität des Alltags. Diffuse Spannungen lebensweltorientierter Sozialer Arbeit.

2020/02 Julia Rieger: Doing Justice- zur Praxis außerstrafrechtlicher Strategien der Konfliktbewältigung in linksautonomen Räumen.

2020/03 Sebastian Ulfik: Kollektive Interessenvertretung in der Sozialen Arbeit. Eine Analyse nach dem Machtressourcenansatz.

2020/04 Simone Joseph: „In einer eigenen Wohnung könnte ich sein, wer ich bin" - zur Relevanz der Umsetzung des Rechts auf Wohnen: Möglichkeiten und Herausforderungen des Housing First-Ansatzes im Kontext Wohnungslosigkeit

2020/05 Laura Müller: The social status of women belonging to an ethnic minority and the resulting consequences for the field of social work.

2020/06 Meike Hein: Eine qualitative Studie über den Einsatz von audiovisuellen Lernangeboten auf dem Tablet zum Erlernen von Gebärden bei Kindern mit kognitiven und kommunikativen Beeinträchtigungen und deren Eltern.

2021/01 Lea Odenthal: Peerkultur von Zwei- bis Vierjährigen in Kindertageseinrichtungen. Eine Kameraethnographische Studie.

2021/02 Sonja Schneider: Stimme haben und gehört werden. Der Podcast als Teilhabemedium für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

2021/03 Johannes Eick: Die flüchtlingssolidarische Bewegung in Zeiten von Covid-19.

2021/04 Fabienne Laura Amah-Atayi: Mädchenkonstruktionen im aktuellen Vorlesebuch. Rollenangebote zwischen stark und zart.

2021/05 Carsten Möbus: Partizipation in der politischen Jugendbildung.

2022/01 Jennifer Ackermann: Herausforderung Medienerziehung. Bedeutung digitaler Medien in der stationären Kinder- und Jugendhilfe.

2022/02 Heinrich Hafke: Wenn Eltern zu Betreuern werden - Komplexe Herausforderungen im Übergang von der elterlichen Sorge zur rechtlichen Betreuung.

2022/03 Saskia Frings: Professionswissen zum Verhältnis von Sucht und gesellschaftlichen Integrationsprozessen

2022/04 Luisa Klöckner: Politisches Handeln in der Sozialen Arbeit aus der Perspektive politischer Differenz. Eine qualitative Erforschung der Fachkräftekamagne "#dauerhaftsystemrelevant"

2022/05 Lotta Grineisen: Die Entgrenzung durch digitale Medien in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine explorative Untersuchung der Praxis von Fachkräften am Beispiel des Umgangs von Kindern mit ihren Bindungspersonen

Diese Arbeit wurde als Bacheloarbeit im Studiengang „Soziale Arbeit“ an der Technischen Hochschule Köln im Sommersemester 2021 eingereicht. Sie wurde durch Prof. Dr. Nina Erdmann und Prof. Dr. Isabel Zorn betreut.
Die Thesis von Alena Schmier wurde von der Jury der Initiative „Ausgezeichnet!“, bestehend aus Praktiker*innen, Hochschullehrenden und Studierenden im Januar 2022 ausgezeichnet.
Die Autorin können Sie kontaktieren unter: alena.schmier@gmx.de

Vorwort Publikation BA-These Alena Schmier

„Is social work a profession?“ – Abraham Flexner hat diese Frage als Hochschulentwickler der Studiengänge für Medizin in den USA vor mehr als 100 Jahren verneint. Ausgehend von einem strukturfunktionalistischen Professionsverständnis kam er 1915 bei einem Vortrag der nationalen Gesellschaft für Soziale Arbeit, die ihn zu ihrer Jahrestagung in Baltimore eingeladen hatte, zur Schlussfolgerung, dass es angesichts fehlender Autonomie, fehlender Alleinstellungsmerkmale in der Zuständigkeit und Gegenstandsdiffusität nicht möglich sei, Soziale Arbeit als Profession zu bestimmen.

Die Diskurslinien in der disziplinären Entwicklung Sozialer Arbeit haben seit dieser Zeit vor allem theoretische Gegenstandsbestimmungen in den Mittelpunkt gestellt. Lange Zeit gab es eher wenig Beschäftigung mit dem empirisch beobachtbaren Handeln der Fachkräfte und daran ansetzenden Theoriebildungen. In jüngerer Zeit lässt sich eine Hinwendung zur Frage der Genese von Handeln beobachtet, was *Professionalität als Prozess des Subjekts und der Organisationen* sowie der Kernaktivitäten des Handelns (vgl. Cloos 2010, 2014) in spezifischen Handlungsfeldern (vgl. Köngeter 2009, 2013) stärker in den Mittelpunkt rückt. Damit verbindet sich eine höhere Aufmerksamkeit für die Frage, wie sich Handeln der Fachkräfte in spezifischen Handlungsfeldern verstehen lässt und wie darin spezifische professionelle Perspektiven sichtbar werden. An diese Rahmungen setzt die These von Alena Schmier an. Psychiatrie als historisch und bis heute vor allem medizinisch geprägtes Handlungsfeld Sozialer Arbeit bildet ihren Fokus. Sie stellt die Frage, wie Professions- und Professionalitätsperspektiven Sozialer Arbeit in der stationären Sozialpsychiatrie in diesem interprofessionell geprägten Raum durch Erzählungen in Interviews dort tätiger Praktiker*innen Sozialer Arbeit sichtbar werden.

Alena Schmiers These zeigt in einer eindrucksvollen empirischen Rekonstruktion, wie sich Legitimations- und Begründungswissen der Praktiker*innen in der Sozialpsychiatrie darstellt. Sie zeigt, wie Probleme des interprofessionellen Miteinanders vor dem Hintergrund der fachlichen Eigensinnigkeit Sozialer Arbeit bearbeitet werden. Die Arbeit leistet somit einen wichtigen Beitrag zur Klärung der Professionalitätsfigurationen Sozialer Arbeit im Handlungsfeld und zeigt gleichzeitig weitere Forschungsbedarfe auf.

Es ist großartig, dass diese Arbeit im Rahmen von „Ausgezeichnet!“ einer breiteren Leserschaft zugänglich gemacht werden kann.

Prof. Dr. Nina Erdmann

Erstbegutachtung

Abstract

Das Setting der klinisch-stationären Sozialpsychiatrie ist ein historisch gewachsenes, von medizinisch dominierten Handlungsweisen geprägtes Arbeitsfeld, welches durch die Mannigfaltigkeit der dort agierenden Professionen, interdisziplinäres Handeln verlangt. Sozialarbeiter*innen als Teil dieses Gefüges müssen sich demnach in dem vorgegebenen Rahmen positionieren. An den Umstand schließt diese im Rahmen einer Bachelorarbeit durchgeführten Studie an. Sie stellt die Frage „Wie reflektieren Sozialarbeiter*innen in der Sozialpsychiatrie interdisziplinäre Zusammenarbeit vor dem Hintergrund der eigenen Profession?“ als forschungsleitende Fragestellung in den Fokus. Mit dem Erkenntnisinteresse eigener Professionswahrnehmung dort agierender Sozialarbeiter*innen ist sie der qualitativ-rekonstruktiven Professionsforschung zuzuordnen.

Das Forschungsdesign orientiert sich am interpretativen Paradigma, weshalb die Ergebnisse aus den geführten Expert*inneninterviews als exemplarische Tiefenergebnisse zu verstehen sind. Die mit Hilfe der Grounded Theory Methodik gebildeten Schlüsselkategorien stellen die Ergebnisse der Studie dar. In diesen sind Paradoxien sozialarbeiterischen Handelns, Fragen nach der Deutungshoheit in medizinisch dominierten Hierarchien sowie das Spannungsverhältnis zwischen der Darstellung eines egalitären Miteinanders und einem hintergründig bestehenden Machtgefälles sichtbar geworden. Die Arbeit schließt mit einer Ergebniseinordnung vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes sowie dem (professionstheoretischen) Diskurs. Zuletzt bietet sie Anknüpfungspunkt für weitere Forschungsvorhaben im Kontext klinisch-stationärer Sozialpsychiatrie.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 3

2. Theoretische Rahmung 4

2.1 Zur *Professionalisierung* in der Sozialen Arbeit: Ein grundlegender Überblick über den fortlaufenden Diskurs 5

2.2 Soziale Arbeit im Handlungsfeld der stationären Sozialpsychiatrie 8

2.2.1 Das Handlungsfeld ‚Sozialpsychiatrie': Entstehung, Manifestation und Arbeitsfeld 9

2.2.2 Anforderungen an Sozialarbeiter*innen im Handlungsfeld der Sozialpsychiatrie: Klinische Sozialarbeit 10

2.3 *Interdisziplinarität* in der Sozialen Arbeit 12

2.3.1 Was bedeutet *Interdisziplinarität* im Kontext Sozialer Arbeit? 13

2.3.2 *Interdisziplinarität* in der Sozialpsychiatrie: Positionsbestimmung der Sozialen Arbeit mit Hilfe des *bio-psycho-sozialen Modells* 14

3. Forschungsstand und forschungsleitende Fragestellung 16

4. Empirie 19

4.1 Methodisches Vorgehen und Forschungsprozess 19

4.1.1 Qualitative Sozialforschung: Erkenntnisinteresse und das interpretative Paradigma 20

4.1.2 Forschungsfeld, Sample und Zugang zum Feld 22

4.1.3 Offene Expert*inneninterviews als Erhebungsmethode 26

4.1.4 Die *Grounded Theory* als Auswertungsmethode 29

4.2 Ethische Reflexionen zum Forschungsprozess 33

5 Auswertung 34

5.1 Paradoxien sozialarbeiterischen Handelns in der Sozialpsychiatrie 35

5.2 Zur Deutungshoheit: Sozialarbeiterische Tätigkeiten in medizinisch dominierten Hierarchien 41

5.3 Das vordergründig egalitäre Miteinander vs. hintergründig bestehende Machtgefälle……46

6 Diskussion der Ergebnisse und Fazit..... 49

Literaturverzeichnis

Anhang

1. Einleitung

Die fortwährende COVID-19 Pandemie hält die Welt in Atem. Dabei birgt sie nicht nur die augenscheinlichen gesundheitlichen Risiken durch die Infektion mit dem Virus, sondern auch psychische Erkrankungen nehmen zu (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege o.J.). „Menschen leiden schon zu normalen Zeiten oftmals unter Vereinsamung und vermissen die Teilhabe am aktiven Leben. Einsamkeit kann das Risiko sowohl für psychische Erkrankungen […] als auch für körperliche Erkrankungen […] erhöhen." (ebd.) In der allgemeinen Bevölkerung sind Depressionen und Angststörungen die bislang häufigsten psychischen Begleiterscheinungen der Pandemie (vgl. Kunzler et al. 2021). Nach Untersuchungen der Universität Zürich haben besonders die jüngeren Generationen psychischen Leidensdruck. Durch die immensen Begrenzungen in sozialen Interaktionen, ist in dieser Altersgruppe ein Anstieg psychischer Erkrankungen zu verzeichnen (vgl. Mohler-Kuo et al. 2021).[1]

Dieser Zusammenhang verdeutlicht, was für einen starken Einfluss unser Sozialleben auf unsere seelische Gesundheit hat. Psychische und soziale Faktoren sind demnach ebenso wichtig für unser gesundheitliches Befinden, wie die eigene physische Unversehrtheit. Jenes Verständnis liegt auch dem *bio-psycho-sozialen Modell* zugrunde (vgl. u.a. Pauls 2020; Pauls 2013). Nicht selten sind Menschen auf Grund seelischen Leidens in einer psychiatrischen Klinik. Neben dem psychologisch/therapeutischen Personal, sind hier besonders Mediziner*innen, Pflegekräfte und Sozialarbeiter*innen als wichtige Arbeitskräfte zu nennen. Letztere sind für den Einbezug der sozialen Lebensrealität zuständig (vgl. u.a. Bosshard et al. 2013, S. 53). Die Frage, die sich hier unweigerlich stellt, ist mit welchen Vorgehensweisen dies im *interdisziplinären* Klinikalltag umgesetzt werden kann, ob dies derzeit umfänglich gewährleistet ist, und wie sich Soziale Arbeit[2] vor dem Hintergrund ihrer eigenen *Professionalität* diesbezüglich positioniert. Sollten psychosoziale Interventionen bislang eher marginale Beachtung finden, hätte dies, nicht nur für die Ganzheitlichkeit der Behandlung negative Folgen, sondern besonders für die betreffende Person. Laut Geißler-Piltz und Gerull (2009b, S. 9) findet Soziale Arbeit im Gesundheitswesen in der Forschung bislang wenig Beachtung. An dieses Desiderat knüpft die vorliegende Studie im Rahmen einer Bachelorarbeit an. Das zentrale Forschungsziel der Arbeit ist es, herauszuarbeiten, wie das *Professionsverständnis* von praktizierenden Sozialarbeiter*innen in der klinisch-stationären Sozialpsychiatrie durch das *interdisziplinäre* Arbeitsumfeld geprägt ist und wie sich die Sicht auf die eigene *Profession* im Handlungsfeld darstellt. Konkret bedeutet dies: Es soll die

[1] Vgl. zu diesen Studien auch die Darlegung Deutsches Ärzteblatt (2021): Studien: Stress und psychische Probleme haben in der Pandemie zugenommen. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123573/Studien-Stress-und-psychische-Probleme-haben-in-der-Pandemie-zugenommen [Zugriff: 12.07.2021].

[2] Soziale Arbeit umfasst heute in der Regel den Begriff der Sozialarbeit als auch der Sozialpädagogik (vgl. Thole 2012, S. 20). Durch den terminologischen Hintergrund werden diese Begrifflichkeiten im Verlauf der Arbeit synonym verwendet.

subjektiv wahrgenommene Professionsstellung der befragten Sozialarbeiter*innen vor dem Hintergrund der klinischen *Interdisziplinarität* untersucht werden, womit die Bachelorthesis der Professionsforschung zuzuordnen ist.

Wegen des bestehenden Forschungsdesiderats ist diese Studie explorativ angelegt. Sie ist dem *interpretativen Paradigma* zugeordnet, da die subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen der praktizierenden Sozialarbeiter*innen herausgearbeitet werden. Dies geschieht mittels vier qualitativ, offen geführter Expert*inneninterviews. Als Auswertungsmethode bediene ich[3] mich dabei der *Grounded Theory (GT)*, um jene Sinnkonstruktionen induktiv aus dem Datenmaterial herauszuarbeiten, damit eine aus den empirischen Daten begründete Theorie entwickelt werden kann. Hierbei besteht kein Anspruch der *Repräsentativität* im Sinne einer quantitativen Forschungslogik. Vielmehr soll die Studie Ansatzpunkt für weitere qualitativ-rekonstruktive Forschungen sein, um auf Grundlage derer das *Professionsverständnis* von Sozialarbeiter*innen im *interdisziplinären* Gefüge der stationären Sozialpsychiatrie weiter zu explizieren.

Um dieses forschungsleitende Erkenntnisinteresse in den bestehenden theoretischen Diskurs einzubetten, werde ich zunächst die hierfür theoretisch relevanten Themen anführen (2.). Für die weitere disziplinäre Verortung sorgt die Darlegung des aktuellen themenspezifischen Forschungsstandes (3.). Im Anschluss daran verdeutliche ich mein methodisches Vorgehen (4.) inklusive der forschungsethischen Aspekte (4.2), um u.a. der Transparenz im Vorgehen interpretativ qualitativer Forschung Rechnung zu tragen. Das Kernstück der Arbeit stellen die Ergebnisse, d.h. die abstrahierten Schlüsselkategorien aus den Expert*inneninterviews, dar (5.). Die daraus gewonnenen theoretischen Erkenntnisse werde ich anschließend in den fortlaufenden Diskurs einbetten, mögliche weitere Forschungsbereiche aufzeigen, und mit einem Fazit diese Bachelorthesis abschließen (6.).

2. Theoretische Rahmung

In einem ersten Schritt werden nun die theoretischen Bezugspunkte der zugrundeliegenden forschungsleitenden Fragestellung beleuchtet. Dafür werde ich überblickshaft den fortwährenden Professionalisierungsdiskurs darlegen, mit den prägnantesten Theorien und Entwicklungen, die für die vorliegende Arbeit relevant sind (2.1). Im Anschluss daran stelle ich einen Bezug zum Handlungsfeld der klinisch-stationären Sozialpsychiatrie dar, eruiere dessen Entstehung und Besonderheiten (2.2.1) sowie die damit einhergehenden Anforderungen der dort tätigen Sozialarbeiter*innen (2.2.2). Da Soziale Arbeit sich in der Sozialpsychiatrie immer in einem *interdisziplinären* Gefüge wiederfindet, werde ich das Phänomen der *Interdisziplinarität* auf die Soziale Arbeit im Allgemeinen (2.3.1) und

[3] Mit der Positionsbestimmung der vorliegenden Arbeit im interpretativen Paradigma (siehe 4.1.1), sind meine subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen als Forscherin während des Forschungsprozesses immanent. Um dem auch sprachlich Rechnung zu tragen, werde ich im Folgenden an einigen Stellen aus der 1. Person Singular schreiben.

anschließend auf das sozialpsychiatrische Setting beziehen. Hierfür ziehe ich sowohl das *bio-psycho-soziale Modell* als auch das damit verbundene Klassifizierungssystem nach der ICF heran (2.3.2).

2.1 Zur *Professionalisierung* in der Sozialen Arbeit: Ein grundlegender Überblick über den fortlaufenden Diskurs

In der hier angeführten Darlegung des Professionalisierungsdiskurses besteht, durch den beschränkten Umfang dieser Arbeit, kein Anspruch auf Vollständigkeit. Die Darlegung dient als theoretische Rahmung der Empirie und widmet sich den dafür relevanten Strömungen und Theorien im laufenden Diskurs. Bevor von *Professionalisierung* als solches gesprochen werden kann, muss zunächst geklärt werden, was eine *Profession* auszeichnet. Mieg (2016, S. 27) versteht unter einer *Profession* eine Berufsgruppe, die sich auf einem hohen Wissensstand bewegt und der Autonomie im eigenen Tätigkeitsfeld zugeschrieben wird. Damit einher gehen „Macht, Ansehen und eine gewisse Selbstbestimmung gegenüber andere[r] Berufsgruppen […]. Als Leitprofessionen gelten die Ärzte [sic!] und Juristen [sic!].“ (ebd.) Neben Autonomie führt Mieg (2016, S. 28) Abstraktheit, Altruismus und Autorität als Charaktermerkmale einer *Profession* an. Welche Berufsgruppen als *Profession* angesehen werden, hängt von dem zugrunde liegenden theoretischen Modell ab (vgl. Helsper 2021, S. 54). Nach Olk (1986, S. 40 zit. n. Kubisch 2018, S. 175f.) sollten diese merkmalsbezogenen Definitionen einer *Profession* für die neuen Dienstleistungsberufe – worunter u.a. auch Soziale Arbeit fällt – aufgebrochen und somit die Professionalisierungsvorgänge derer alternativ betrachtet werden. Weiterhin hat sich laut Kubisch (2018, S. 176) der Diskurs nun weg vom Fokus auf den Umstand einer *Profession*, hin zur Frage nach *Professionalität* entwickelt.

Von *Professionalität* ist dann die Rede, wenn Professionelle die entsprechend geforderten Voraussetzungen in sozialen Situationen geltend machen können. Hierzu zählen zum Beispiel unterschiedliche – besonders wissenschaftlich fundierte - Wissensformen, Reflexionsfähigkeiten, Routinen und soziale Kompetenzen (vgl. Helsper 2021, S. 56). Diese reflexive Handlungsfähigkeit ermöglicht *professionelles Handeln*, womit Fehlerquellen und Scheitern im Handeln minimiert, und *Professionalität* gesichert werden kann (vgl. ebd.). Dies ist für den Berufsalltag wichtig, denn dieses Handeln wird meist von komplexen und paradoxen Situationen begleitet (vgl. Völter et al. 2020, S. 8)[4], welche besonders auch in der Sozialen Arbeit präsent sind (vgl. Schütze 2021, 244).[5] *Professionalität* stellt demzufolge eine bestimmte Handlungspraxis dar, welche rekonstruierbar und empirisch untersuchbar ist.

Bei der Frage, wie eine Berufsgruppe zu einer *Profession* heranwächst, ist der Begriff der *Professionalisierung* anzuführen. Mieg (2016, S. 27) beschreibt diese wie folgt: „*Professionalisierung* [kursiv

[4] Die Autor*innen weisen an dieser Stelle u.a. auf Brunkhorst (1992); Dewe & Otto (2011) und Pfadenhauer (2003) hin.

[5] Siehe hierzu auch vertiefend Kapitel 5.1.

von AS] lässt sich auf institutioneller Ebene als Entwicklung eines Berufes bzw. Berufsfeldes verstehen. Aus individueller Sicht geht es um Kompetenzentwicklung und Ausübung einer bezahlten Tätigkeit, die besonderen Leistungsstandards unterliegt." *Professionalisierung* läuft demnach immer auf einer institutionellen als auch einer individuellen Betrachtungsebene ab (vgl. ebd., S. 29) und kann somit als Prozess eines Subjektes, einer Organisation oder Berufsgruppen verstanden werden, durch den *Professionalität* in der eigenen Handlungspraxis erlangt werden kann.

Nach diesen grundlegenden Begriffsklärungen gilt es nun zu eruieren, an welcher Stelle sich Soziale Arbeit im Professionalisierungsprozess befindet. Laut Spiegel (2018, S. 36ff.) hat dieser – noch immer andauernde - Prozess mit der Etablierung der Sozialen Arbeit an den Fachhochschulen zu Beginn der 1970er Jahre begonnen. Diese erste Professionalisierungsetappe der Akademisierung Sozialer Arbeit hat der Autorin nach bis Mitte der 1980er Jahre angehalten und gleichzeitig die Frage aufgeworfen, ob Soziale Arbeit als Beruf oder *Profession* anzusehen ist. Dem ist sich mit Hilfe der zu dieser Zeit im anglo-amerikanischen Raum vorherrschenden strukturfunktionalistischen Professionskriterien angenähert worden. In dieser Phase existierten noch keine Professionstheorien, da sie erst in der Entstehung waren (vgl. Motzke 2014, S. 128).

Die daran anschließende zweite Professionalisierungsphase, welche von 1985 bis 2010 angehalten hat (vgl. Spiegel 2018, S. 37f.), bezieht sich vor allem auf die Struktur *professionellen Handelns* (vgl. Kraimer; Altmeyer 2017, S. 667). Bei dem Versuch der *Professionalisierung* Sozialer Arbeit Mitte der 1980er Jahre gab es Umsetzungsprobleme, da jene zu dieser Zeit die erforderlichen berufssoziologischen Kriterien[6] nur unzureichend erfüllt hat. Es fehlte u.a. ein systematischer Wissensbestand, eine anfänglich mangelnde berufspolitische Organisation und wegen des bestehenden doppelten Mandates die notwendige Autonomie Sozialer Arbeit (vgl. Spiegel 2018, S. 37f.). Vor dem Hintergrund der Umsetzungsproblematik wurde Soziale Arbeit allenfalls als *Semi-Profession* angesehen, „der es an einer sozial eindeutigen Deutungsfähigkeit mangelt[e]." (Spiegel 2018, S. 38) Dennoch hat diese zweite Phase viele Weiterentwicklungen im Diskurs hervorgebracht (vgl. Motzke 2014, S. 128). Zentral sind hier das systemtheoretische Modell wie jenes von Stichweh, das Interaktionistische von Schütze und der strukturtheoretische Ansatz von Oevermann (vgl. Kraimer; Altmeyer 2017, S. 667). Dies deutet bereits an, dass die Frage nach *Professionalität* in der Sozialen Arbeit unterschiedlich definiert und der Professionalisierungsstand derer nach wie vor kontrovers diskutiert wird (vgl. Becker-Lenz et al. 2013, S. 11).

Im Folgenden werde ich nun die im Rahmen meiner Arbeit zentralen Theorien verkürzt vorstellen.

„[F]ür die P. [Professionalisierung; AS] der Sozialen Arbeit ist die Diskussion über Paradoxien professionellen Handelns[7] (Schütze) und die handlungsleitende Idee einer stellvertretenden

[6] Siehe dazu u.a. die weiter oben nach Mieg (2016, S. 27ff.) aufgeführten Kriterien einer *Profession*.

[7] Siehe hierzu vertiefend Kapitel 5.1.

Krisenbewältigung (Oevermann) zentral.“ (Kraimer; Altmeyer 2017, S. 667) Neben jenen Paradoxien, die im Sinne *professionellen Handelns* einer kontinuierlichen Reflexion bedürfen (vgl. u.a. Schütze 2021, S. 244), führt Schütze laut Knoll (2010, S. 96f.) in seinem interaktionistischen Ansatz Soziale Arbeit als „bescheidene Profession“ an. Zu diesem Entschluss gelangt Schütze auf Grund der aus seiner Sicht nur gering ausgeprägten Orientierungs- und Handlungsbereiche Sozialer Arbeit. Dennoch sieht er ein hohes Professionalisierungspotenzial, da Soziale Arbeit die gegenwärtigen Probleme der *Professionalisierung*, wie beispielsweise den Zwang zur *Interdisziplinarität*, für sich nutzen kann.

Oevermanns strukturtheoretischer Ansatz sieht nach Knoll (2010, S. 95f.) im *professionellen Handeln* eine Vermittlungsfunktion zwischen Wissenschaft und Praxis. „Für professionelles soziales Handeln ist es demnach grundlegend, die Gleichzeitigkeit von Entscheidung- und Handlungszwang mit einem erhöhten Begründungszwang zu akzeptieren.“ (ebd., S. 96) Als Ziel *professionellen Handelns* gilt für Oevermann – im Sinne Knolls – die Wiederherstellung der Autonomie im Alltag der Adressat*innen (vgl. ebd.). Mit dieser Ausrichtung der Handlungskompetenzen auf die Lebenswelt der Adressat*innen durch mitunter Thierschs Theorie einer Lebensweltorientierung (vgl. u.a. Thiersch 2009; Thiersch/Grunewald 2014), ist es zu einer Neuorientierung des Diskurses gekommen. Die Professionstheorien aus jener Zeit mit dem Fokus auf Alltag und Lebenswelt prägen noch heute maßgeblich die Sicht Sozialer Arbeit als wissenschaftlich fundierte Handlungspraxis (vgl. Motzke 2014, S. 198f.). Seit Mitte der 1990er Jahre steht Soziale Arbeit mit der Einführung des Neuen Steuerungsmodells zudem vermehrt unter dem Einfluss wirtschaftlicher Handlungsparadigmen. Dadurch richtet sich der Fokus mehr und mehr auf ökonomische Effektivität, weniger auf die eigentlich im Zentrum stehende umfängliche Unterstützung der Adressat*innen (vgl. Spiegel 2018, S. 40f.).

Nach Spiegel (2018, S. 38) resümieren Dewe und Otto (2010) nach einer 30-jährigen Professionalisierungsdebatte, dass die Orientierung am „strukturfunktionalistischen Modell der Professionalisierung ein Irrweg war, weil sie wenig zur Klärung des Professionsbegriffs und zum Verständnis der Strukturprobleme des sozialpädagogischen Handelns beitrug.“ (Spiegel 2018, S. 38) Als Alternative zu berufssoziologischen Kriterien führen sie daher den neuen Begriff der „reflexiven Professionalität“ (Dewe/Otto 2010) ein (vgl. Spiegel 2018, S. 39). Unter *professionellem Handeln* verstehen Dewe und Otto (2010) die Relationierung von theoretischem Wissenschaftswissen und praktischem Handlungswissen unter Einbezug des eigenen bestehenden Nicht-Wissens. So wird es der Fachkraft möglich, reflexiv, professionell zu handeln. Laut Motzke (2014, S. 12) geht der fortlaufende Professions- und Professionalisierungsdiskurs nun in eine dritte und neue Etappe über.

Neben den bereits dargelegten stark etablierten Professionalisierungstheorien, haben im 21. Jahrhundert weitere theoretische Ausdifferenzierungen stattgefunden. So sieht beispielsweise Köngeter (2013) die Notwendigkeit, den verschiedenen Handlungsfeldern Sozialer Arbeit unterschiedliche Formen von *Professionalität* zugrunde zu legen. Als Ansatzpunkt hierfür nimmt er jeweils die

Strukturmerkmale der bestehenden Arbeitsbündnisse zwischen Adressat*in und Sozialarbeiter*in in den Blick. Becker-Lenz und Müller-Herrmann (2013) haben den Begriff des *professionellen Habitus* geprägt. Nach ihnen bedarf es für *professionelles Handeln* eine Zusammensetzung unterschiedlicher Komponenten aus individueller Persönlichkeit, dem eigenen spezifische Fachwissen sowie berufsethischen Werten und Maximen (vgl. ebd., S. 207f.). Letztere sind nicht erlernbar, das heißt habitueller Teil der eigenen *Professionalität* (vgl. ebd., S. 208). Gahleitner (2017) sieht Soziale Arbeit als Beziehungsprofession an. Darunter versteht sie die Notwendigkeit einer professionellen Beziehung zu den Adressat*innen, welche durch Vertrauen und gleichzeitig bestehende notwendige Distanz im sensiblen Alltagshandeln geprägt ist. Dabei führt sie verschiedene Bezugstheorien aus der Psychologie an, die helfen sollen, dieses Gleichgewicht von emotionaler Nähe und reflexiver Distanz zu wahren (vgl. Gahleitner 2020). Machttheoretische Ansätze[8] fokussieren, im Gegensatz zu merkmals- und strukturfunktionalistischen Ansätzen, die eigene machtvolle Position im gesellschaftlichen System, die eine *Profession* besitzt (vgl. Helsper 2021, S. 68ff.; Helsper 2016, S. 53).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Soziale Arbeit heute als eigenständige *Profession* angesehen werden kann (vgl. u.a. Schütze 2021, S. 39ff.), vor allem dann, wenn sich von der Definition einer *Profession* anhand merkmalstheoretischer Modelle weitestgehend gelöst wird (Cloos 2010). Völter et al. (2020, S. 10) sehen Soziale Arbeit als „zukunftsweisende Profession", da sie es vermag, multidimensionale Fälle aus Sicht unterschiedlicher fachlicher Perspektiven zu beleuchten. Weitestgehend umstritten bleibt jedoch die Frage nach den eigenen Professionsgrenzen. Auch kann nicht davon ausgegangen werden, dass Soziale Arbeit im jeweiligen Handlungsfeld bestimmende Akteurin ist. Zudem bleiben die jeweiligen Handlungsvollzüge stets unkonkret, da sie bislang wenig erforscht sind (vgl. Köngeter 2017, S. 97). Vor dem Hintergrund des dargelegten Professionalisierungsdiskurses, werde ich nun das erforschte Handlungsfeld der klinisch-stationären Sozialpsychiatrie genauer in den Blick nehmen.

2.2 Soziale Arbeit im Handlungsfeld der stationären Sozialpsychiatrie

Soziale Arbeit findet sich in einem breiten Spektrum an Handlungsfeldern wieder. Eines davon stellt die Sozialpsychiatrie dar, welche wie folgt definiert werden kann:

> Sozialpsychiatrie ist Teil der Sozialmedizin, allerdings mit einer historisch eigenen Entwicklung und vergleichsweise großen Bedeutung für das Fachgebiet Psychiatrie. Die S. [Sozialpsychiatrie; AS] […] postuliert, psychisch kranke Menschen in ihrem Umfeld zu verstehen und sie auch dort zu behandeln. (Krüger 2017, S. 843)

Schon in dieser kurzen Definition wird sichtbar, dass es sich nicht um ein klassisches sozialarbeiterisches Setting handelt, sondern andere Fachdisziplinen dieses grundlegend (mit-)geprägt haben. Jene Entstehung werde ich nun im Folgenden mit seinen Besonderheiten und Merkmalen (2.2.1).

[8] Helsper (2021, S. 68) führt hier u.a. Abbott 1988; Daheim 1992 und Rabe-Kleberg 1996 an.

beleuchten. Weiterhin sollen die gestellten Anforderungen an Sozialarbeiter*innen in der stationären Sozialpsychiatrie mit Hilfe des Selbstverständnisses der *Klinischen Sozialarbeit* (2.2.2) nachgezeichnet werden.

2.2.1 Das Handlungsfeld ‚Sozialpsychiatrie': Entstehung, Manifestation und Arbeitsfeld

Die Klinische Psychiatrie, welche sich mit seelischen Störungen und seelischen Erkrankungen befasst, ist im 18. Jahrhundert entstanden. Mit der Industrialisierung ist das gesellschaftliche Interesse an sogenannten Asylen für psychisch Erkrankte – damals häufig unter dem Begriff der „Irren" subsumiert – gestiegen (vgl. Bosshard et al. 2013, S. 19). Die Psychiatrie war „vorrangig [ein] Ort der Verwahrung, der völligen Entprivatisierung des Einzelnen." (Bock; Kluge 2017, S. 33) Das wirkliche Studieren der Krankheiten und Störungen sowie eine humanere Behandlungsweise ist erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts eingetreten. Mitte jenes Jahrhunderts hat sich die Psychiatrie zu einem medizinischen Fach entwickelt, was auch das Krankheitsverständnis stark mitgeprägt hat (vgl. Bosshard et al. 2013, S. 19). Im Laufe der vergangenen Jahrzehnte etablierten sich zwei Klassifizierungssysteme (heute: ICD-10 und DSM-5) zur Kategorisierung psychischer Erkrankungen. Dies soll zum einen zur Verständigung zwischen Expert*innen dienen, zum anderen als Rückgriff auf Daten für statistische Zwecke (vgl. ebd., S. 21f.). „All diese Klassifizierungssysteme gehen notwendigerweise von den Symptomen aus, d.h. von den Störungen, Veränderungen, Normabweichungen. Dabei steht zwar die zu untersuchende Person im Zentrum der Beobachtung, aber nur mit ihren Defiziten." (ebd., S. 23) Diese Kritik ist u.a. seitens der *antipsychiatrischen Bewegung* entstanden, da damit Systematisierungen Etikettierungen einhergehen, die für die Person negative Folgen habe können (vgl. Bock; Kluge 2017, S. 33). Goffmans Ausführung der Psychiatrie als totalitäres System und die damit zusammenhängende *Labeling-Theorie* sind wohl die zentralsten soziologischen Theorien der *antipsychiatrischen Bewegung* (vgl. ebd., S. 34). Ausgehend von dieser Betrachtungsweise vollzog sich in den letzten Jahrzehnten ein Paradigmenwechsel, der den medizinisch-naturwissenschaftlichen Fokus um psychosoziale Konzepte erweitert hat. Mit dieser Erweiterung von psychologischen und sozialwissenschaftlichen Betrachtungsweisen, sind neue Grundpositionen einhergegangen (vgl. ebd., S. 33). Durch die Veränderung des politischen Systems, hin zu einer demokratischen Grundordnung, war auch die Psychiatrie gezwungen, sich zu verändern (vgl. Bock; Kluge 2017, S. 33).

Dennoch ist erst um 1968 in Deutschland die Rede von der "Sozialpsychiatrie" gewesen. 1970 sind, nach Erlass der *Psychiatrie-Enquete* durch die damalige Bundesregierung, in Mannheim das erste Mal Psychiatrie-Mitarbeiter*innen aus sämtlichen Berufsgruppen zusammengekommen, um sich über die menschenunwürdigen Verhältnisse auszutauschen. Infolgedessen entstand der "Mannheimer Kreis", der als die Keimzelle der sozialpsychiatrischen Bewegung in Deutschland gilt – der Vorgänger der heutigen "Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie", in welcher Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagogen*innen als Berufsgruppe stark vertreten sind (vgl. Bosshard et al. 2013, S. 41). Den

aufgekommenen Forderungen Rechnung tragend, soll die Sozialpsychiatrie demnach die Psychiatrie mit dem Sozialen verknüpfen, d.h. die medizinisch-therapeutischen Sichtweisen mit sozialpädagogischer Arbeit (vgl. Krumm; Becker 2012, S. 41). So muss an Psychiatrie

> [h]eute […] der Anspruch gestellt werden, mehr von den Bedürfnissen der Betroffenen und der Angehörigen auszugehen, individuelle Lebenskonzepte und soziale Ressourcen zu berücksichtigen […] sowie nicht unnötig zu pathologisieren, sondern auch anthropologische Sichtweisen auf psychiatrische Besonderheiten zugrunde zu legen. (ebd.)

Das heißt auch, dass den medizinischen Hilfeleistungen, Psychotherapie und Unterstützungen zum Arbeiten und Wohnen zuzuordnen sind oder – laut der Autor*innen – sogar teils überzuordnen. Die Einbindung des jeweiligen Systems der Adressat*innen soll somit im Fokus der Behandlung stehen. Hinderlich für diese Entwicklung ist dabei die Ökonomisierung von Einrichtungen, welche das Aufrechterhalten autoritärer Strukturen begünstigt (vgl. ebd., S. 35). Neben stationären, klinischen sozialpsychiatrischen Angeboten haben sich im Laufe der Zeit zudem ambulante Settings, sogenannte Gemeindepsychiatrien, entwickelt. Diese dienen häufig für die Nachsorge nach einem Klinikaufenthalt oder als Anlaufstellen in der jeweiligen Gemeinde für Menschen mit psychischen Problemlagen. Sie fungieren als Hilfsmöglichkeit zur Etablierung ambulanter Unterstützungsleistungen und arbeiten eng mit den stationären Sozialpsychiatrien zusammen (vgl. Bosshard et al. 2013, S. 42). In Kliniken selbst gibt es zudem ambulante Angebote, die nicht einer vollstationären Unterbringung, sondern einer regelmäßigen, stundenweisen Angliederung in verschiedenen Formen nachgehen.

An diese dargelegten historischen Entwicklungsstränge der Sozialpsychiatrie und die daraus resultierenden Forderungen schließt sich nun die Frage an, welche Position Soziale Arbeit in jenem Handlungsfeld heute einnimmt. Laut Hildebrandt (1988, S.35) war Soziale Arbeit zu Beginn des 20. Jahrhunderts vor allem für die Unterstützung der ärztlichen Leitprofession vorgesehen und hat keinen eigenen Faktor in der Psychiatrie dargestellt. Auf Grundlage dieses historischen Anhaltspunktes gilt es nun zu klären, ob und wenn ja, wie sich diese sozialarbeiterische Positionierung innerhalb des Klinikgefüges im Laufe der Zeit verändert hat. Im Rahmen dieser Arbeit sollen, auf Grund der Intensität in der Zusammenarbeit mit den Adressat*innen, besonders vollstationäre Settings in den Blick genommen werden, wenngleich Teile des Samples sowohl im ambulanten als auch stationären sozialpsychiatrischen Klinikkontext tätig sind oder waren.

2.2.2 Anforderungen an Sozialarbeiter*innen im Handlungsfeld der Sozialpsychiatrie: Klinische Sozialarbeit

In den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts stand besonders die Bewahrung der Klient*innen vor Ab- und Ausgrenzung im Fokus sozialarbeiterischen Handelns in der Sozialpsychiatrie. Dabei wird das sozialarbeiterische Können von den folgenden drei Rahmenfaktoren begleitet: Von der Adressat*in selbst, den methodischen Grundlagen, welche die Bedürfnisse jener berücksichtigen sollen und die bestehende Lebensrealität derer außerhalb der Klinik (vgl. Blauert 1988, S. 9). Als mögliche

Interventionsformen sieht Blauert (ebd., S. 9f.) das Erschaffen eines verständnisvollen und angstfreien Raumes und den Aufbau einer damit einhergehenden Beziehung, die von Vertrauen geprägt ist. Dabei soll eine Isolation vermieden und neue Wege geschaffen werden. Soziale Gruppenarbeit ist hier ein wichtiges Instrument, um sich in einem sozialen Gefüge zu erleben und ggf. das eigene unerwünschte Verhalten und die Auswirkungen auf andere zu reflektieren. Die Kooperation mit dem Umfeld der Klient*in gilt als weiterer methodischer Ansatzpunkt, um das Ziel der Implementierung psychiatrisch-sozialarbeiterischer Angebote im Alltag zu erreichen. Dabei sind "Fernziele […] in überschaubare Teilziele aufzuspalten. Der Grundsatz, daß [sic!] der Klient [sic!] das Tempo der Entwicklung und ihr Ziel bestimmt, gilt auch für die Sozialarbeit in der Psychiatrie." (Blauert 1988, S. 11) Blauert (ebd., S. 12) fordert zudem eine praktische Umsetzung der Tatsache, dass Sozialarbeiter*innen in der Sozialpsychiatrie keine ärztlichen Hilfskräfte sind, sondern mit ihrem Können als Partner*innen angesehen werden sollten.

Auch heute, fast 40 Jahre später, besteht stets die Diskussion über Sozialarbeiter*innen als Zuarbeiter*innen oder Handlanger*innen in der Psychiatrie. Sie geraten schneller als andere Professionen unter einen Rechtfertigungs- und Legitimationsdruck, da sie oft von den anderen Professionen als Generalist*innen und weniger als Spezialist*innen gesehen werden (vgl. Walther 2017, S.28). „Deshalb ist es wichtig, dass sich Sozialarbeiter [sic!] ihres Kerngeschäftes im Bereich der sozialen Dimensionen menschlicher Existenz bewusst sind.“ (ebd.) So befassen sich Sozialarbeiter*innen in der Sozialpsychiatrie besonders mit sozialen Fragen und Problemstellungen, welche die bestehenden psychischen Erkrankungen mit verursacht haben (ebd., S. 36). Handlungspraktisch kann diese Aufgabenzuschreibung folgendermaßen nachgezeichnet werden:

> Der Sozialarbeiter [sic!] ist im Team in erster Linie ein Netzwerker [sic!] mit eigenem Profil. Er kennt sich in den umgebenden Landschaften in besonderer Weise aus, kann auch […] auf den Bedarf der einzelnen Patientin [sic!] zugeschnittene nachsorgende Hilfsangebote arrangieren und durch optimale Nutzung der Sozialgesetze Hilfebedarf und Hilfeleistung zusammenbringen. (Bock; Kluge 2017, S. 72)

Es wird sichtbar, dass Sozialarbeiter*innen besonders die Aufgabe der Nachsorge und das Möglichmachen geeigneter Hilfeleistungen zugesprochen wird. Sozialarbeiter*innen sind – neben den Pflegekräften – jene Professionelle in der Klinik, die sich mit den komplexen psychosozialen Problemlagen der erkrankten Klient*innen befassen (vgl. Bosshard et al. 2013, S. 53).

Daran anschließend stellt sich die Frage nach dem eigenen professionellen Selbstverständnis der Sozialarbeiter*innen. Die *Professionalisierung* Sozialer Arbeit ist besonders durch die Etablierung von „Fachsozialarbeiten“ wie der *Klinischen Sozialarbeit* und der Wissenschaft der Sozialen Arbeit in den letzten Jahren vorangeschritten (vgl. ebd., S. 77). Die *Klinische Sozialarbeit* bringt neben dem konkreten Handlungswissen eine spezielle Expertise mit (vgl. Geißler-Piltz; Gerull 2009b, S. 10), womit sie nun eine „eigenständige Position in multiprofessionellen Arbeitskontexten“ (ebd.) eingenommen hat. Mit den unterschiedlichen Handlungskonzepten bezieht sich *Klinische Sozialarbeit* auf die

persönliche sowie soziale Umwelt der Adressat*innen und auf gesellschaftliche Hilfesysteme. Damit hat sie eine eigene psychosoziale Behandlungsperspektive entwickelt, die neben der Ärztlichen und Psychologischen Bestand hat. Für die Differenzierung ist hierbei wichtig, dass nicht alle in der Klinik tätigen Sozialarbeiter*innen auch Klinische Sozialarbeiter*innen sind, denn es bedarf hier einer spezifischen Methodenkenntnis, um als solche fungieren zu können (vgl. ebd.). Trotz dieser vermeintlichen Etablierung, „gibt es viele Hinweise darauf, dass sich gerade das Vorherrschen hierarchischer Integrationsmodi in der stationären Psychiatrie negativ auf die Position und die Einflussmöglichkeiten von SozialpädagogInnen [sic!] auswirken." (Bauer 2011, S. 350) An der Spitze von Team- und Organisationsstrukturen sind nach wie vor andere Professionen vorzufinden (vgl. ebd.). Weiterhin wird aus bereits bestehenden Publikationen deutlich, dass der Professionalisierungsprozess, vor allem in der *Klinischen Sozialarbeit*, noch nicht abgeschlossen ist. Hierbei steht vor allem das Ringen um Autonomie, die eigene Aufgabendefinition sowie der Fokus auf Klient*innenbedürfnisse im Mittelpunkt des Prozesses (vgl. Gredig 2000 zit. n. Bauer 2011, S. 351).

Laut Ningel (2011, S. 9) bringt Soziale Arbeit – und im Kontext des Gesundheitswesens besonders die *Klinische Sozialarbeit* – eine hohe Methodenkompetenz sowie einen Blick auf die Lebenswelt der Adressat*innen mit, welcher von einer bio-psycho-sozialen Sichtweise geprägt ist. Er führt weiter an, dass jedoch Soziale Arbeit „[d]iese Kompetenz […] bisher noch nicht auf Augenhöhe in die Hilfesysteme einbringen [konnte]." (ebd.) Zum Verfestigen der eigenen Position im Gesundheitswesen ist daher eine erhöhte Anerkennung und Akzeptanz Sozialer Arbeit in der *interdisziplinären* Zusammenarbeit nötig, sowie die Schärfung des eigenen sozialarbeiterischen Profils (vgl. ebd.). Diesen *interdisziplinären* Kontext werde ich nun zunächst allgemein am Gegenstand Sozialer Arbeit verdeutlichen (2.3.1) und daran anknüpfend diesen Theorieteil mit der Positionsbestimmung Sozialarbeitender im *interdisziplinären* Gefüge der Sozialpsychiatrie mit Hilfe des *bio-psycho-sozialen Modells* der ICF (2.3.2) abschließen.

2.3 Interdisziplinarität in der Sozialen Arbeit

„Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter müssen generell nicht nur mit Mitarbeitern [sic!] verschiedenster Einrichtungen kooperieren, sondern sind auch Teil eines meist multidisziplinären Teams. Dies gilt generell für alle Handlungsfelder der Sozialen Arbeit." (Walther 2017, S. 27) Dies verdeutlicht bereits die Wichtigkeit von *Interdisziplinarität* in der sozialarbeiterischen Handlungspraxis. Diese Kooperation kann oft jedoch auch konfliktreich sein (vgl. Bauer 2011, S. 341), wenngleich eine solche Teamarbeit es ermöglicht, unterschiedliche Sichtweisen gleichberechtigt anzunehmen und so die eigene Wahrnehmung und das Handeln auszudifferenzieren (vgl. Bock; Kluge 2017, S. 39). Nun stellt sich die Frage, wie sich dies allgemein im Kontext Sozialer Arbeit (2.3.1) und speziell in der klinisch-stationären Sozialpsychiatrie (2.3.2) verhält.

2.3.1 Was bedeutet *Interdisziplinarität* im Kontext Sozialer Arbeit?

Zunächst sollte festgehalten werden, dass häufig in der (beruflichen) Praxis unterschiedliche Begriffe - bezogen auf Kooperation - wenig voneinander abgegrenzt werden (vgl. auch Labhart 2019, S. 46). So wird beispielsweise meist keine Trennung zwischen *Interdisziplinarität* (als Kooperation der Disziplinen) - worunter u.a. im weiteren Sinne auch *Multi-* und *Transdisziplinarität* gefasst werden können - und *Interprofessionalität* (im Sinne einer Kooperation der Professionen) vorgenommen. Die Grenzen gleichen vielmehr einem Kontinuum. Gemeinsam haben jedoch alle Begrifflichkeiten, dass Disziplinen bzw. Professionen zusammenarbeiten, wobei die Intensität der Kooperation jeweils unterschiedlich ist (vgl. Wider; Schmocker 2018, S. 190). Diese strikte terminologische Trennung von disziplinärer und professioneller Kooperation wird im Verlauf dieser Arbeit nur randständig betrachtet. Vielmehr gilt es, definitorisch zwischen *Multi-*, *Inter-* und *Transdisziplinarität* zu unterscheiden und herauszuarbeiten, was dies für das sozialarbeiterische Handeln bedeutet. *Multidisziplinarität* ist die am wenigsten enge Kooperationsform, denn die disziplinären Grenzen bleiben erhalten (vgl. ebd., S. 192) und die „Disziplinen [arbeiten] nebeneinander oder nacheinander zu je spezifischen Aspekten." (ebd.) Auch Methodik und Inhalt der einzelnen Disziplinen bleiben separiert (vgl. ebd.). *Interdisziplinarität* kann hingegen wie folgt beschrieben werden:

> Bei der Interdisziplinarität i.e.S. werden die Disziplingrenzen überschritten resp. überbrückt. Die Disziplinen arbeiten zwar auch mit ihren disziplinären Analyse-Modellen, aber die disziplinären Forschungsergebnisse werden zu einem additiven Gesamtbild zusammengefügt und miteinander verknüpft. (ebd.)

Somit entstehen neue Sichtweisen trotz der eigenen disziplinären Eigenständigkeit, gleichwohl die Ergebnisse in den eigenen Wissensbestand aufgenommen werden (vgl. ebd., S. 192f.). Bei der *Transdisziplinarität* werden die „theoretischen Struktur[en] [neu] erarbeitet." (ebd., S. 193) Mit dieser Aufhebung disziplinärer Grenzen geht die Schaffung eines *transdisziplinären Wissenskorpus* einher, in welchem die unterschiedlichen Wissensbestände der einzelnen beteiligten Disziplinen verschmelzen (vgl. ebd.). Auf professioneller Handlungsebene können jene Unterscheidungen mit den Begriffen *Multi-*, *Inter-* und *Transprofessionalität* beschrieben werden. Die Intensität des Austauschs zwischen den Professionen bezieht sich hier vor allem auf die handlungspraktische Ebene der Kooperation (vgl. ebd., S. 193f.).

Soziale Arbeit findet sich schon seit langer Zeit in multiprofessionellen Arbeitskontexten wieder, womit unausweichlich die Frage nach der eigenen Zuständigkeit einhergehen muss (vgl. Silkenbeumer; Thieme; Kunze 2017, S. 35). Häufig gelangen Sozialarbeiter*innen in interprofessionellen Kooperationen schnell in die vermittelnde Rolle (vgl. Wider; Schmocker 2018, S. 196). Durch die eigene Handlungstätigkeit auf unterschiedlichen Ebenen, wie der Individuellen und Gesellschaftlichen, haben die Fachkräfte oft mit Ungewissheiten zu tun, mit welchen sie lernen müssen, professionell umzugehen. Auch in der täglichen Praxis kooperieren Sozialarbeitende meist in den Fallbearbeitungen mit

verschiedensten Professionen, in welchen sie Fachwissen der Bezugsdisziplinen miteinbeziehen. Diese Faktoren sind für eine interprofessionelle Koordination hilfreich, weshalb Sozialarbeiter*innen schneller als andere in eine solche Rolle gelangen (vgl. ebd., S. 197)[9]. Die Autor*innen sehen neben dem eigenen disziplinären Fachwissen und der Beachtung gruppendynamischer Prozesse auch personelle und strukturelle Aspekte als Bedingung für eine gelingende interprofessionelle Kooperation an (vgl. ebd., S. 198f.).

Für die Möglichkeit einer gleichberechtigten Beteiligung Sozialer Arbeit halten sie fünf Forderungen bereit. Erstens sollte der eigene disziplinäre Standpunkt eindeutig sein, d.h. das eigene Selbstverständnis muss konsequent in die Kooperation mit eingebracht werden. Zweitens fordern sie den Ausbau eigener Forschung, um den disziplinären Gegenstandsbereich stärker zu schärfen. Drittens appellieren sie, fachliche Zuständigkeiten für sich zu beanspruchen und eigene Verantwortungsbereiche durchzusetzen (vgl. ebd., S. 206f.), denn „[w]er nicht selbst definiert, wird definiert." (ebd., S. 207). Dies soll in einem ersten Schritt durch die Einforderung der bereits angeführten Koordinationsfunktion ermöglicht werden. Viertens muss Soziale Arbeit ihre eigenen Kompetenzen und Leistungen – auch unaufgefordert – nach außen tragen, um so nicht nur den anderen Professionellen, sondern auch der Gesellschaft die eigene Relevanz zu verdeutlichen (vgl. ebd., S. 208). Als fünfte und letzte Forderung halten sie die Stärkung der beruflichen Identität und der intraprofessionellen Kooperation für notwendig. Als geeignete Grundlage nennen die Autor*innen hier die Politisierung Sozialer Arbeit und die Aufgabe von Berufsverbänden und Fachhochschulen/Universitäten, (angehende) Sozialarbeiter*innen dahingehend zu ermächtigen. Nur so können (neue) Fachkräfte die eigenen Rechte und Pflichten gegenüber Politik und Gesellschaft geltend machen (vgl. ebd., S. 208f.). Wie sich die *interdisziplinäre* Praxis in der Sozialpsychiatrie gestaltet, werde ich nun im Folgenden unter Einbezug des *bio-psycho-sozialen Modells* skizzieren.

2.3.2 *Interdisziplinarität* in der Sozialpsychiatrie: Positionsbestimmung der Sozialen Arbeit mit Hilfe des *bio-psycho-sozialen Modells*

Im Fachdiskurs wird bezüglich *interdisziplinärer* Kooperationen in der Sozialpsychiatrie stets die asymmetrische Beziehungsstruktur zwischen Ärzt*innen und psychosozialen Fachkräften hervorgehoben. So kann zwar persönlich eine Beziehung auf Augenhöhe bestehen, fachlich ist der Psychiater – besonders in Klinikstrukturen – den Sozialarbeiter*innen weisungsbefugt und muss beispielsweise einen gestellten Rehabilitationsantrag noch zusätzlich unterschreiben (vgl. Walther 2017, S. 27). Die generelle Notwendigkeit einer *interdisziplinären* Zusammenarbeit in der Sozialpsychiatrie wird in der Regel durch das *bio-psycho-soziale Modell* begründet. Dieses beschreibt, dass für eine allumfassende

[9] Die Autor*innen beziehen sich in ihrer Ausführung hierbei allgemein auf Staub-Bernasconi (2007) und Hochuli Freund; Stotz (2015, S. 34-38, 47-50, 111-115), ohne dabei im Text die genauen Bezüge herzustellen.

Unterstützung alle drei Bezugsebenen berücksichtigt werden müssen, sprich die sozialen, psychologischen und biologischen Prozesse (vgl. Pauls 2020, S. 33). Die drei Ebenen stehen „in sich kontinuierlich ändernden Wechselbeziehungen […] und aus diesen Faktoren und deren Veränderungen [lassen] sich Entwicklung und Verlauf von Störungen erklären." (Jungnitsch 1999, S. 31 zit. n. Pauls 2013, S. 98). Somit ermöglicht das Modell u.a., „die soziale Ebene bzw. die soziale Dimension von (psychischer) Krankheit/Gesundheit als relevante Dimension auszuweisen." (Sommerfeld et al. 2016, S. 84) Die psychischen und sozialen Faktoren sind somit von unerlässlicher Bedeutung, wenn es um die Entstehung, den Verlauf und die Heilung einer Erkrankung geht (vgl. Pauls 2013, S. 99). Bei Anwendung des Modells ist es essenziell, dass die drei Ebenen nicht gegeneinander, sondern miteinander arbeiten, um sicherzustellen, dass die Ebene mit dem größten Handlungsbedarf herausgearbeitet wird und keine negativen Wechselwirkungen entstehen (vgl. Pauls 2020, S. 37f.). Nach Sommerfeld et al. (2016, S. 85) kann und muss Soziale Arbeit die sozialen Dimensionen als ihren Zuständigkeitsbereich abstecken und einfordern.

Ausgehend von einer *bio-psycho-sozialen* Sichtweise lebt der Mensch in unterschiedlichen Systemen und besteht selbst wiederum aus eigenen Subsystemen (vgl. Pauls 2013, S. 98). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat dieses Modell weiterentwickelt, da sie die verschiedenen Ebenen nicht eng miteinander verbunden, sondern eher nebeneinander existieren sieht. Daraus ist ein „Modell der ‚funktionalen Gesundheit' und die darauf aufbauende ‚International Classification or [sic!] Functioning, Disability and Health' (ICF) hervorgegangen" (WHO 2005 zit. n. Sommerfeld et al. 2016, S. 93). Mit diesem Modell der „funktionalen Gesundheit" wird es laut Sommerfeld et al. (2016, S. 93) möglich, sozialarbeiterische Theorie mit dem Gesundheitssystem und der interprofessionellen Kommunikation zu verbinden. Gleichzeitig bemängeln die Autor*innen, dass mit dem Klassifikationssystem der ICF dennoch die Wechselwirkungen nicht umfänglich beachtet werden und gerade die sozialen Dimensionen nicht ausreichend eingebunden sind.

Trotzdem bietet das Modell mit dem ihm zugrundeliegenden *bio-psycho-sozialen* Verständnis das höchste Potenzial für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, da es die sozialen Faktoren am besten einbezieht. Dennoch benötigt es weitere Anpassungen und Abstimmungen (vgl. ebd., S. 95f.)., um als „Brückenkonzept zur interprofessionellen Kommunikation durch die Soziale Arbeit genutzt [zu] werden." (ebd., S. 96) Weiterhin wird „[v]or dem Hintergrund der Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen und Professionen […] ihre Rolle [der Sozialen Arbeit; AS] zunehmend befragt, sodass die Aneignung und Herausbildung eigener klinischer Fachkompetenzen deutlicher denn je gefordert wird." (Geißler-Piltz 2009b, S. 13) Soziale Arbeit ist demnach dazu aufgefordert, eigene handlungspraktische Methodiken im klinischen Setting herauszuarbeiten, um im *interdisziplinären* Gefüge bestehen zu können und ihre Position noch weiter zu verdeutlichen. Denn Sozialarbeiter*innen laufen in solchen Handlungskontexten schnell Gefahr, dass ihre Aufgabenstellungen und Handlungsweisen durch

andere Professionen definiert werden. Aus diesem Grund sollten sie sich ihrer eigenen Aufgaben weiter bewusst werden (vgl. Bosshard et al. 2013, S. 76).[10] Nachfolgend stelle ich nun den derzeit bestehenden Forschungsstand bezogen auf die *Profession* und *Professionalität* Sozialer Arbeit unter dem Einbezug der *Interdisziplinarität* im klinisch-stationären sozialpsychiatrischen Kontext dar.

3. Forschungsstand und forschungsleitende Fragestellung

Im Forschungsfeld gibt es allgemein Veröffentlichungen, die die Herausforderungen für Soziale Arbeit in multiprofessionellen Handlungskontexten diskutieren (vgl. u.a. Thieme; Silkenbeumer 2017) und allgemeiner, was *Inter-* und *Transdisziplinarität* im Feld der Sozialen Arbeit bedeutet (Wider; Schmocker 2018/Silkenbeumer; Thieme; Kunze 2017/Preger 2008). Weiterhin gibt es Studien zu multiprofessioneller Zusammenarbeit von Sozialer Arbeit in anderen (pädagogischen) Settings (vgl. Labhart 2019/ Weltzien et al. 2016). Mit in der Regel handlungsbezogenen Themen von Sozialarbeit in der Sozialpsychiatrie beschäftigen sich einige Publikationen und Lehrbücher (vgl. u.a. Buttner; Pohlmann 2020/ Bischkopf et al. 2017/ Bösel et al. 2014/ Bosshard et al. 2013/ Pauls 2013). Bösel (2020) beschreibt in ihrer Dissertation die Integration von sozialarbeiterischen Interventionen in die stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung, wobei dies aus Sicht einer Medizinerin geschieht. Besonders im Fokus stehen hier die Belastungsfaktoren der Patient*innen und in welchen Bereichen Beratungen seitens Sozialarbeiter*innen stattgefunden haben (vgl. ebd., S. 1). Das Projekt „MESOP-Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen (Medizin, Soziale Arbeit und Pflege)“ ist der Frage nachgegangen, welches Wissen, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten jene drei Berufsgruppen benötigen, um ihre Kooperation in somatischen Gesundheitssettings auf das Wohl der „Patient*in“ hin auszurichten. Dazu sind u.a. die Curricula der/s betreffenden Ausbildung/Studiums mit dem Fokus auf *interdisziplinäre* Zusammenarbeit untersucht worden. Zudem haben sie Expert*innen aus Lehre und Praxis sowie Lernende diesbezüglich befragt. Auf Grundlage der getätigten Analysen haben sie neue *interdisziplinäre* Lehr- und Lernformen entwickelt und erprobt (vgl. Kaba-Schönstein; Kälble 2004).

Des Weiteren erfolgt ein grundlegender wissenschaftlicher Diskurs, in welchem die Rolle von Sozialarbeiter*innen im *interdisziplinären* Kontext der stationären Sozialpsychiatrie diskutiert wird (vgl. u.a. Bösel; Gahleitner; Pauls 2020/Pauls 2020/ Bock; Kluge 2017/ Bauer 2011). Weitere Forschungsarbeit zu *Interdisziplinarität* im Feld der klinischen Sozialpsychiatrie leisten bislang Carlin; Haas; Räth (2008) mit ihrer Bachelorarbeit zum Thema der *interdisziplinären* Zusammenarbeit und der Funktion der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. Der Fokus der Arbeit liegt hierbei u.a. auf der Positionierung und Kommunikation der verschiedenen *Professionen*, d.h. allgemeiner gesprochen auf der

[10] Für den bisher abgesteckten Handlungsbereich Sozialer Arbeit im klinischen, sozialpsychiatrischen Setting siehe 2.2.2.

Funktionsweise der *interdisziplinären* Zusammenarbeit mit dem Fokus auf Sozialer Arbeit. Portmann (2016) geht in ihrer Masterarbeit der Frage nach, welche Hürden und Komplikationen es in der *interdisziplinären* Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich geben kann. Hunkeler und Zekaj (2019) legen mit ihrer Bachelorthesis den Fokus auf die Frage, inwiefern Sozialarbeiter*innen Teil eines psychiatrisch *interdisziplinären* Teams sind, welche Aufgaben von eben diesen übernommen werden und wie sich ihr Wohlbefinden im eigenen Team äußert (vgl. ebd., II). An dieser Stelle ist wichtig darauf hinzuweisen, dass diese drei Qualifikationsarbeiten sowie die umfassende Studie von Sommerfeld et al. (2016) (s.u.) aus der Schweiz stammen, was die Frage nach der Etablierung des Forschungsfeldes und damit einhergehend den Stand der *Professionalisierung* von Sozialarbeitenden in der Sozialpsychiatrie in Deutschland aufwirft.

Die Auswirkungen, die das sozialpsychiatrische Umfeld auf das Professionsverständnis von Sozialarbeiter*innen hat, ist bislang nicht ausreichend erforscht. Bisher haben nur Sommerfeld et al. (2016) und Geißler-Piltz; Gerull (2009a) diesen Umstand beleuchtet. Nach Geißler-Piltz und Gerull (2009b, S. 9) findet Soziale Arbeit im Gesundheitswesen derzeit wenig Beachtung, was sie sich u.a. mit der „Einbettung in das medizinische Dominanzgeschehen […] erklären." (ebd.) In ihrer Studie haben sie zunächst eine quantitative Befragung mit dem Fokus auf Wissen und Kompetenzen sowie die damit einhergehenden Methoden von Sozialarbeiter*innen im Gesundheitswesen, durchgeführt. Anschließend haben sie dieses quantitative Vorgehen durch qualitative Leitfadeninterviews ergänzt. In den Interviews ist die Supervision als Praxisreflexion, berufliche Identität von Sozialarbeiter*innen im multiprofessionellen Setting und das Erforschen eines veränderten Wissensbegriffs in den Blick genommen worden (vgl. Gerull 2009a, S. 19). Unter den 16 befragten Fachkräften waren sechs aus dem Bereich der Psychiatrie (vgl. ebd., S. 22), was die These nahelegt, dass das Erforschen von Professionsverständnissen von Sozialarbeiter*innen speziell in der Sozialpsychiatrie unter Einbezug des *interdisziplinären* Settings bislang marginaler Bestandteil von Forschung ist. Bezogen auf die berufliche Identität Sozialarbeitender im Gesundheitswesen stellen die Autorinnen der Studie heraus, dass die Befragten explizit auf der Suche nach einer eigenen professionellen Identität sind. Es besteht zudem der Wunsch, das eigene Berufsbild stärker nach außen zu tragen und sich damit zu positionieren (vgl. Gerull 2009b, S. 123).

Quindel (2004) nimmt in seiner Dissertation das Selbstverständnis von Professionellen (Sozialpädagog*innen, Psycholog*innen und Ärzt*innen) der Sozialpsychiatrie mit Hilfe qualitativer Interviews in den Blick. Laut ihm ist der medizinische Diskurs nach wie vor dominierend gegenüber dem Sozialarbeiterischen, weshalb eine Gleichwertung in interprofessioneller Kommunikation zwischen den beiden Professionen noch nicht erreicht werden konnte (Quindel 2004 zit. n. Sommerfeld et al. 2016, S. 10). Sommerfeld et al. (2016, S. 5) stellen zwei Hauptmerkmale Sozialer Arbeit im sozialpsychiatrischen Handlungsfeld fest: Zum einen schreiben sie Sozialer Arbeit eine hohe Relevanz zu, zum

anderen heben sie einen „wenig ausgebaute[n] Status einer professionellen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie“ (ebd.) hervor. Mit dieser Einschätzung wird deutlich, dass die Professionalisierung in der Sozialpsychiatrie bislang noch nicht abgeschlossen ist. Diese beiden getätigten Aussagen sind aus zwei ihrer qualitativen Forschungsarbeiten (vgl. Sommerfeld; Hollenstein; Calzaferri 2011/Sommerfeld; Hollenstein; Krebs 2008) hervorgegangen (vgl. Sommerfeld et al. 2016, 5f.). In beiden Projekten ist deutlich geworden, dass die sozialen Dimensionen als sehr wichtig angesehen werden, gleichzeitig jedoch recht wenig Beachtung finden. Die Vermittlung anschließender Lösungen, Wohnformen o.ä. und die Auseinandersetzung mit Sozialversicherungen sollen bislang jene Dimensionen abdecken, was von den Autor*innen als rudimentäre Betrachtungsweise erachtet wird (vgl. ebd., S. 6), so auch Quindel (2004). Die Autor*innen gehen sogar so weit, dass sie Soziale Arbeit als *Hilfsprofession* (vgl. auch Sommerfeld & Rüegger 2013) ansehen, die zwar von den etablierten Disziplinen geschätzt wird, jedoch lediglich in dem Rahmen, in welchem diese es für sinnvoll erachten (vgl. Sommerfeld et al. 2016, S. 11). Als Unterstreichung ihrer eigenen Forschungsergebnisse führen sie weitere Projekte mit ähnlichem Ergebnis an (vgl. Carigiet, 2004; Crefeld, 2005; Homfeldt & Sting, 2006). Auf dem Weg zu einer ebenbürtigen Profession im interprofessionellen Hilfesystem sind daher noch viele Schritte nötig. Die Autor*innen selbst sehen u.a. eine *konsolidierte Wissensbasis* als Teil des Professionalisierungsprozesses an (vgl. Sommerfeld et al. 2016, S. 13). An die Frage nach *Professionalisierung* vor dem Hintergrund der *Interdisziplinarität* in der Sozialpsychiatrie knüpft die vorliegende Forschungsarbeit an. Wie eingangs beschrieben gibt es zahlreiche Stimmen, die der Meinung sind, dass die *Professionalisierung* Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie noch nicht abgeschlossen ist (vgl. u.a. ebd.). Greding hat diesen Umstand vor ca. 20 Jahren auch auf die bestehenden hierarchischen Strukturen im Feld der Klinischen Sozialarbeit bezogen (vgl. Gredig 2000 zit. n. Bauer 2011, S. 351). Inwiefern diese strukturelle Einschätzung auch 20 Jahre später noch gilt, soll untersucht werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es besonders einen Diskurs zu den Handlungsweisen Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie gibt. Auch gibt es einen grundlegenden Diskurs zu *interdisziplinären* Handeln Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen – rudimentär auch im Feld der Sozialpsychiatrie. Was jedoch bislang wenig Beachtung findet, ist die Wechselwirkung zwischen *Interdisziplinarität* und *Professionalität* Sozialer Arbeit in der klinisch-stationären Sozialpsychiatrie. Die damit einhergehende Positionsbestimmung und *Professionalisierung* Sozialer Arbeit in diesem Handlungskontext scheint bislang noch nicht abgeschlossen und die eigenen Wahrnehmungen Sozialarbeitender auf ihr *interdisziplinäres* Handeln nicht umfänglich erforscht. Dieses aufgezeigte Desiderat will die vorliegende Arbeit - im Umfang einer Bachelorthesis - mittels explorativer Empirie in den Blick nehmen. Daraus ergibt sich die folgende zentrale, forschungsleitende Fragestellung: *Wie reflektieren Sozialarbeiter*innen interdisziplinäre Zusammenarbeit vor dem Hintergrund der eigenen Profession?* Die empirische Annäherung und methodische Fundierung werde ich nun im folgenden Kapitel (4.) eruieren.

4. Empirie

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit verschreibe ich mich den häufig angeführten, geläufigen Gütekriterien der *Reliabilität, Validität* und *Repräsentativität* (vgl. hierzu 4.1.2). Im Sinne qualitativer Forschung, wird *Reliabilität* hier u.a. durch Überprüfung einer gefundenen Interpretation an anderen Ausschnitten oder Texten hervorgerufen (vgl. Flick 2014, S. 492). Mit der kontinuierlichen Dokumentation des Forschungsprozesses sowie der genauen Beschreibung, wie die Daten entstanden sind, soll die *Reliabilität* erhöht werden (vgl. ebd.) Es geht demnach weniger – wie es in der quantitativen (Sozial-)Forschung verfolgt wird – um Wiederholbarkeit der Forschung (vgl. Strübing 2014, S. 81). Das Kriterium der *Validität* bestimmt sich vor allem dadurch, inwieweit die „Konstruktionen des Forschers [sic!] in den Konstruktionen derjenigen, die er untersucht hat, begründet sind." (Flick 2014, S. 493) Transparenz dessen sowie die Schlüssigkeit der Interpretationen tragen zur *Validität* bei (vgl. ebd.). Mit diesen Kriterien als Grundlage für die Methodik, werde ich jene nun explizieren.

4.1 Methodisches Vorgehen und Forschungsprozess

Als Forschungsarbeit, die einem qualitativen, theoriegenerierenden Verfahren nachgeht, sollen zunächst die grundlegenden Charakteristika qualitativer (Sozial-)Forschung sowie das zugrunde liegende Erkenntnisinteresse dargelegt und die Arbeit im interpretativen Paradigma verortet werden (4.1.1). Anknüpfend daran werde ich den Zugang zum Feld, das Sample und das Forschungsfeld (4.1.2) näher beleuchten. Hier finden auch die eigenen Erfahrungen aus dem Feld als *experiential data* (vgl. Strauss 1987, S. 10f.) Beachtung.

Warum die Erhebungsmethode der leitfadengestützten Expert*inneninterviews in Form von offenen Interviews ausgewählt worden ist und welche Systematik diesen zugrunde liegt, wird in Kapitel 4.1.3 eruiert. Hier wird u.a. auch meine Position als Forschende in den geführten Interviews reflektiert. Da die eigene Reflexivität der Forscher*in generell expliziter Bestandteil des Forschungserkenntnisses in der qualitativen Sozialforschung ist, und „[d]ie Reflexionen des Forschers [sic!] über seine Handlungen und Beobachtungen im Feld, seine Eindrücke […] zu Daten, […] in die Interpretationen einfließen" (Flick 2014, S. 29), soll diese kontinuierliche Prozessreflexion unter 4.1.2, 4.1.3 und 4.1.4 im Rahmen der *Grounded Theory* tiefgreifender beleuchtet werden. In diesem Kapitel wird auch die *GT* als Auswertungsmethode mit ihren methodischen Vorgehensweisen beschrieben. Diese hat sich vor allem wegen des iterativen Vorgehens und dem Fokus auf eine im Datenmaterial begründete Theoriegenerierung, sowie der Kompatibilität mit dem zugrundeliegenden Erkenntnisinteresse (siehe 4.1.1), als besonders geeignet herausgestellt. Mit dem Vorgehen konnten zugrundeliegende Konzepte zur eigenen Professionswahrnehmung der Fachkräfte – jenseits der Deskriptionsebene – abstrahiert und durch die gegenseitige Inbezugnahme zu einer in sich schlüssigen Theorie generiert werden.

4.1.1 Qualitative Sozialforschung: Erkenntnisinteresse und das interpretative Paradigma

Aufgrund des lückenhaften Forschungsstandes und der erkenntnisoffenen Fragestellung, die auf Theoriegenerierung abzielt, erfolgt diese Forschung als qualitative, explorative Sozialforschung. Im Wissenschaftskontext Sozialer Arbeit ist die Arbeit durch den Fokus auf das eigene professionelle Selbstverständnis der befragten Fachkräfte dem Bereich der Professionsforschung zuzuschreiben.

Es geht insbesondere darum, durch die Möglichkeiten qualitativer Forschung, die subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen der praktizierenden Sozialarbeiter*innen in der klinisch-stationären Sozialpsychiatrie in Hinblick auf ihr eigenes Professionsverständnis in *interdisziplinären* Handlungszusammenhängen herauszuarbeiten. Das heißt, es soll das inhärente Professionsverständnis der Praktiker*innen im *interdisziplinären* Arbeitskontext rekonstruiert werden. Laut Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014, S. 12) ist das Verhältnis qualitativer Methoden zum eigentlichen Gegenstand per se rekonstruktiv. Denn im Alltag laufen bereits implizit Konstruktionen durch die handelnden Subjekte, sogenannte Konstruktionen ersten Grades[11] ab, welche zunächst von den Forscher*innen nachvollzogen werden müssen. Diese alltäglichen Konstruktionen können dann in einem zweiten Schritt von den Forschenden zu wissenschaftlichen Typen und Theorien weiterentwickelt werden. Schütz bezeichnet diese, laut Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014, S. 13), als Konstruktionen zweiten Grades. Das heißt die Forschenden versuchen hier die bereits vollzogenen Sinnkonstruktionen der Handelnden zu rekonstruieren (vgl. ebd.).

Als explorativ kann diese Studie angesehen werden, da es bislang nur rudimentäre Erkenntnisse über die Wechselwirkung von *Interdisziplinarität* und *Professionalität* im Kontext klinisch-stationärer Sozialpsychiatrie gibt und die Feldforschung somit einen explorativen Charakter annimmt, was besonders die interpretative Sozialforschung leisten kann (vgl. Rosenthal 2015, S. 18f.). Mit dem Anspruch des subjektorientierten Sinnverstehens verpflichten sich die meisten qualitativen Verfahren, wie auch diese Bachelorthesis, dem interpretativen Paradigma. Eine der zentralen Annahmen dessen liegt darin begründet, dass vor allem die subjektiven Interpretationsleistungen der handelnden Individuen – weniger die über derer stehenden Strukturen – soziale Ordnung erschaffen (vgl. Krumm 2019, S. 35.). Die per se bereits interpretierte Sozialwelt (s.o.) ist demnach das, was interpretativ forschende Sozialwissenschaftler*innen interessiert (vgl. ebd., S. 40). Krumm (ebd., S. 35f.) führt in diesem Zusammenhang das von Max Weber geprägte Verständnis sozialer Wirklichkeit an: „Soziale Wirklichkeit […] ist kein objektiv zu messender Sachverhalt, sondern lässt sich nur über das Verstehen des subjektiven Sinns sozialer Handlungen erschließen.“ Die Autorin sieht qualitative Vorgehensweisen methodologisch zum einen in jener Hermeneutik verankert, zum anderen auch im *symbolischen Interaktionismus* (vgl. ebd. 36). Soziale Wirklichkeit entsteht demnach durch dialektische Prozesse,

[11] Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014, S. 12) beziehen sich hier in ihrer Ausführung auf Schütz (1971 [1932]).

wie das gemeinsame Handeln, Sprechen und Denken (vgl. Griese; Griesehop, S. 49). Nach dem interpretativen Paradigma erzeugt der Mensch also „[soziale Wirklichkeit] in Interaktion mit anderen." (Rosenthal 2015, S. 15) Dabei ist die soziale Wirklichkeit bedingt durch die Kommunikation des Forschungshandelns und die kontextuellen Bedeutungszuschreibungen (vgl. Hoffmann-Riem 1994, S. 31f.). Die *Ethnomethodologie*, die laut Hoffman-Riem neben dem *symbolischen Interaktionismus* die Grundlage von (interpretativer) Sozialforschung darstellt (vgl. ebd., S. 26), versucht empirisch Techniken zu rekonstruieren, anhand derer Individuen Wirklichkeit erzeugen (vgl. Misoch 2019, S. 10) und „wie soziale Ordnung durch Interaktion hergestellt werden kann." (vgl. ebd.) Laut Hoffmann-Riem (1994, S. 28f.) dient die ständige Konzeption von Wirklichkeit durch das handelnde Subjekt als Zugang zu gesellschaftlichen Tatsachen in der interpretativen Sozialforschung. So verhilft der Fokus auf das Subjekt bzw. die Subjektivität, mittels derer Sinnkonstruktionen entstehen, als Annäherung an soziale Wirklichkeit (vgl. Krumm 2019, S. 36f.). „Will man die Wirklichkeitskonstruktionen der Menschen Schicht für Schicht freilegen, muss man das Subjekt in den Mittelpunkt stellen. Dieses Subjektive ist jedoch immer ein Vergesellschaftetes, sodass sich im Subjektiven das Objektive ablesen lässt." (Misoch 2019, S. 7)

Zentral für interpretative Verfahren sind das *Prinzip der Offenheit* sowie das *Prinzip der Kommunikation* (vgl. Hoffmann-Riem 1994, S. 30). Ersteres besagt, dass „die theoretische Strukturierung des Forschungsgegenstandes zurückgestellt wird, bis sich die Strukturierung des Forschungsgegenstandes durch die Forschungssubjekte herausgebildet hat." (vgl. ebd.) Das verdeutlicht die Tatsache, dass in der interpretativen Sozialforschung auf vorher generierte Hypothesen in der Datengewinnung verzichtet wird (vgl. Rosenthal 2015, S. 40). Das *Prinzip Kommunikation* hingegen besagt, dass eine Kommunikationsbeziehung zwischen Forscher*in und Forschungssubjekt unerlässlich für den Zugang bedeutsamer Daten, und die Art der Beziehung ausschlaggebend für die Tiefe der Datengewinnung ist (vgl. ebd., S. 36). Dieses Prinzip soll unter 4.1.3 ausführlichere Beachtung finden.

Rosenthal (2015, S. 14f.) ordnet dem interpretativen Paradigma auch die *Grounded Theory* nach Glaser und Strauss (1967)[12] zu. Auf Grund dessen, dass jene Methodik (siehe Kapitel 4.1.4) auch in der vorliegenden Thesis Anwendung findet und das Erkenntnisinteresse in der Rekonstruktion der sozialen Wirklichkeit der befragten Sozialarbeiter*innen bezogen auf ihr eigenes Professionsverständnis liegt, ist diese Forschungsarbeit eindeutig dem interpretativen Paradigma zuzuordnen. Denn „[i]nterpretative Methoden ermöglichen es, auf […] Phänomene […] einen anderen Blick zu werfen und die Wirkungszusammenhänge und latenten Sinngehalte [sprich das implizite Wissen; AS] am konkreten Einzelfall zu rekonstruieren." (ebd., S. 19) Gleichzeitig ist es wichtig, sich als Forscher*in dessen

[12] In der vorliegenden Arbeit beziehe ich mich besonders auf die deutsche, nachgedruckte Fassung von Glaser und Strauss (2008) [1967], sowie die Arbeiten von Strauss aus den Jahren 1987 und 1998.

bewusst zu sein, dass trotz umfänglicher Reflexionen, das eigene habituelle Wissen stets Teil des Interpretationsprozesses sein wird (vgl. ebd., S. 21).

Die Kompatibilität des Forschungsfeldes der Sozialpsychiatrie sowie qualitativer Verfahren, ist besonders durch das beidseitige Interesse an Individualität, dem Subjekt und seinem sozialen Kontext gegeben (vgl. Krumm; Kilian; Löwenstein 2019, S. 9). Ferner „[sind] [b]eide […] aufgrund ihrer prinzipiellen Offenheit gegenüber Neuem […] an der Überwindung tradierten Wissens interessiert." (ebd.) Um dem bereits beschriebenen *Prinzip der Offenheit* gerecht zu werden, ist eine kontinuierliche Reflexion bestehender Vorannahmen notwendig, um nicht „den Blick auf soziale Wirklichkeit [zu] verstellen, die diesen Erwartungen widersprechen könnte." (Krumm 2019, S. 34) Dies war besonders durch die eigene Felderfahrung der vorliegenden Forschung zwingend erforderlich, um bereits bestehende Annahmen zum Handlungsfeld nicht auf die Befragten zu projizieren. Anschließend werde ich nun das Forschungsfeld, den Feldzugang und das Sample beleuchten.

4.1.2 Forschungsfeld, Sample und Zugang zum Feld

Wie bereits einleitend dargelegt, ist die klinisch-stationäre Sozialpsychiatrie das zu erforschende Feld dieser Studie. Dieses *interdisziplinär* geprägte und historisch gewachsene Arbeitsfeld bringt für Forschungsabsichten im Bereich der Sozialen Arbeit unterschiedliche Herausforderungen mit sich. Zum einen eine begrenzte Anzahl klinisch-stationärer Psychiatrien im Bundesgebiet, und zum anderen die geringe Anzahl dort angestellter Sozialarbeitender. Diese beiden Faktoren haben die Zahl potenzieller Interviewpartner*innen stark limitiert. Da sich die Sozialarbeitenden, wie in vielen Handlungsfeldern, in einem herausfordernden, zeitintensiven Arbeitskontext wiederfinden, bleibt zudem wenig Raum für Interviews. Diesen Effekt hat die bestehende Corona-Pandemie noch verstärkt.

Jedoch hatte ich, wie bereits erwähnt, Anknüpfungspunkte durch eigene Felderfahrungen im Rahmen des Praxissemesters im Studium der Sozialen Arbeit. Dieser Umstand bringt auch eine Vorprägung beziehungsweise eine entwickelte Wirklichkeitskonstruktion in Hinblick auf das Handlungsfeld mit sich. Durch diese *experiential data* (vgl. Strauss 1987, S. 10f.) ist nicht nur der Blick auf die Akteur*innen in der Sozialpsychiatrie, sondern auch der Blick auf das Datenmaterial, die Analyse und folglich auch die daraus generierte Theorie immanent. Laut Strauss sind *experiential data* jedoch für den Prozess der Theoriegenerierung existenziell, denn sie verhelfen dazu, eine konzeptionell dichte Theorie entstehen zu lassen, gleich wenn die getätigte Interpretation der Daten nicht die einzig mögliche ist. Jedoch verhilft die durch die *experiential data* hervorgerufene *theoretical sensitivity* dazu, eine plausible, nützliche Theorie zu entwickeln, die ihre eigene weitere Überprüfung und Ausarbeitung ermöglicht (vgl. ebd., S. 11). Dieses bestehende Hintergrundwissen sollte im Prozess der interpretativen Sozialforschung stetig thematisiert werden, um so mögliche Interpretationen kontrollieren zu können und sie nicht als Rahmen der Forschung zu nutzen (vgl. Hoffmann-Riem 1994, S. 33f.).

Während des Praxissemesters war es mir möglich, Eindrücke über die Berufspraxis, die Arbeitsweise und die Sicht der dort tätigen Sozialarbeiter*innen zu gewinnen. So habe ich erlebt, wie der tägliche Klinikalltag aussieht, wie Sozialarbeiter*innen darin eingebunden werden und welche Sicht auf die Adressat*innen besteht. Für mich ist sichtbar geworden, dass klinische Nachsorge sowie pädagogische (Gruppen-)Tätigkeiten besonders zu ihren Aufgabenbereichen zählen. Ich habe die Praktizierenden stets in einem *interdisziplinär* geprägten Umfeld erlebt, was nicht nur Einfluss auf ihre Art zu arbeiten hatte, sondern aus meiner Sicht auch auf das Beziehungshandeln mit den Adressat*innen. Durch diese gesammelten Erfahrungen war es vor Beginn der Datenerhebung im Feld wichtig, mit Hilfe von Memos jene Eindrücke reflektierend niederzuschreiben, um die eigenen Annahmen sichtbar zu machen. Diese Memos - im Sinne der *GT* - habe ich im gesamten Verlauf der Forschung angefertigt, um u.a. Eindrücke, Fragen und bereits entwickelte Kodes niederzuschreiben (vgl. Strauss 1987, S. 22). Nur so konnte ich einen Blick aufs Feld erlangen, der nicht von Überprüfung, sondern vielmehr von Exploration geprägt ist und dem geforderten *Prinzip der Offenheit* (vgl. u.a. Krumm 2019, S. 34) gerecht werden konnte.

Neben den eingangs beschriebenen Herausforderungen im Forschungsfeld, hatten auch meine eigenen geringen Vorerfahrungen und die durch die Rahmung als Abschlussarbeit zeitlich abgesteckten Begrenzungen, Auswirkungen auf das Sampling. So war es nicht möglich, wie eigentlich nach dem *Theoretical Sampling* der *GT* gefordert, Datenerhebung und Auswertung zu kombinieren. Idealtypisch wäre es, bereits während der ersten Datenerhebung, sprich dem ersten geführten Interview, parallel mit der Analyse der Daten zu beginnen und währenddessen zu erarbeiten, welche Person für eine nächste Befragung benötigt wird (vgl. Przyborski; Wohlrab-Sahr 2014, S. 200). Wissentlich dessen, dass die hier vorgestellte Herangehensweise diesem Grundprinzip der *GT* widerspricht, soll nun auf weitere Merkmale des *Theoretical Sampling*, eingegangen werden.

Das *Theoretical Sampling* beschreibt den Prozess der Personenauswahl wie folgt: Das Sampling ist kontinuierlich an der „Entwicklung von Konzepten und Kategorien orientiert. Das bedeutet, dass lediglich der erste Zugang ins Feld, […] sich an den ‚klassischen' Untersuchungseinheiten wie Personen, Organisationen, Gruppen etc. orientiert." (ebd.) Das heißt im Umkehrschluss, dass die erste Interviewpartner*in mit einem bestimmten Erkenntnisinteresse ausgewählt wird. Die weitere Auswahl orientiert sich, durch die kontinuierlich parallel ablaufende Datenerhebung und -analyse, an den bereits erfassten Konzepten und Kategorien. Es wird also nach Ereignissen, Rahmenbedingungen etc. gesucht, die zur *theoretischen Sättigung* der bereits bestehenden Konzepte beitragen können (vgl. ebd.). *Theoretische Sättigung* tritt laut Glaser und Strauss bei paralleler Datenerhebung und Analyse dann ein, wenn „keine zusätzlichen Daten mehr gefunden werden können, mit deren Hilfe der Soziologe [sic!] weitere Eigenschaften der Kategorie entwickeln kann." (Glaser; Strauss 2008, S. 69)

Diese *theoretische Sättigung* habe ich im (zeitlichen) Rahmen meiner Bachelorarbeit nicht erreichen können. Denn zum einen ist die Dialektik aus Datenerhebung und -auswertung nicht gegeben, zum anderen habe ich eine Sättigung der einzelnen Kategorien im Sinne von Glaser und Strauss unter den genannten Bedingungen nicht erzielen können. Des Weiteren sind die Interviewpartner*innen nicht im Sinne des *Theoretical Samplings* ausgewählt worden, sondern – einem gewissen Forschungspragmatismus folgend – durch verschiedene Kontakte ins Feld, wodurch das Sampling von eher willkürlicher Natur ist. Trotz der zunächst gering scheinenden Anknüpfungspunkte zu praktizierenden Fachkräften, konnte ich im Verlauf der Akquise mit den erfreulicherweise steigenden Zahlen potenzieller Interviewpartner*innen entscheiden, wer für ein Interview in Frage kommt. Daher habe ich in meiner Auswahl versucht, eine möglichst große Heterogenität bezogen auf biographische und demographische Gegebenheiten zu erlangen. So konnte ich gewährleisten, dass die Wirklichkeitskonstruktionen der Professionellen, bezogen auf ihre Professionswahrnehmung im *interdisziplinären* Umfeld, möglichst divers erscheinen, was der Dichte der Theorie zuträglich ist.

In diesem Zusammenhang sollte angebracht werden, dass sich die interpretative Sozialforschung generell, anders als die quantitative Sozialforschung, keinem Repräsentativitätsanspruch, sondern spezifischen Untersuchungen im alltäglichen Handeln verschreibt (vgl. Rosenthal 2015, S. 22). Der Anspruch liegt also nicht in einer statistischen *Repräsentativität*, sondern vielmehr in der k*onzeptuellen Repräsentativität*, d.h. der „möglichst umfassende[n] und hinreichend detaillierte[n] Entwicklung der Eigenschaften von theoretischen Konzepten und Kategorien." (Strübing 2014, S. 32)

Mit diesem Anspruchshandeln als Hintergrund setzt sich die Auswahl der Interviewpartner*innen wie folgt zusammen:

Um die erste Interviewpartner*in zu akquirieren, habe ich durch persönlichen Kontakt zum Vorstand der „Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)" das Forschungsanliegen verbreiten können, woraufhin sich eine Dipl. Sozialarbeiterin zurückgemeldet hat, die bereits seit über 20 Jahren im Arbeitsfeld und seither in derselben Klinik beschäftigt ist. Sie arbeitet heute als Leiterin des Sozialdienstes in einer psychiatrischen Akutklinik im Norden Deutschlands. Während ihrer langjährigen Tätigkeit war sie vor allem für stationäre Bereiche der Klinik zuständig und ist nun seit einigen Jahren für den ambulanten Bereich tätig. Durch diesen zeitlichen Abstand zum Stationären, kann sich ihr Blick und ihre Darstellung darauf verändert haben. Jedoch ist während des Interviews sichtbar geworden, dass weniger die tatsächliche Art des Settings im Mittelpunkt steht, sondern vielmehr die eigene Tätigkeit in der Sozialpsychiatrie.

Da eine anschließende Weitervermittlung an andere Interviewpartner*innen – im Sinne eines *Snowball-Samplings* (vgl. Przyborski; Wohlrab-Sahr 2014, S. 184) – nicht möglich war, habe ich parallel bereits Kontakt zur Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) aus meinem eigenen Praxissemester aufgenommen. Die mir persönlich bekannte, dort beschäftigte Sozialarbeiterin war zeitlich stark

eingespannt, weshalb ich stattdessen eine Kollegin für ein Interview gewinnen konnte. Diese war mir unbekannt, jedoch habe ich durch die persönliche Beziehung zur Einrichtung schnell eine lockere Interviewbeziehung herstellen können. Auch sie ist bereits seit über 20 Jahren, nach Beendigung ihrer Erzieher*innenausbildung und ihres Studiums der Sozialen Arbeit, in dieser Klinik tätig. Sie ist im Sozialdienst für verschiedenste ambulante, jedoch vor allem stationäre Settings zuständig. Dadurch, dass ich als Interviewerin jene Strukturen und teilweise genannten Personen kenne, liegt es nahe, dass Beschreibungen und Ausführungen sich an diesen Wissensstand angepasst haben. Das heißt die eigene Beziehung zur Einrichtung hat das Interview in seiner Dynamik beeinflusst.

Auch hier war, u.a. bedingt durch die Teamgröße, eine Weitervermittlung nicht möglich. Jedoch hat sich durch eine Mitstudierende ein Interview mit einer Fachkraft aus einer offenen KJP ergeben. Dieser Interviewpartner ist durch seinen damaligen Zivildienst in die Einrichtung gelangt, in welcher er auch heute noch seit ca. 10 Jahren angestellt ist. Sein damaliges Ziel war nicht die Tätigkeit im sozialen Bereich, sondern vielmehr der Journalismus, doch hat ihn der Zivildienst für jenes Arbeitsfeld begeistert. Daher hat er sich nach eben jenem für eine Erzieherausbildung und parallel ein Studium der Sozialen Arbeit entschieden und währenddessen in der ihm bekannten offenen KJP gearbeitet. Heute studiert er einen Master im Bereich des „Clinical Case Management“, was seine Reflexion und Positionierung zur Einrichtung in seinen Erzählungen durch die bestehende theoretische Unterfütterung vermutlich verändert.

Die beiden in der KJP tätigen Interviewpartner*innen sind in Westdeutschland tätig. Sie vereint, dass sie nach dem Abschluss ihrer Ausbildung bzw. Studiums fast nahtlos in der jetzigen Einrichtung arbeiten. Dieser Umstand beeinflusst sicherlich die Identifizierung mit eben jener und folglich ihre Eigenwahrnehmung im Teamgefüge der Klinik. Außerdem sind sie eher ungeplant nach ihrer (Schul-)Ausbildung ins Handlungsfeld gelangt. Auch dieser zufällige Feldzugang, welchen sie mit der zuletzt befragten Interviewpartnerin teilen, prägt sicherlich nachhaltig ihre Sicht auf das Feld.

Der Kontakt zur vierten und letzten Interviewpartnerin aus dem Süden Deutschlands konnte durch einen privaten Kontakt in ein psychiatrisches Kliniknetzwerk hergestellt werden. Eine dort tätige Ergotherapeutin ist mit dem Forschungsanliegen an die im Klinikverband tätigen Sozialpädagog*innen herangetreten, woraufhin sich eine Sozialpädagogin für ein Interview bereiterklärt hat. Nach der Kontaktaufnahme hat sich herausgestellt, dass wir uns über Ecken noch aus früherer Zeit kennen, was zu einem lockeren Interviewrahmen geführt hat. Zwar besteht keine persönliche Beziehung, sicherlich führte es aber an der ein oder anderen Stelle zu einer veränderten Darstellungsweise der Sachverhalte.

Durch den ungeplanten Feldzugang hat sie sich viel fachliches Wissen während der Zeit in dieser Klinik angeeignet, was zu einer erhöhten Identifizierung mit der Einrichtung geführt haben kann und ihre Sicht auf die Adressat*innen vermutlich – wie auch bei der zweiten und dritten befragten

Fachkraft – stark durch das der Klinik geprägt ist. In jener Einrichtung ist sie seit ca. sieben Jahren tätig. Zunächst war sie für ein Jahr auf einer Akutstation als Sozialpädagogin zur Krankheitsvertretung, nun ist sie seit ca. sechs Jahren in einem ambulanten Setting der Trägerschaft tätig. Ähnlich wie bei der ersten Interviewpartnerin kann auch hier die Darstellung auf den stationären Bereich ein anderer sein als bei den Beiden, die derzeit dort tätig sind. Wie ich die Interviews aufgebaut und weshalb ich die gewählte Form genutzt habe, wird im nächsten Kapitel beleuchtet und eruiert.[13]

4.1.3 Offene Expert*inneninterviews als Erhebungsmethode

„Der Anspruch an offene Erhebungsverfahren ist, dass wir diese nicht entsprechend unseren Vorannahmen strukturieren, sondern sie so weit als möglich offen gestalten.“ (Rosenthal 2015, S. 52) Das heißt, dass die anfangs bestehenden Hypothesen zurückgestellt werden sollen, um eine entdeckende Haltung neuer Phänomene, während der Erhebungsphase zu ermöglichen. Das fordert auch das *Prinzip der Offenheit* (vgl. ebd.), wie unter 4.1.1 angeführt.

Diesem Prinzip folgend, habe ich mich für offene Expert*inneninterviews mit impulsgebenden Leitfragen, jedoch keinem klassischen Leitfaden als solchen, entschieden. Damit ist es mir möglich, die Sichtweise der Fachkräfte auf das Thema der *Professionalität* im *interdisziplinären* Klinikkontext zu erfahren. Diese Art des Perspektivwechsels ist das Ziel offen geführter Interviews. Sie können zudem verdeutlichen, weshalb eine bestimmte Perspektive eingenommen wird, wie sie entstanden ist oder auch im Interview dargelegt wird (vgl. Rosenthal 2015, S. 151). "Ein als offen bezeichnetes Interview zeichnet sich dadurch aus, dass im Unterschied zu einem Fragebogen oder einem standardisierten Interview dem Interviewten [sic!] eine aktive Rolle im Gesprächsablauf ermöglicht wird.“ (vgl. ebd., S. 151) Der Gesprächsverlauf orientiert sich dabei am Gesagten der befragten Person (vgl. ebd., S. 151f.).

Die Zielsetzung offener Interviews stimmt mit dem Erkenntnisinteresse der vorliegenden Forschung überein. Mit dieser Erhebungsmethode ist das Sichtbarmachen von Wahrnehmungen Sozialarbeitender auf ihre *Profession* im *interdisziplinären* sozialpsychiatrischen Kontext möglich. Denn diese Interviewform macht Aussagen jenseits der Informationsebene sichtbar, d.h. auf einem abstrakteren Niveau. Jenes erhöhte Potenzial im Abstraktionsniveau ermöglicht auch die gewählte Auswertungsmethode - die *Grounded Theory* (siehe 4.1.4). Mit dieser Methode werden Verschränkungen verschiedener Konzepte sichtbar, die auf einem abstrakteren Interpretationsniveau Schlüsselkategorien erkennbar werden lassen. Diese Kompatibilität von Erhebungs- und Auswertungsmethode stellt die Legitimationsgrundlage der getroffenen Methodenauswahl dar. Die Art des offenen Interviews in Form von *Expert*inneninterviews* zu wählen, liegt durch das Erkenntnisinteresse, Sichtweisen

[13] Durch den teilweise geringen Altersunterschied beim dritten Interview und die persönliche Verknüpfung bei der letzten Interviewpartnerin, hat sich das Duzen sehr natürlich ergeben. Bei den anderen beiden Interviewpartnerinnen war es gleichzeitig eindeutig, dass das Interview in der Sie-Form abgehalten wird.

professioneller Fachkräfte der Sozialen Arbeit zu erfahren, nahe. Durch das *Expert*inneninterview* kann von der Expert*in Wissen geteilt werden, das in geschriebener Form so nicht auffindbar ist (vgl. ebd., S. 122).

Die Kommunikationsbeziehung zwischen Interviewer*in und Befragtem*r ist dabei – dem *Prinzip der Kommunikation* folgend (vgl. 4.1.1) – wesentlich für den Forschungsprozess. Es wird anders als bei einem standardisierten Vorgehen nicht als Störelement betrachtet (vgl. ebd., S. 152), sondern jene Beziehung bestimmt die Tiefe der Datengewinnung (vgl. Hoffman-Riem 1994, S. 36). Einer konstruktivistischen Perspektive folgend, „[w]ird das Interview nicht als eine Form verstanden, in der einfach Informationen abgeholt werden, sondern als eine Form der gemeinsamen sozialen Produktion sozialer Wirklichkeit durch Interviewer und Befragten." (Rosenthal 2015, S. 152) Im Verlauf der Datenerhebung hat sich gezeigt, wie eine lockere Gesprächsatmosphäre dazu beigetragen hat, dass die Befragten tiefer ins Erzählen einsteigen konnten. Beispielsweise habe ich im ersten geführten Interview – bedingt durch geringe Vorerfahrungen und damit einhergehende Unsicherheiten - häufiger Zwischenfragen gestellt, die teils lenkender Natur waren, wodurch ich das Gesagte der Interviewpartnerin stärker strukturiert habe. Dennoch sind implizite Wissensbestände über ihr Professionsverständnis im *interdisziplinären* Handlungskontext, wie auch bei den anderen Interviewten, sichtbar geworden. Um diese impliziten Wissensbestände hervorzurufen, habe ich mich vor Beginn der Konzeption der impulsgebenden Leitfragen gegen ein konkretes Fragestellen zur *Interdisziplinarität* entschieden. Mit diesem Vorgehen konnte ich erreichen, dass Strukturen und Wechselbeziehungen bezogen auf den *interdisziplinären* Kontext stärker sichtbar werden.

Um dem offen geführten Expert*inneninterview ein Gerüst zu geben, habe ich mich an dem Vorschlag von Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014, S. 121ff.) zur Durchführung von Expert*inneninterviews orientiert und dabei gleichzeitig die bereits explizierten Prinzipien interpretativer Gesprächsführung berücksichtigt.[14] Dem *Kriterium der Offenheit* folgend sollte am Anfang der offenen Interviews[15] eine narrative Eingangsfrage gestellt werden, um dem Effekt strukturierter Fragen, welche meist kurze Antworten mit sich bringen, entgegenzuwirken. Durch diese unvorhersehbare Eingangserzählung muss ich als Interviewerin spontan reagieren und kann so keinem starren Leitfaden folgen (vgl. ebd., S. 128). Das hat auch zur Folge, dass sich das Interview an der befragten Person orientiert, was – wie bereits erwähnt – zentrales Element der Gesprächsführung nach dem interpretativen Paradigma ist. An einen offenen Frageimpuls sollen dann thematische, explizitere Nachfragen anschließen (*Kriterium der Spezifizität*). Wenn der Themenblock angemessen beleuchtet worden ist, kann mit einer neuen, offenen Frage zu einem Nächsten übergeleitet werden. Dabei sollte das Prinzip

[14] Für die genauen Erzählimpulse siehe Anhang.

[15] Przyborski und Wohlrab -Sahr sprechen hier zwar von „Offenen Leitfadeninterviews“, das Vorgehen kann jedoch auf meine offen geführten Interviews mit impulsgebenden Leitfragen übertragen werden.

verfolgt werden, dass die Sachverhalte nach den *Kriterien der Kontextualität und der* Relevanz geschildert werden können. Abschließend sollte das Interview mit einer Frage, die auf Evaluation oder kontroverse Erörterungen zielt, beendet werden (vgl. ebd., S. 128f.).

Wichtig ist, dass der Leitfaden[16] in der Interviewsituation flexibel genutzt wird und eine generelle Offenheit zur spontanen Umstrukturierung des Interviews besteht. D.h. wenn Fragen bereits erläutert werden, die erst später vorgesehen sind, diese nicht nochmals aufzugreifen oder Themen, die ungeplant auftreten und für die Befragte von hoher Relevanz sind, aufzunehmen. Nur so können die Relevanzstrukturen sichtbar gemacht werden, die im Nachgang die Interpretation der Interviews ermöglichen (vgl. ebd., S. 130). Beim offenen Leitfadeninterview „[g]eht [es] darum, bestimmte Sachverhalte und Problemsichten in ihrem situativen Kontext und ihrem Sinnzusammenhang zu verstehen bzw. zu rekonstruieren." (ebd., S. 131) Diese Agilität in der Interviewführung ist mir nach und nach besser gelungen, was auch das Sichtbarwerden unterschiedlicher Sinnzusammenhänge deutlich macht. Mit dem Anspruch einer offen-dialogische Gesprächsführung ist die „ethnomethodologische Indifferenz" (Helfferich 2011, S. 41) immanent. Diese besagt, dass ich als Interviewerin meine eigenen Vorabinterpretationen außen vorlasse und so auch mein eigenes Relevanzsystem zurückstelle (vgl. ebd.), was wiederum an die genannte Gesprächsorientierung an der befragten Person anknüpft.

Mit dem dargelegten Hintergrundwissen zu agiler Gesprächsführung offener Leitfadeninterviews, folgt die Interviewstruktur – auf Grundlage der Strukturierung von Expert*inneninterviews nach Przyborski und Wohlrab-Sahrs (2014, S. 119ff.) – dem nachstehenden Schema (für die gesamten Erzählimpulse: siehe Anhang):

Als anfängliche Auflockerung der Gesprächssituation habe ich die Expert*in zunächst sich selbst, in Bezug auf ihre derzeitige Arbeit in der Sozialpsychiatrie, präsentieren lassen, um so den beruflichen Hintergrund kennenzulernen. Diesen narrativen Impuls habe ich bei Bedarf durch spezifischere Nachfragen ergänzt, damit z.B. Verständnisfragen geklärt werden konnten. Im Anschluss daran habe ich den mich interessierenden Themenbereich mit einer weiteren offenen Frage eingeleitet. Dabei sollte eine selbstläufige Sachverhaltsdarstellung bezogen auf die Zusammenarbeit mit einer Adressat*in stimuliert werden. Mit immanenten Nachfragen zur erzählten Geschichte konnte ich mein Interessensgebiet nochmals weiter ergründen.

In einem dritten Schritt sollte nun mit einem Erzählimpuls das Preisgeben von Erfahrungswissen weiter stimuliert werden. Durch die exmanente Nachfrage zu Konflikten im Team, habe ich eine Aufforderung zur spezifischen Sachverhaltsdarstellung gestellt. Mit Hilfe dieser Frage sollen die weiteren Reflexionen zum Professionsverständnis der Fachkräfte Raum gewinnen. Auch hier habe ich bei Bedarf spezifische Rückfragen gestellt. In einem letzten und vierten Fragekomplex steht die

[16] Hier: impulsgebende Leitfragen

Aufforderung zur Theoretisierung/Generierung von Deutungswissen im Vordergrund. Über Fragen zur Praxisanleitung, zu herausfordernden Momenten im Klinikalltag und Anforderungen an neue, potenzielle Kolleg*innen, soll die Interviewpartner*in Einschätzungen und Verallgemeinerungen vornehmen und dabei Prognosen entwickeln. Besonders durch die hypothetisch ausgerichtete Frage nach einem möglichen Anforderungsprofil neuer Kolleg*innen, konnte theoretisierendes Denken angestoßen werden.

Diese Art des Fragestellens bringt eine bestimmte Kommunikations- und Interaktionsbeziehung mit sich. Helfferichs Darlegung eines *teilmonologisch, Leitfaden gestützten Musters* scheint neben dem episodischen Interview nach Flick (vgl. Helfferich 2011, S. 43) auch auf das hier gewählte Interviewformat übertragbar zu sein. „Die Erzählperson wird […] zum Erzählen aufgefordert, […] gleichzeitig [aber] stärker verbal gestützt und thematisch geleitet." (ebd.) Die Interviewbeziehung ist dabei asymmetrischer Natur und durch das Unterbinden von Bewertungen durch die interviewende Person in diesem Sinne distanziert. Die Erzählung wird als eben jene Erzählung angenommen. Dieses Unterbinden von Bewertungen ist mir im Verlauf der Erhebungsphase immer besser gelungen. Die hier gewählte Interviewform verfolgt keiner Reziprozitätsforderung, wie es dialogische Interviewformate tun (vgl. ebd.), sondern missachtet diese zugunsten des Formates bewusst und schreibt den Befragten einen großen Gesprächsanteil zu. Wie ich die Interviews ausgewertet habe, lege ich nun im nächsten Schritt dar.

4.1.4 Die *Grounded Theory* als Auswertungsmethode

Damit eine Aussage über die Professionalität im *interdisziplinären* Kontext der Fachkräfte in der stationären Sozialpsychiatrie getroffen werden kann, ist es notwendig, eine Auswertungsmethode anzuwenden, die Theorie generiert. Der prozesshafte Charakter der *Grounded Theory* eignet sich dahingehend besonders gut, als dass das Selbstverständnis der Fachkräfte mit Hilfe des iterativen Vorgehens umfänglich rekonstruiert werden kann. Nach der Forschungslogik der *GT* gehören sowohl induktive als auch deduktive Vorgänge zum Forschungsprozess. Es geht also nicht nur um Verallgemeinerungen aus Daten, sprich eine Entwicklung von Konzepten (Induktion), sondern dies soll sich mit einem deduktiven Verfahren abwechseln. Das findet sich im Prozess insofern wieder, als dass auf Grundlage der bereits generierten Hypothesen neue theoriegeleitete Daten erhoben werden sollen (vgl. Przyborski; Wohlrab-Sahr 2014, S. 197f.). Letzterem Schritt konnte ich im Rahmen der vorliegenden Bachelorthesis – wie bereits unter 4.1.2 verdeutlicht – nicht nachgehen.

Die zunächst durchgeführte Ableitung offener Interviewfragen (siehe 4.1.3) von theoretischen Vorüberlegungen zu *Interdisziplinarität* und *Professionalität* (in der klinisch-stationären Sozialpsychiatrie) ist hier als Deduktion zu benennen. Die im Verlauf entwickelten abstrahierten Überlegungen aus dem Datenmaterial hingegen als Induktion. Die Verifikation dieser Abstraktionen habe ich an eben

jenem Material vorgenommen. Ich werde daher nun das zugrundeliegende Verständnis der *GT* näher explizieren.

Mit der Veröffentlichung ihrer Abhandlung „The Discovery of Grounded Theory“ im Jahre 1967 haben Glaser und Strauss die damals bestehende empirische Sozialforschung revolutioniert. Im Laufe der Zeit ist sie zu einem Klassiker jener Forschungsrichtung herangewachsen. Deutlich wurde jedoch, dass diese Ausführung der *GT* nicht als klare, konsistente Handlungsanleitung verstanden werden kann, sondern vielmehr als Erklärmodell ihrer zentralen Verfahren (vgl. Strübing 2019, S. 525). Laut Strübing (ebd., S. 525f.) sollte in diesem Zusammenhang die *GT* vielmehr als Forschungsstil, weniger als Methodik oder Methodologie verstanden werden. Wegen Differenzen der beiden Theorie-Begründern, haben sich im Laufe der Zeit unterschiedliche theoretische Ausprägungen der *GT* entwickelt (vgl. ebd., S. 526). Durch die beiden historisch gewachsenen Stränge der *GT*, werde ich mich im Folgenden zum einen auf die grundlegende Abhandlung von Glaser und Strauss (2008 [1967]) sowie auf die methodische Weiterentwicklung nach Strauss (1987)[17] beziehen.

Glaser und Strauss selbst formulieren den Kern der *GT* wie folgt: „Unsere Grundannahme besteht darin, dass die Generierung von *Grounded Theory* ein Weg ist, zu einer Theorie zu gelangen, die Zwecke erfüllt, die sie sich selbst gesetzt hat.“ (Glaser; Strauss 2008, S. 13) Weiter verdeutlichen sie, dass die soziologische Theorie nicht mehr von ihrem Prozess, in welchem sie entstanden ist, getrennt werden kann. Das bedeutet, die entwickelten Hypothesen und Konzepte stammen nicht nur aus den Daten, sondern werden auch durch die Inbezugnahme von Daten und Forschungsprozess generiert. Dabei müssen die gewonnenen Erkenntnisse stets in Beziehung zu den erhobenen Daten gesetzt werden, damit Empirie und Theorie nicht auseinanderdriften (vgl. ebd., S. 15). Eine Theorie, die als *Grounded Theory* bezeichnet werden kann, entsteht durch systematische und intensive Analyse der empirischen Daten (vgl. Strauss 1998, S. 51). *GT* soll dabei verhelfen, die Lücke zwischen Theorie und Praxis zu verengen, denn jene Theorie muss praktikabel und für den Laien verständlich sein. Ferner sollen neue Perspektiven geschaffen werden, die dem Laien unter Umständen nützlich sein können (vgl. Glaser; Strauss 2008, S. 40).

Diese Anwendbarkeit ist auch gerade im Fachbereich Sozialer Arbeit von erhöhter Bedeutung, da hier – vereinfacht gesprochen – die Disziplin Wissensbestände für die handelnden Fachkräfte im professionellen Handlungskontext bereithalten soll. Das disziplinäre Wissenssystem verhilft Praktiker*innen auf Grundlage des wissenschaftlichen Wissens im Rahmen des bestehenden Handlungszwangs professionell zu handeln (vgl. Knoll 2010, S. 79ff.). Diesem Anspruch nach praktischer Einsetzbarkeit der generierten Theorie ist auch die vorliegende Bachelorthesis nachgegangen. Die nachfolgend

[17] Neben dem englischen Originaltext habe ich zudem die deutsche Übersetzung von Strauss (1998) herangezogen.

dargelegte Forschungslogik zur Generierung von *Grounded Theory* stellt dabei gleichzeitig das methodische Vorgehen für die Auswertung meiner Arbeit dar.[18]

Przyborski und Wohlrab Sahr (2014, S. 199) stellen fünf zentrale Grundprinzipien der *Grounded-Theory-Methodologie* heraus. Hier ist zunächst das *Theoretical Sampling* anzuführen mit dem Wechselprozess von Erhebung und Auswertung der Daten (siehe 4.1.2). Das *theorieorientierte Kodieren* sowie die darauf basierende „Verknüpfung und theoretisch[e] Integration von Konzepten und Kategorien." (ebd.) Strauss (1998, S. 54) beschreibt dies im sogenannten *Konzept-Indikator-Modell*. Dies besagt, dass empirische Indikatoren (hier: Interviewtexte) nach Konzepten kodiert werden sollen, wobei jene Daten als Indikatoren für das spätere Ableiten von Konzepten dienen. Die Grundlage des Modells stellt dabei der fortlaufende Vergleich der unterschiedlichen Indikatoren dar. Das heißt, mit dem Vergleichen und Untersuchen verschiedener Indikatoren (Verhaltensweisen/Ereignisse), welche er kodiert, können nach Namensgebung diese zusammengeführten Indikatoren als eine kodierte Kategorie mit gemeinsamen Verhaltensmustern betrachtet werden (vgl. ebd.).

Das Entwickeln von Konzepten wird als „Kodieren" bezeichnet (vgl. Przyborski; Wohlrab-Sahr 2014, S. 201). Die aus diesen kodierten Konzepten entstandenen Kategorien „sind höherwertige, abstrakte Konzepte und bilden die Ecksteine der sich herausbildenden Theorie." (ebd.) Beim Herausarbeiten von Kategorien ist es dabei nicht ausreichend, die Konzepte mit einem zugehörigen Begriff zu benennen. Kategorien sind Ergebnisse aus Interpretationen und beinhalten Zusammenhänge zwischen einzelnen Konzepten. Das heißt, sie befinden sich bereits auf einem abstrakteren Niveau und sind einen Schritt näher an der eigentlichen Theoriebildung (vgl. ebd.). Diese Sinnzusammenhänge der unterschiedlichen Konzepte der befragten Fachkräfte bezogen auf ihre *Professionalität* im *interdisziplinären* Klinikkontext, sollen mit Hilfe der *GT* als Auswertungsmethode Beachtung finden. Dies hat auch als Konsequenz, dass nicht nur die Ebene des Gesagten an Relevanz für die Theoriebildung gewinnt, sondern auch die Art und Weise *wie* Fachkräfte über ihren Arbeitsalltag und die damit einhergehenden Wirklichkeitskonstruktionen reflektieren.

Nach dem *Kodierparadigma* wird zwischen dem *offenen, axialen* und *selektiven Kodieren* unterschieden (vgl. Strauss 1998, S. 56ff.). Beim ersten Kodierschritt, dem *offenen Kodieren* wird laut Strauss das Datenmaterial (hier: Interviewtranskripte) sehr genau – Zeile für Zeile – analysiert. In diesem Schritt geht es vor allem darum, das Material „aufzubrechen" und durch das Lösen von den Daten bereits in Konzepten zu denken. Dabei sind die ersten Konzepte eher provisorisch, werfen jedoch neue Fragen auf, die der Theorieentwicklung dienen und sind so im Verlauf wandelbar. Während

[18] Ich beziehe mich hier u.a. auf Przyborskis und Wohlrab-Sahrs (2014) Darstellungen zu den Kernelementen bei der Generierung von *GT*, auch sie beziehen sich vor allem auf die erste Ausführung von Glaser Strauss (1967) und Strauss' Methodenbuch (1987) sowie eine Veröffentlichung von Corbin/Strauss (1990).

diesem Kodiervorgang ist es zwingend notwendig, die getätigten Interpretationen nicht als final anzusehen, sondern offen für Veränderungen und Umdeutungen zu bleiben (vgl. Strauss 1998, S. 57ff.). Im nächsten Schritt soll mit dem *axialen Kodieren* eine bestimmte Kategorie, welche sich aus unterschiedlichen Konzepten ergibt, nochmals genauer betrachtet werden, um so Kenntnisse über Beziehungen zu anderen Kategorien und Subkategorien zu erlangen. So können Kategorien spezifiziert und Schlüsselkategorien gefunden werden, die mehrere Kategorien unter sich vereinen (vgl. Strauss 1998, S. 63). Das *axiale Kodieren* ersetzt jedoch das *offene Kodieren* nie in Gänze, da trotz der genaueren Ausarbeitung einer Kategorie auch weitere Konzeptgenerierungen nötig sind (vgl. Przyborski; Wohlrab-Sahr 2014, S. 211). Der letzte Analyseschritt, das *selektive Kodieren*, beschreibt den systematischen Vorgang des Kodierens einer Schlüsselkategorie (vgl. Strauss 1998, S. 63). „Der Forscher [sic!] sucht nach Bedingungen, Konsequenzen usw., die in Bezug zur Schlüsselkategorie stehen, indem er [sic!] nach diesen kodiert." (ebd.) Das Kodieren ist also sehr viel selektiver und fokussiert sich vor allem auf Umstände, die sich als Kern der Theorie herauskristallisieren (vgl. Przyborski; Wohlrab-Sahr 2014, S. 211).

Als drittes Grundprinzip gilt laut Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014, S. 199) die Orientierung am *ständigen Vergleich*. Damit ist gemeint, dass sowohl die entworfenen Konzepte als auch integrierten Kategorien ständig miteinander in Beziehung gesetzt werden sollen. Dabei kann das Erweitern und Präzisieren der Konzepte durch Vergleiche in unterschiedliche Richtungen vorgenommen werden (vgl. ebd., S. 204). So können im Laufe der Theoriebildung die entstehenden Hypothesen sowie die daraus resultierende Theorie auf ihre Beständigkeit geprüft werden. Diese Überprüfung geschieht zunächst im Rahmen des Falles, im zweiten Schritt werden für den Vergleich andere Fälle herangezogen (vgl. ebd., S. 202ff.), sprich hier die anderen Interviews.

Mit dem kontinuierlichen Schreiben von theoretischen Memos über den ganzen Forschungsprozess hinweg (siehe dazu auch 4.1.2), wird das vierte Prinzip der *GT* deutlich (vgl. Przyborski; Wohlrab-Sahr, S. 199). Dieses Prinzip hat mir zudem dazu verholfen, das geforderte *Prinzip der Offenheit* handlungspraktisch durch kontinuierliche Reflexionen umsetzen zu können. Mit diesem Schreiben u.a. über Konzepte und Kategorien, soll die Theorieverdichtung vorangetrieben werden und die Memos entwickeln sich damit zum elementaren Bestandteil der Theorie. Gleichzeitig wird in den Memos sowohl der Prozess der Forschung als auch der der Theoriegenerierung festgehalten. Zwischen Auswertung und Verschriftlichung soll dabei möglichst wenig Abstand liegen (vgl. ebd., S. 206f.), was auch ich in der vorliegenden Forschung befolgt habe. Das fünfte und letzte Grundprinzip wird von den Autorinnen in der „Relationierung von Erhebung, Kodieren und Memoschreiben" (Przyborski; Wohlrab-Sahr 2014, S. 200) gesehen, was den Wechselprozess jener Bestandteile verdeutlicht und ein iteratives Verfahren beschreibt (vgl. ebd., S. 209).

Zur Einordnung der hier dargelegten Ergebnisse (5.) ist wichtig anzuführen, dass ich im Rahmen der vorliegenden Abschlussarbeit keine gänzlich dichte Theorie entwickeln konnte. Vielmehr stellt diese Arbeit eine Theorie mit ihren Kategorien dar, welche im Rahmen der vier geführten Expert*innen-interviews herausgearbeitet und in Beziehung zueinander gesetzt werden konnten. Sie soll als Anregung und Grundlage für weitere Forschungsarbeiten dienen, die sich mit Hilfe der daraus entwickelten Fragestellungen ihrer weiteren Sättigung und Schärfung annehmen (hierzu auch 6.).

4.2 Ethische Reflexionen zum Forschungsprozess

Bevor nun im Anschluss die Ergebnisse dargestellt werden, soll der Forschungsprozess forschungsethisch beleuchtet werden. Grundsätzlich muss jede Studie am bzw. mit Menschen ethischen Richtlinien folgen, damit sichergestellt ist, dass die Teilnehmenden keinerlei Schaden durch die Studienteilnahme erfahren (vgl. Misoch 2019, S. 14). Der Inhalt der hier offen geführten qualitativen Interviews ist mit Fragen zur eigenen Professionswahrnehmung Sozialarbeitender weniger sensibler Natur. Das heißt, es handelt sich nicht um eine Studie *am* Menschen, sondern *mit* Menschen (vgl. ebd., S. 15).

Misoch (ebd., S. 18ff.) listet sieben ethische Grundprinzipien auf, welche bei einer qualitativen Interviewführung und -auswertung Beachtung finden sollten. An eben jenen hat sich auch die hier vorliegende Bachelorthesis orientiert. Die Autorin nennt die Prinzipien *Respekt, Informationspflicht, Vertraulichkeit/Anonymität/Datenschutz, Einverständnis, Freiwilligkeit und Widerrufsrecht, Wahrung der Persönlichkeitsrechte* und den *Schutz der Befragten* (vgl. ebd.). „Der Respekt vor der Person, der Schutz ihrer Privatsphäre und die Minimierung der potenziellen Schädigung durch das Forschungsvorhaben muss Vorrang haben vor dem aus Wissenschaftsperspektive zu maximierenden Erkenntnisinteresse.“ (Miethe; Gahleitner 2010, S. 575) Dabei soll, neben dem *Prinzip der Nichtschädigung*, das Prinzip der *informierten Einwilligung* Anwendung finden. Letzteres sieht vor, dass die Befragten über das Ziel, die Dauer, mögliche Risiken und den Umgang mit den eigenen Daten und Ergebnissen aufgeklärt werden müssen (vgl. ebd.).

Jene Aufklärung ist hier in schriftlicher Form erfolgt. In dieser wird u.a. über den Zweck und die weitere Datenverwertung aufgeklärt. Mit der Erklärung über das Ziel der Studie wird die oben angesprochene *Informationspflicht* abgedeckt. Um jedoch die Forschungsergebnisse bezogen auf *interdisziplinäre* Zusammenarbeit nicht zu sehr zu beeinflussen, habe ich zwar das Ziel – das Erforschen der Rolle und Selbstwahrnehmung der Sozialarbeiter*innen im Handlungsfeld der Sozialpsychiatrie – bekannt gegeben, nicht aber den inhärenten Fokus auf *interdisziplinäre* Zusammenarbeit. Denn durch das offene Fragen nach der eigenen Wahrnehmung im *interdisziplinären* Gefüge, hätte ich die Fachkräfte stark in ihrer Beschreibung zu eigenen Selbstwahrnehmung gelenkt. Da besonders die impliziten Wissensbestände Beachtung finden sollten, habe ich mich für diesen Schritt entschieden, um

einer Verfälschung der Ergebnisse entgegenzuwirken (vgl. dazu auch Przyborski; Wohlrab-Sahr 2014, S. 43f.).

Des Weiteren wird die *Vertraulichkeit* der Daten, die *Anonymität* sowie die *datenschutzkonforme Verarbeitung* derer in der *informierten Einwilligung* zugesichert. Dem Folge leistend sind die transkribierten Interviews so maskiert worden, dass eine Rückverfolgung auf die einzelne Person nicht mehr möglich ist (vgl. Misoch 2019, S. 19). Weiterhin sieht die Erklärung vor, dass die Teilnahme *freiwillig* ist und jederzeit *widerrufen* werden kann. Dabei zieht ein Interviewabbruch für die befragte Person keinerlei Nachteile mit sich. Die *Anonymit*ätszusicherung, die Einhaltung der *Datenschutz*richtlinien, ein *respektvoller Umgang* während der Befragung und die Einhaltung von ethischen Standards dienen dabei als Schutzmechanismen für die notwendige *Wahrung der Persönlichkeitsrechte* (vgl. ebd., S. 20). Mit der *informierten Einwilligung* wird also das zwingend erforderliche *Einverständnis* eingeholt und jene Standards zugesichert.

Der *Schutz der Befragten* soll durch das bereits genannte *Prinzip der Nichtschädigung* gewährleistet werden, mit welchem die potenzielle Schädigung von Teilnehmenden möglichst gering und stets reflektiert werden soll (vgl. Miethe; Gahleitner 2010, S. 575). Folglich lässt sich festhalten, „dass es in der Verantwortung der Forschenden liegt, mögliche negative Folgen, die sich aus der Teilnahme an einer qualitativen Studie ergeben, vorherzusehen und die Erzählpersonen entsprechend zu schützen.“ (Helfferich 2011, S. 192) Auch gehört die Umsetzung zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Standards in den Verantwortungsbereich der Forscher*innen (vgl. ebd.). Diesbezüglich ist anzumerken, dass die befragten Fachkräfte mit ihrem Stand als Fachkraft und dem zugrundeliegenden Thema der Interviews kein erhöhtes Maß an Vulnerabilität aufweisen und die Befragungen keine sehr intimen, ggf. (re-)traumatisierenden Fragen enthalten, weshalb die Standards zwar zwingend eingehalten werden müssen, eine Schädigung im lang- bzw. mittelfristigen Sinne jedoch ausgeschlossen werden kann.

5 Auswertung

Nach der Erläuterung des methodischen Vorgehens, werde ich nun die zentralen Ergebnisse meiner empirischen Erhebung vorstellen. Zu diesen Ergebnissen bin ich mithilfe eines mehrschrittigen Kodierschemas gelangt, welches durch ein induktives Vorgehen charakterisiert ist. Durch mehrstufige Kodierschritte (*offenes Kodieren, axiales Kodieren, selektives Kodieren*) konnte ich die anfangs *offen kodierten* Abschnitte auf höhere Abstraktionsniveaus heben. Im Sinne des *offenen Kodierens* habe ich im Kontext dieser Arbeit ein *Konzept-Indikator-Modell* erstellt, aus welchem ich mit Hilfe der mehrstufigen Schritte des *Kodierparadigmas* die unterschiedlichen Schlüsselkategorien entwickelt habe. Auf Grund der Rahmung als Bachelorarbeit und dem begrenzten Umfang, verweise ich bezüglich der genauen Schritte auf die Erläuterung zum *Kodierparadigma* (vgl. Strauss 1998, S. 56ff.) in

Kapitel 4.1.4 der vorliegenden Arbeit sowie die darin weiter aufgeführten zentralen Merkmale zur Auswertung mit der *GT*.

Im Folgenden werde ich nun die durch das Verfahren hervorgegangenen drei Schlüsselkategorien (5.1, 5.2, 5.3), anhand der erhobenen Daten, erläutern und miteinander in Beziehung setzen.[19] Weiterhin weise ich darauf hin, dass mit interpretativer Forschung keine repräsentativen Forschungsziele im Sinne einer Quantifizierbarkeit verfolgt, sondern exemplarische, tiefergreifende Ergebnisse hervorgebracht werden. Dieser forschungstheoretische Grundsatz ist auch für die Kontextualisierung der vorgestellten Ergebnisse wichtig zu beachten.

5.1 Paradoxien sozialarbeiterischen Handelns in der Sozialpsychiatrie

Die hier vorliegende Schlüsselkategorie *Paradoxien sozialarbeiterischen Handelns in der Sozialpsychiatrie* und die beiden Nachfolgenden (5.2 & 5.3) sind aus verschiedenen Subkategorien hervorgegangen und durch diese gekennzeichnet. Die Vorliegende weist Subkategorien auf, die von Ambivalenzen geprägt sind. Auf der einen Seite sind hierbei Kategorien zum eigenen professionellen Selbstverständnis und sozialarbeiterischen Sichtweisen wie der Adressat*innenorientierung der Fachkräfte zu nennen. Auf der anderen Seite jene Kategorien, die die Auswirkungen des klinischen Kontextes auf das sozialarbeiterische Professionsverständnis in den Fokus nehmen. Durch diese beiden hervorgegangenen Pole innerhalb der Schlüsselkategorie, ist ein Spannungsverhältnis der sozialarbeiterischen Fachkräfte in der Sozialpsychiatrie sichtbar geworden, dessen Entstehung ich nun nachstehend mithilfe des Datenmaterials erläutern werde.

Hier ist zuerst anzuführen, dass die Auswirkungen der medizinisch geprägten Strukturen auf das eigene professionelle Handeln der Sozialarbeiter*innen aus dem Datenmaterial an verschiedenen Stellen hervorgehen (siehe vertiefend hierzu Kapitel 5.2). So berichtet beispielsweise eine der Fachkräfte wie folgt über die eigene Zuständigkeit und das nötige Fachwissen von sich und ihren Kolleg*innen im Sozialdienst:

> B1: (.) D- dennoch habeen wiirr (.) unsere Zuständigkeiten für bestimmte (.) Klinikstationen, oder Tagesklinik (.) oder Ambulanz (2) (holt hörbar Luft) und allei- insbesondere die Zuordnung zu verschiedenen Klinikstationen (.), die bei uns schwerpunktmäßig arbeiten, (.) alsoo wo die Patienten quasi sortiert werden nach verschiedenen Diagnosen (2), äähhmm führt dazuu (.), dass jeder von uns fünf Personen=im Sozialdienst nochmal ein sehr spezifisches (.), spezialisiertes Fachwissen hat. (292-297)

Es wird zum einen sichtbar, dass keine klare Abgrenzung zu medizinischen Vorgehensweisen (hier: Kategorisierung nach Diagnosen) stattfindet, zum anderen, dass einhergehend mit der vorherrschenden medizinischen Sicht für sie als Sozialarbeiterin die Notwendigkeit besteht, ihr Fachwissen diesbezüglich zu ergänzen. Das heißt, sozialarbeiterische Praxis wird durch medizinische Themen

[19] Der Leser*innenfreundlichkeit wegen werde ich im Fließtext kürzere Transkriptausschnitte sprachlich glätten, ohne dabei eine inhaltliche Veränderung vorzunehmen. Längere Ausschnitte glätte ich bewusst nicht, um die sprachlichen Besonderheiten beizubehalten.

gerahmt und erweitert. An einigen Stellen wird in den Interviews von den Fachkräften die Notwendigkeit der in der Sozialarbeit gängigen Adressat*innenorientierung angeführt (z.B. B2: 64-72; B2: 106-111; B2: 127-129; B3: 70-73; B3: 225-228). Dabei beziehen zwei der Fachkräfte an unterschiedlichen Stellen im Interview die Erkrankung der Adressat*innen mit ein (B1: 207-215; B4: 90-93), was wiederum die medizinische Rahmung sozialarbeiterischer Tätigkeit verdeutlicht. Besonders in den Erzählungen über eine gemeinsame Zusammenarbeit mit Adressat*innen wird sichtbar, dass diese laut der Fachkräfte gerade *wegen* ihrer psychischen Erkrankung nicht die für sie vermeintlich richtigen Entscheidungen treffen können:

> B1: Ja, (.) letztlichh (.) kannn=daaa schon auch n gewisser Suchtdruck ne Rolle spieleen oodeer, dass=es ihm auf Grund seiner psychischen Erkrankung nicht möglich ist gut nachzuvollzieehn (3) wie die (stottert) w-w-w- (unv.) Dinge wirklich so liegn (2), wie wir es unss (2) mit (.) gesunder Psyche gut überlegen könnn. (2) (Macht ein Geräusch mit dem Mund) Er ist der Entscheidungsträger=und gleichzeitig is es ihm nich unbedingt so genau, so gut möglich (.) zu entscheiden, was ihm richtig gut tun kann. (60-65)

Diese Ansicht impliziert einerseits eine Orientierung an der Adressat*in selbst, anderseits verdeutlicht sie einen teils defizitären Blick auf Adressat*innen aufgrund der zugrundeliegenden Krankheit (zum defizitären Blick u.a. auch B2: 73-79; B4: 66-68). Dies zeigt das eingangs beschriebene Spannungsfeld zwischen eigenem sozialarbeiterischen Selbstverständnis und dem krankheitsbezogenen, defizitären Blick auf Adressat*innen auf.

Weiterhin ist deutlich geworden, dass die Sozialarbeiter*innen in ihrem eigenen Handeln Paradoxien begegnen, die durch jenes Spannungsfeld mitgeprägt sind. „Professionelle Paradoxien sind unaufhebbare Schwierigkeiten bzw. Dilemmata des Handelns in professionellen Arbeitsbereichen […], die auf diesem Handeln innewohnenden widerstrebenden sachlogischen Anforderungen beruhen." (Schütze 2021, S. 242)[20] Diese Paradoxien können nie vollständig aufgelöst, sondern nur umfänglich reflektiert werden. Ein Ausblenden der Paradoxien ist von Seiten der Professionellen aufgrund der bestehenden Machtposition möglich, jedoch führt dies zu einem fehlerhaften Umgang. Zum Leid der Adressat*innen (vgl. ebd., S. 243f.). Nach Schütze (ebd., S. 244) haben Paradoxien im professionellen Handeln in der Sozialen Arbeit einen besonders hohen Stellenwert. Denn „dort [sind] die Fallgestalten von Klientenproblemen [sic!] innerhalb der Klienten-Lebenswelten [sic!] in ihren oft ganz diffusen Ereignis- und Merkmalskonstellationen besonders schwer zu durschauen." (ebd.) Für diese Arbeit in der komplexen Alltagswelt unter Berücksichtigung biographischer Besonderheiten, haben Sozialarbeiter*innen keinen vorgefertigten, allgemeingültigen Methodenkoffer (vgl. ebd.), wodurch paradoxale Handlungsdilemmata immanent sind. Bezogen auf das professionelle Handeln in der Sozialen Arbeit hat Schütze fünfzehn Paradoxien professionellen Handelns herausgearbeitet (u.a. Schütze 1992; Schütze 2000; Schütze 2021), von diesen ich nun jene aufgreifen, erläutern und mit Belegen

[20] Schütze bezieht sich hierbei u.a. auch auf Gildemeister 1982/1983; Schütze 2000; Riemann 2000, insbes. Kap. 3.

aus dem Datenmaterial untermauern werde, die aus den Interviewtranskripten eindeutig sichtbar geworden sind. Ich verweise an dieser Stelle darauf, dass auf Grund des beschränkten Umfangs dieser Arbeit, nicht alle potenziell auffindbaren Paradoxien in ihrer Gänze erschlossen werden können.
Schützes erste Paradoxie beschreibt die *„allgemeine Typenkategorien und ihre fall-, situations- und biographiespezifische Situierung."* (Schütze 2021, S. 247) Gemeint ist damit, dass auf der einen Seite die Gefahr besteht, durch Kategorisierungen bzw. Typisierungen Klient*innen schnell unrechtmäßig zu stigmatisieren, was zu delinquenten Verhalten und der eigenen Annahme einer abweichenden Selbstidentität seitens derer führen kann. Auf der anderen Seite jedoch können solche Typisierungen auch orientierend für die Fachkräfte in der Interaktionsbeziehung mit den Klient*innen wirken (vgl. ebd., S. 250). Diese Paradoxie ist auch im Kontext der Erhebung sichtbar geworden. Die klare Kategorisierung von Menschen nach ihren Erkrankungen/Diagnosen (u.a. B1: 219-226; B2: 73-76 „Depression […] Persönlichkeitsstörung"; B2: 314-315 „Typus Borderline"; B3: 65-66 „Autisten"; B4: 64-66 „paranoide Schizophrenie") scheint im stationären sozialpsychiatrischen Kontext sehr vorherrschend. Häufig werden diese Diagnosen als zunächst grundlegende Beschreibung einer Adressat*in angeführt, was eine klare Pathologisierung nach sich zieht (B3: 500-501 „Tochter vierzehn Jahre alt, massiv depressiv, massive Selbstwertproblematik, selbstverletzendes Verhalten."; B4: 81-82 „Und einer war schon auch nett. Der hat eine bipolare Störung, das heißt manisch und depressiv ja immer im Wechsel."). Hinzu kommt, dass es sich bei den hier angeführten Kategorisierungen nicht um sozialarbeiterische Typisierungen handelt, sondern um Adaptionen aus anderen Professionen – besonders der Psychologie und Medizin – , was abermals das zugrundeliegende Spannungsfeld verdeutlicht.
Mit diesen Kategorisierungen gehen häufig bestimmte anwendungsbezogene Methodiken einher. So dienen diese Typisierungen einer Fachkraft als Ansatzpunkt für individuelle Interventionen (B1: 207-215), d.h. als Orientierungshilfe ihres professionellen Handelns. Wieder ein anderer nutzt die Kategorisierungen als Begründung für bestimmte Handlungsmethoden, die je nach Diagnose spezifisch ausgewählt werden (B3: 168-173). Deutlich wird auch, dass die Einordnungen als Grundlage für die Zuweisung zu den unterschiedlichen Stationen dienen (B1: 292-296; B2: 224-225). Die Kategorisierungen scheinen von den Sozialarbeiter*innen adaptiert (B3: 56-59; B4: 64-68) und als Fundament für das weitere Vorgehen herangezogen zu werden. Es wird somit an unterschiedlichen Stellen sichtbar, dass diagnostische Typisierungen im Klinikalltag stark verankert sind und als Orientierungshilfe – auch im sozialarbeiterischen Handeln - gelten. Offen hinterfragt hat diese diagnostische Typisierung – und die damit einhergehenden Verhaltenszuschreibungen – in den Interviews keine der Fachkräfte, was die Frage nach einer unzureichenden Reflexion gegenüber den potenziell wirkenden Stigmatisierungen durch das bestehende paradoxale Handlungsdilemma aufwirft.

Eine weitere von Schützes Paradoxien beschreibt *„Das Mehrwissen des Professionellen und die Bedrohlichkeit dieses Mehrwissens für den Klienten [sic!] einerseits und die Untergrabung der Vertrauensgrundlage zwischen Klient [sic!] und Professionellem [sic!] durch das Verschweigen des Mehrwissens andererseits."* (Schütze 2021, S. 247) Schütze (1992, S. 155) beschreibt dies auch als Wissens- und Vertrauensdilemma, da das genaue Wissen über negative Verlaufskurvendynamiken einerseits von den Klient*innen als Bedrohung empfunden werden und anderseits der unreflektierte Umgang mit dem Mehrwissen sich potenziell negativ auf das Vertrauensverhältnis auswirken kann (vgl. ebd., S. 152ff.). Es besteht die Gefahr, dass die Klient*in „nur noch als passives Objekt der Anwendung theoretischen, abstrakten Wissens behandelt [wird]." (Schütze 1992, S. 153)

Im Klinikkontext wird deutlich, dass über den weiteren Verlauf der Adressat*innen in interdisziplinären Teambesprechungen, Supervisionen bzw. Visiten gesprochen wird (B1: 242-252; B2: 241-244; B3: 461-467; B4: 145-151). In sogenannten Fallbesprechungen werden dann „zwei bis drei Patienten ein bisschen intensiver besprochen" (B2: 227-228). Aus diesen Schilderungen der Fachkräfte ist hervorgegangen, dass es sich hier um ein Sprechen „über" die Adressat*innen – in diesem Kontext: Patient*innen – handelt. Es werden Pläne gemacht, wie es mit der Adressat*in während und nach dem Klinikaufenthalt weitergehen soll (B2: 355-362; B4: 156-158). Dadurch wird deutlich, dass der effizientere Weg der Fallanalyse – u.a. mit Hilfe von unterschiedlichen Vorbefunden - gewählt wird. Das zieht auch das Ausklammern von Mehrwissen gegenüber der Adressat*in mit sich. Zudem ist sichtbar geworden, dass die Überlegungen zum weiteren Verlauf stark medizinisch geprägt sind:[21]

> B4: (2) Also wir ham unterschiedliche Besprechungen, sowohl in der Ambulanz als auch äh (.) auf Station gehabt. Visite is im Prinzip, dass JEDER Patient EINMAL (.), ne jetz bei uns war=es sogar zweimal die Woche, (I: (.) Mhm.) (.) ähmm (.) zuuu den Ärzten kommt. (.) Also dann sitzen da quasi ALLE Ärzte, die wir da hatten, (.) plus eine Pflegekraft, plus der Psychologe oder die Psychologin, die wir auf Station hatten und ich. (.) Ähmm dann wurde einfach so grob besprochen, wie geht=es denn den Patienten, was braucht=es da noch ähm, (.) wie schaut=es mit den Medikamenten aus (.) soo. Also es war sehr medizinisch damals. (.) (145-151)

Sowohl die inhaltlichen Belange beziehen sich stark auf die medizinischen Themen als auch die Vorgehensweise der „Visite" an sich. In einem rein sozialarbeiterischen Team findet solch eine Methodik wohl eher weniger Anwendung. Durch diese medizinische Dominanz bleibt offen, inwiefern sozialarbeiterische Tätigkeiten Raum und Platz in der Klinik haben (vgl. 5.2 zur Deutungshoheit).

Der Aufbau der Notwendigkeit eines Vertrauensverhältnisses ist besonders im Kontext des Interviews mit der Fachkraft aus der offenen Kinder- und Jugendpsychiatrie sichtbar geworden. So wird Beziehungsarbeit und das damit einhergehende Vertrauen als elementarer Bestandteil für Interventionen gesehen (B3: 128-138; 195-200; 338-345; 442-444). Auf Grundlage einer intakten Bindung erlebt sich die Fachkraft in ihrer Handlungsfähigkeit erweitert, da auch das Ansprechen und Austragen

[21] Da die befragte Fachkraft derzeit in einem ambulanten Setting in der Sozialpsychiatrie tätig ist, hat sie bereits einen distanzierteren Blick auf das stationäre Umfeld, was potenziell die hier vorliegende, konkretere Reflexion hervorruft.

von Konflikten möglich wird (B3: 590-593). Auch andere Fachkräfte sehen in Beziehungsarbeit einen wichtigen Stützpunkt in der eigenen professionellen Handlungsfähigkeit (B4: 349-356; 474-479; 482-485). Außerdem wird deutlich, dass sich im direkten Kontakt ein Fokus auf die Erkrankung bzw. das Krankheitsbild eingestellt hat (B1: 450-456; B3: 420-424; B4: 66-71), gleichzeitig aber auch der Kontakt zum Lebensumfeld als Bereicherung für die eigene Einschätzung gesehen wird (B2: 102-111; B4: 199-204; 411-417). An dieser Stelle wird das bereits beschriebene, zugrundeliegende Spannungsfeld erneut sichtbar.

Trotz des Versuchs und der augenscheinlichen Notwendigkeit eines Beziehungsaufbaus, der sich u.a. an den angeführten Stellen abzeichnet, scheint die Vertrauensbasis auf einem eher oberflächlichen Niveau zu bleiben. Die Fachkräfte des Sozialdienstes sind vor allem in Vermittlungspositionen wiederzufinden (B2: 206-209; 245-247; 266-269; B4: 244-249; 255-257), weshalb hier das Mehrwissen stark dominiert und die Vertrauensbasis weniger ausgeprägt ist, womit die Arbeit eher distanziert scheint (vgl. auch B1: 46-47 „Und dann habe ich öfter mal mit ihm zu tun gehabt und ihm versucht das schmackhaft zu machen."). Besonders deutlich wird das distanzierte Verhältnis durch die folgende Aussage einer Fachkraft: „Ich war viel am Telefonieren und viel am E-Mail schreiben (lacht). Zwischendrin habe ich dann meine Patienten noch gesehen und hab das alles mit denen besprochen." (B4: 260-262)[22] Darüber hinaus bleibt offen, wie sie ihren Kenntnisstand mit der Adressat*in bespricht und inwiefern sie ihr Fachwissen teilt, gleichwohl sie zunächst weitere Interventionsschritte – vermutlich der Effizienz wegen – für sich selbst vorbereitet. Ausnahme in der Vertrauensbasis ist hier wiederum der Sozialarbeiter der offenen Kinder- und Jugendpsychiatrie, der sagt, dass sie „quasi in der Psychiatrie wie eine Familie [leben]." (B3: 128) Damit begibt er sich auf Augenhöhe mit den Adressat*innen, wodurch das eigene Mehrwissen an dieser Stelle in den Hintergrund rückt.

Weiterhin wird an vielen Stellen im Datenmaterial deutlich, dass die Fachkräfte häufig Frustrationsmomente erleben, die meist mit Abbruchraten oder nicht angenommenen Empfehlungen einhergehen (B1: 19-30; B2: 83-86; B3: 104-113; 516-528). Gekoppelt an diese Frustrationsmomenten stellt sich die Frage, inwiefern sich die Fachkräfte an dem einzelnen Individuum orientieren oder doch vielmehr an der potenziellen Verlaufskurve, die sie bereits durch vorige Adressat*innen mit ähnlicher – um es im Klinikjargon auszudrücken: Symptomatik – kennen und durch dieses Vorgehen die Hilfeleistungen von geringerer Dauer sind. Die Frage ist auch, inwiefern sie dieses Vorwissen über „Krankheitsverläufe" mit den Adressat*innen thematisieren oder dieses eher implizit in ihren Handlungen mitschwingt. Dass die Fachkräfte sich innerhalb des Kliniksettings besonders durch die Vermittlungsposition in einem Dilemma zwischen Wissen und Vertrauen bewegen, ist mit der hohen

[22] An dieser Stelle deutet sich zudem eine Auftragsdiffusion („meine Patienten") an, welche ich unter 5.2 weiter erläutert werde.

interdisziplinären Fachdominanz gegenüber der Adressat*in sowie den gleichzeitigen Hürden beim Aufbau eines Vertrauensverhältnisses, sichtbar geworden.

Schützes zwölfte Paradoxie beschreibt die *„Hoheitsstaatliche Gemeinschaftsaufgaben des Professionellen und die Gefahr der Hintansetzung der Entfaltungsmöglichkeiten des Klienten [sic!] zugunsten der Wohlfahrt kollektiver Einheiten (bzw. der staatlichen Ordnung).“* (Schütze 2021, S. 248). Damit ist grundsätzlich gemeint, dass Professionelle sich in ihrem Handeln häufig in dem Dilemma zwischen der Erfüllung ihrer durch den Staat auferlegten Pflichten und gleichzeitig der individuellen Entwicklungsmöglichkeiten ihrer Klient*innen befinden, die zugunsten des staatlichen Auftrages in Teilen potenziell übergangen werden können. Allein das Setting einer stationären Sozialpsychiatrie, die eine Anlaufstelle für Menschen ist, die akute psychische Probleme haben und/oder eine Gefahr für die Allgemeinheit darstellen (vgl. Quindel 2004, S. 9), weshalb sie nach dem PsychKG (bzw. §1631b BGB oder §1906 BGB) zwangseingewiesen werden können, wirkt wie eine strukturelle Manifestierung der angeführten Paradoxie. Gleichzeitig sollte gesagt sein, dass nicht alle Menschen, welche sich in einer stationären Klinik befinden, zwangseingewiesen werden, sondern primär aus eigener Entscheidung in eine Klinik gehen – sofern sie bereits alt genug sind.

Diese angeführte strukturelle Manifestierung der Paradoxie ist auch auf Handlungsebene im Kontext der Interviews sichtbar geworden. Mit dem starken Fokus auf die weitere Angliederung bzw. Unterbringungsform (B1: 219-226; B2: 302-304; B4: 228-238) wird der Auftrag der Fachkräfte deutlich. Gleichzeitig scheint die Prämisse einer ambulanten Anbindung der individuell passenden Entscheidungsfindung zugrunde zu liegen (B2: 252-257; 349-350; B4: 111-112:[23] „Muss es tatsächlich gleich stationär sein, oder kann man es nicht mit irgendwelchen anderen Möglichkeiten erstmal versuchen?“; B4: 228-234). Es werden auch die eigenen, klaren Vorstellungen der Fachkräfte in Bezug auf den Verlauf der Klient*in verdeutlicht (B1: 46-48: „Und dann habe ich öfter mal mit ihm zu tun gehabt und ihm versucht, das schmackhaft zu machen.“; B3: 516-528). Diese Schilderung handelt von der medizinischen Rehabilitation (RPK). Das verdeutlicht zum einen die medizinische Ausrichtung in den Unterstützungsleistungen, zum anderen ist eine austherapierte Person für die staatliche Ordnung vermutlich tragbarer als jene mit einer Substanzabhängigkeit, die potenziell das Gemeinwohl gefährden könnte. Hier schließt sich daher die Frage an, ob die individuelle Entfaltungsmöglichkeit zu Gunsten der staatlichen Ordnung hintenangestellt wird. Unterstützt wird diese These durch den schnellen Abbruch der besagten Person (B1: 23-24). Auch das bereits angeführte Wissens-/Vertrauensdilemma kann diesen Abbruch mit hervorgebracht haben. (Re-)Integration ist hier jedoch das fundamentale

[23] Die direkte Aussage bezieht sich zwar auf ihr ambulantes Setting, im Kontext des Interviews verdeutlich sie jedoch, dass dies auch im stationären Setting eine ihrer Aufgaben gewesen ist.

Ziel der Fachkraft.[24] Damit wird die Herstellung der staatlichen Ordnung sichtbar, unter Einbezug der individuellen Entfaltung (B1: 156-161). Es wird aber auch bei einer anderen Fachkraft deutlich, dass potenzielle Entfaltungsmöglichkeiten der eigenen Person als wichtig und fundamental erachtet und somit wegweisend in die Entscheidung miteingebunden werden müssen. Trotz des Durchsetzens der Verlaufsvorstellungen der Fachkraft steht dies hier im Vordergrund und erweist sich schlussendlich als die bestmögliche Hilfestellung für ihren Adressaten (B4: 81-98).

In Bezug auf Kinder- und Jugendliche in vollstationärer Behandlung scheint die individuelle Entfaltung noch stärker im Fokus zu stehen (B2: 61-72; B3: 90-99), was womöglich auch mit der Schutzaufgabe des Staates gegenüber Minderjährigen nach §1 Abs. 2 SGB VIII zusammenhängt. Diesbezüglich wird durch den Sozialarbeiter aus der offenen KJP weiter verdeutlicht, dass auch in Situationen, in welchen ein*e Jugendliche*r sein Trauma durchlebt und „austickt", die Sicherheit der Gruppe gewährleistet sein muss (B3: 266-277). Auf der Metaebene wird darin sichtbar, dass der Auftrag der KJP erst dann erfüllt ist, wenn diese Prämisse auch im alltäglichen Leben eingehalten werden kann und die staatliche Ordnung durch das Individuum nicht gefährdet wird. Das verdeutlicht das hier zugrundeliegende Dilemma sehr deutlich, denn die individuelle Entfaltung kann in solch einer Abwägung zu Gunsten der gemeinschaftlichen Sicherheit auch schnell an zweiter Stelle stehen. Erschwert wird der individuelle Fokus durch gesetzliche und/oder strukturelle Rahmenbedingungen, was bei den Fachkräften Frustrationsmomente hervorruft (B1: 272-286; 317-320; 326-332; B2: 118-122; 479-484; 542-547; B3: 73-78; 108-113). Damit einher geht auch oft das Gefühl eines komplexen Arbeitsalltages (B1: 37-38; 472-474; B2: 42-46). Zudem beeinflussen Deutungshoheiten und Einrichtungsstrukturen das professionelle Handeln der Fachkräfte, weshalb ich diese zweite Schlüsselkategorie nun beleuchten werde.

5.2 Zur Deutungshoheit: Sozialarbeiterische Tätigkeiten in medizinisch dominierten Hierarchien

Bereits im vorigen Teilergebnis ist die medizinische Prägung sozialarbeiterischen Handelns auf verschiedenen Ebenen sichtbar geworden. Sei es in der Adaption medizinischer Termini (B1: 450-454; B2: 35-42; B2: 224-225; B3: 476-481; B4: 25; B4: 117-119), der teils defizitären Sichtweise (B1: 60-65; B2: 73-79; B4: 66-68) oder dem Heranziehen von Diagnostiken als Grundlage für Handlungsmethoden (B1: 207-215; B3: 168-173). Damit stellt sich die Frage, welche Position Sozialarbeiter*innen in dem klinischen, interdisziplinären Setting einnehmen. Die Fachkräfte legen selbst dar, dass sie in einem multiprofessionellen Team arbeiten (B1: 89-90; B2: 325-331; B4: 181-185). Der Sozialarbeiter

[24] Die Aussage der Sozialarbeiterin wirkt an dieser Stelle sehr konzeptionell, da ich mit der Interviewführung eine ungünstig hohe Hürde für die Beantwortung geschaffen habe. Dennoch stellt der Inhalt des Gesagten im Kern (vermutlich) ihre eigene professionelle Haltung dar.

der offenen KJP erklärt zudem, dass es sich um ein Krankenhaus handelt und dies mit Hierarchien verbunden ist:

> B3: (.) Und dann einige Heilpädagogen, (.) einige Erzieher, (.) ich glaub vier Sozialarbeiter, (.) zwei Sozialpädagogen und äh (.) eine Stationsleitung (.) und (.) eine (.) Oberäztin noch dabei. (**I:** (.) Mhm.) (.) Und das Ganze, da es halt (.) Krankenhaus is, (.) is es natürlich hierarchisch aufgebaut. Wir haben da=drüber dann noch ne Chefärztin (.) und äh (.) Abteilungsleiter und alles was dazugehört. (47-51)

Aus dieser strukturellen Beschreibung wird zudem deutlich, dass eine Chefärztin an oberster Stelle der Klinik steht und somit die medizinische Dominanz in den Strukturen sichtbar wird. Das verdeutlichen auch Beschreibungen der anderen Fachkräfte zu ihrem Arbeitsgefüge (B1: 190-194; B2: 373-377; B4: 18-20). Gleichzeitig hebt der Sozialarbeiter der offenen KJP hervor, dass „das Kernteam […] aus verschiedenen pädagogischen Professionen [besteht].“ (B3: 51-52) Weiterhin legt er den Fokus auch auf das soziale Gefüge und die Lebenswelt der Kinder/Jugendlichen (B3: 23-28; 122-125; 135-138), was seine sozialpädagogische Grundhaltung untermauert. Damit wird in seinen Beschreibungen die Relevanz der sozialarbeiterischen Profession klar in den Fokus des Handelns gerückt. Sein eigenes Auftragsverständnis wird durch die folgende adressat*innenorientierte Beschreibung weiter verdeutlicht:

> B3: (2) Also das was man sich letzten Endess häufig (.) vornehmen muss is, dass man den Kindern irgendwie ne nette Zeit bereitet und versucht (.), denen so viele Ressourcen wie möglich mitzugeben, (.) dass sie, (.) trotz des Irrsinns, der um sie herum (.) stattfindet, irgendwie zurecht kommen und (**I:** Mhm.) abgedeckt einigermaßen stabil sind. (119-122)

Es klingt auch seine professionelle Rolle im Team an: „Oder jetzt wäre nochmal eine Auftragsklärung mit den Eltern zu machen, ein Entlastungsplan für dann und dann.“ (B3: 480-481) Diese sozialarbeiterische Positionierung steht jedoch unmittelbar im Kontext medizinischer Vorgehensweisen, denn an anderen Stellen wird sichtbar, dass eine starke Identifikation mit medizinischen Themen, wie der Medikation, besteht: „Wir machen Medikamentenauslassversuch oder wir müssen nochmal hoch dosieren.“ (B3: 479) und diese im Klinikalltag auch in Beschreibungen anderer Fachkräfte eine große Rolle spielt:

> B4: (.) Ähmm dann wurde einfach so grob besprochen, wie geht=es denn den Patienten, was braucht=es da noch ähm, (.) wie schaut=es mit den Medikamenten aus (.) soo. Also es war sehr medizinisch damals. (.) (149-151)[25]

Dadurch wird auch sichtbar, dass soziale Dimensionen auf ihrer damaligen Station eine untergeordnete Rolle gespielt haben. Die Identifikation mit medizinischen Vorgehensweisen als auch die allgemeine Dominanz medizinischer Themen (B4: 197-202; 220-222) auf der einen, und die eigenen sozialarbeiterischen Aufgaben auf der anderen Seite, werfen die Frage der Positionsbestimmung im *interdisziplinären* Team auf. Eine der befragten Sozialarbeiter*innen versucht vordergründig eine

[25] Anzumerken ist an dieser Stelle, dass sich die Fachkraft auf ihre vergangene stationäre Tätigkeit bezieht, weshalb sie einen entfernteren Bezug dazu hat, wodurch sie eine Reflexion mit Distanz vornehmen kann.

Abgrenzung zu medizinischen Fragen vorzunehmen: „Macht das tatsächlich Sinn das mit mir zu besprechen oder ist das einfach was Medizinisches, was ich überhaupt nicht beantworten will und auch nicht kann.“ (B4: 119-121) Auch an anderer Stelle macht sie ihre Position klar, indem sie sich von medizinischen Themen abgrenzt und ihre sozialarbeiterische Tätigkeit näher beschreibt (B4: 331-335). Dennoch bewegt sie sich permanent in den medizinisch dominierten Klinikhierarchien, die auf Handlungsebene durch die bereits hinlänglich erläuterten Sichtweisen und Adaptionen in ihrer sozialarbeiterischen Tätigkeit sichtbar werden.

Hinzukommt, dass bei ihr und auch den anderen Fachkräften des Sozialdienstes die bereits erläuterte (zugeschriebene) Vermittlungsposition (siehe hierzu 5.1.) im Fokus steht. Diese Rolle manifestiert sich u.a. auch durch das Verhalten von anderen Professionen, da Sozialarbeiter*innen häufig Aufträge von diesen zugewiesen bekommen (B1: 259-268; B2: 202-204; B4: 128-132; 140-141; 375-377[26]). Besonders ist dies bei einer Sozialarbeiterin zu erkennen, die deutlich macht, dass meist Ärzt*innen ihr den Auftrag für ihr sozialarbeiterisches Tätigwerden in einem bestimmten „Fall“ vordefinieren (B2: 61-63; 202-204: „Und bei der Ambulanz ist es so, dass mir die Ärzte oder Psychologen einen Auftragszettel schreiben, wo auch so die Fragestellung, was beraten werden soll, draufsteht.“[27]; 228-232; 491-492: „Also ich werde immer von den Ärztinnen, Ärzten oder Oberärztinnen, -ärzten beauftragt.“). So hat die Sozialarbeiter*in nicht wirklich selbst die Möglichkeit, eine eigene fachliche Einschätzung aus erster Hand abzugeben, sondern nur im Nachgang im vorher festgelegten Rahmen. Auch von einer Sozialarbeiterin wird es so dargestellt, dass sie von den Ärzt*innen mit in den „Fall“ einbezogen wird bzw. in der Visite von möglichen Bedarfen erfährt und dann tätig wird (B4: 137-140).

Durch diese inhaltliche Auftragszuweisung klingt ein bestehendes Machtgefälle an, was ich unter 5.3 weiter beleuchten werde. Gleichzeitig ist es durch die Vermittlungsposition und die Aufgabenzuweisungen durch Ärzt*innen unklar, welchen alleinigen Auftrag Sozialarbeiter*innen im Sozialdienst – abgesehen von Antragsstellungen und (Weiter-)Vermittlungen (B1: 19-23; B2: 213-215; 248-252; 297-301; B4: 209-211; 228-238; 331-335) - im interdisziplinären Team einnehmen. An einzelnen Stellen wird auch bei diesen Fachkräften ein Abgrenzungsversuch zu anderen Fachrichtungen sichtbar. Sie sprechen hier u.a. von Empfehlungen aus pädagogischer Sicht (vgl. B2: 306), „sozialpädagogischen Anliegen“ (B4: 118) oder „[…] was Sozialpädagogische[m].“ (B4: 226) Besonders Thematiken aus dem Bereich der Jugendhilfe sind bei der Fachkraft der KJP Anhaltspunkt für sofortigen Einbezug und die Eruierung ihrer „sozialarbeiterischen Sicht.“ (B2: 294-297) Damit wird ein Versuch der inhaltlichen Positionierung gegenüber anderen Professionen vorgenommen (u.a. auch B2: 116-118; 137-141; B4:

[26] Diese beiden Beschreibungen beziehen sich zwar auf das ambulante Setting in der Sozialpsychiatrie, dennoch scheint sich diese Vorgehensweise auch im stationären Bereich manifestiert zu haben.

[27] Auch dieser Ausschnitt bezieht sich auf die Ambulanz, jedoch bekräftigt sie in einem anderen Kontext an anderer Stelle (491-492) diesen Umstand erneut.

119-121; 126-128; 266-274; 331-335). Eine Fachkraft führt eigenes Abgrenzungsvermögen und ein klares Verständnis der eigenen Aufgaben als eine wichtige Ressource in der interdisziplinären Zusammenarbeit an (B4: 429-432). Trotz der Abgrenzungsversuche bleibt die starke Abhängigkeit von medizinischen Vorgehensweisen und die Auswirkungen, die diese auf die eigene sozialarbeiterische Positionierung hat:

> B2: „Also die eine Ebene is, dass wiir (.) äh (.) das, was hier medizinisch formuliert wird (.) umsetz- (.) also (2) transs- (.) äähh (2) äh (.) also übersetzen (**I:** (.) Mhm.) (holt hörbar Luft) (.) innn ähmm (.) in (.) in das Sozialpädagogische sozusagen. […] Aber immernoch is es so (.), dass ich da schon als meine Aufgabe ansehe, (.) dass ich das, was wir hieer (.) äh erarbeiten und fan- (.) als Erkenntnis und (.) Diagnoose erstelln bei den Patienten, das dann dem Jugendamt vermitteln, (.) (holt hörbar Luft) damit die daraus was machen können. (.) Das (**I:** Mhm.) is soo (.) und dann is es so, dass (.) ääh (.) die Klinik und die Jugendämter oftmals sehr unterschiedliche (.) WÜNSCHE UND VORSTELLUNGEN HABEN, (.) und wir (**I:** Mhm.) sind die dazwischen sitzen so.“ (468-481)

Darin wird auch nochmals die allgemeine Position der Sozialarbeiter*innen verdeutlicht. Sie befinden sich nicht nur innerhalb der Klinik in einer Vermittlungsposition, sondern auch als Mittler*innen zu externen Einrichtungen/Institutionen (B1: 124-127; B2: 213-223; 232-234; B4: 255-257). Sichtbar wird in diesem Zusammenhang auch die Separation der einzelnen Professionen, indem eine dementsprechende inhaltliche Fokussierung in der Behandlung vorgenommen wird (B2: 149-152; 316-318) bzw. strukturelle Separierungen stattfinden (B1: 68-72; 303-307; B3: 467-468; 482; B4: 425-428).
Die geringe sozialarbeiterische Beschreibungssprache der befragten Fachkräfte zugunsten medizinischer Adaptionen untermauert zudem die Unsicherheit im eigenen professionellen Auftrag (B2: 102-106; B4: 66-71; 468-489). Die Unklarheit der Positionsbestimmung schlägt sich nicht nur auf sprachlicher Ebene nieder. Auch die Tatsache, dass es an einigen Stellen so wirkt, als wäre Alltagsbewältigung nicht nur alleiniges Ziel der Sozialpädagog*innen, sondern nahezu eine *interdisziplinäre* Verbindung im gemeinsamen Handeln, unterstützt dies zudem. So betont eine Fachkraft Folgendes: „Das Bestreben [der Alltagsbewältigung; AS] hat heutzutage jeder, der in der Psychiatrie arbeitet, denke ich. Anderes kommt mir jedenfalls nicht unter.“ (B1: 177-178) Auch an anderen Stellen wird diese *interdisziplinär* gelebte Verbindung (implizit) deutlich:

> B4: Also jetz brr (macht Geräusch mit Mund) (.) keine Ahnung zum Beispiel, dass ma sagen: (.) „Gut, äh wenn jetz der Arzt oder Ärztin beispielsweise der Meinung is, (.) derjenige schafft des noch Zuhause und da braucht=es nur irgendwie ambulante Anbindung im [nennt Namen der psychiatrischen Klinik A]. (.) Des reicht dann schon.“ Und ich aber eher der Meinung bin, (.) oder waar: „(.) Naja, vielleicht braucht=es da schon auch ne Einrichtung.“ (281-285)

Mit dieser beispielhaften Darlegung verdeutlicht die Fachkraft die implizite Beteiligung von Ärzt*innen an dem weiteren Vorgehen bezogen auf die sozialen Dimensionen. Sie versucht einerseits ihre inhaltliche Abgrenzung darzulegen, gleichzeitig verdeutlicht sie im weiteren Verlauf, dass beide Meinungen gleichsam beachtet werden und sie dementsprechende Interventionen planen (B4: 285-290). In einem anderen Interview scheinen Ärzt*innen Interesse am Beiwohnen bei Hausbesuchen (B2: 133-137) oder viel Kontakt zu Betreuer*innen und Angehörigen (B4: 199-204) zu haben, was auf eine

Auftragsdiffusion hinweist und den *interdisziplinär* gelebten Fokus auf Alltagsbewältigung bekräftigt. Zudem wird häufig bei Entscheidungen in diesem Bereich von einem „wir“ gesprochen (B2: 353-362; 518-520; B4: 235-238), womit die beschriebene *interdisziplinäre* Verbindung auf sprachlicher Ebene erneut sichtbar wird.

Dieser Umstand bestärkt klar die Schwierigkeiten der eigenen Positionsbestimmung innerhalb des Teams, da andere Professionen Teile des eigenen Selbstverständnisses adaptieren und dies somit kein Alleinstellungsmerkmal mehr in der eigenen Ausrichtung professionellen Handelns darstellt, da Ärzt*innen darüber mitentscheiden (B2: 518-520; B4: 235-238; 281-285). Sozialarbeiter*innen hingegen versuchen sich aus medizinischen Belangen weitestgehend herauszuhalten (B2: 468-470; B4: 119-121; 161-165; 197-202), gleichwohl sie Verhaltensweisen adaptieren (siehe oben und u.a. B4: „und dann hieß es erstmal screenen.“ (119)). Als wiederholendes Moment stellt sich zudem die Wahrnehmung der eigenen sozialarbeiterischen Tätigkeit in der Sozialpsychiatrie als besonders gegenüber anderen sozialarbeiterischen Handlungsfeldern heraus (B1: 287-290; B2: 25-27; 391-397; 400-403; B3: 417-419; B4: 3-15; 401-403). Mit diesem Umstand geht die Frage einher, welche Rolle Sozialarbeiter*innen sich selbst im Gefüge sozialarbeiterischer Handlungsfelder zuschreiben.[28] Weiterhin haben die Fachkräfte im Interview implizit soziale Belange unter Psychologische/Medizinische gestellt (B1: 326-330; B2: 154-156; 306-312; B3: 147-150; B4: 75-80). Die medizinische Dominanz wird auch damit verdeutlicht, dass Ärzt*innen in Besprechungen und Visiten laut den Sozialarbeiter*innen über das letzte Wort, sprich über die Deutungshoheit verfügen (B1: 190-194; B2: 182-184; 373-381: „[D]er Oberarzt ist mir weisungsbefugt.“). Auch scheinen externe Stellen (hier das Jugendamt) mehr Entscheidungsmöglichkeiten als die Sozialarbeiter*innen des Sozialdienstes zu besitzen:

> B2: (2) Ja also (2) (stammelt) gucken, wie überzeugt ist man davon (**I:** Mhm.) und diese dann=auch rüberbringen (.) und dann letztendlich (.) äh is es jaa (.) also, (.) die Entscheidung zu treffen ist dann nicht meine Verantwortung (.) aber meine Verantwortung ist möglichst gut rüberzubringen, (.) warum wir das eine oder das andere empfehln, (.) ne. (364-367)

Weiterhin sehen manche der Fachkräfte in der Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen das höchste Konfliktpotenzial (B2: 335-336; B4: 281-285), wodurch das zugrundeliegende Spannungsfeld (siehe 5.1) auf Handlungsebene verdeutlicht wird.

Bei der hier dargelegten, sozialarbeiterischen Funktion im *interdisziplinären* Gefüge stellt sich nun die Frage, ob es den Sozialarbeiter*innen überhaupt strukturell möglich ist, soziale Dimensionen und Problemlagen während des Klinikaufenthalts umfänglich miteinzubeziehen. Es scheint vielmehr als würden die Sozialarbeiter*innen Anträge stellen und vermittelnd tätig sein. Bestätigt wird diese Annahme durch die Aussage einer Fachkraft, die während eines Hausbesuches festgestellt hat, dass sich bei der „Patient*in“ nach ihrem Klinikaufenthalt nichts geändert hat, außer dass sie nun ihre

[28] Durch den begrenzten Rahmen meiner Arbeit kann ich jene Fragestellung an dieser Stelle nicht tiefgreifender beleuchten.

Medikamente nimmt (B4: 75-80).[29] Bei dem Sozialarbeiter der offenen KJP verhält sich dies jedoch - wie bereits angeführt – etwas anders. Dieser kann den Anspruch einer Adressat*innenorientierung unter Einbezug der Lebenswelt auch auf Handlungsebene weitestgehend gültig machen. Dennoch bewegt auch er sich in medizinisch und therapeutisch hierarchisierten Strukturen, denn seine pädagogischen Konzepte basieren auf Diagnosen und Erkrankungen der Jugendlichen (B3: 155-160; 168-175; 217-220; 263-277; 424-437). Die medizinische Deutungshoheit in Kombination mit den dadurch geprägten Klinikstrukturen sowie der *interdisziplinären* Verbindung bezogen auf Alltagsbewältigung, scheint ein weiterer einschränkender Faktor für die Durchführung sozialarbeiterischer Interventionen und der Ausbildung eines sozialarbeiterischen Professionsverständnisses zu sein. Diese Feststellung leitet gleichzeitig zum nächsten Teilergebnis über, welches das implizite Machtgefälle und die vordergründig egalitäre Darstellung von Zusammenarbeit durch die Fachkräfte in den Fokus nehmen soll.

5.3 Das vordergründig egalitäre Miteinander vs. hintergründig bestehende Machtgefälle

Mit der bereits beschriebenen Auftragszuweisung bezogen auf sozialarbeiterisches Handeln und den mit der ärztlichen Deutungshoheit einhergehenden Dynamiken, deutet sich bereits das teaminterne Machtgefälle an. Dieses wird unter anderem auch in Ungleichheiten zu den Stellenanteilen sichtbar:

> B3: (.) Wir sind glaub icchh (.) insgesamt (.) dreizehn Leute, wenn man alle Professionen mit reinnimmt. (.) (Holt hörbar Luft) Wir haben halt zwei sogenannte Behandlungsleitungen, ähm (.) also zwei Psychologen/Therapeuten. (.) Und dann einige Heilpädagogen, (.) einige Erzieher, (.) ich glaub vier Sozialarbeiter, (.) zwei Sozialpädagogen und äh (.) eine Stationsleitung (.) und (.) eine (.) Oberäztin noch dabei. (I: (.) Mhm.) (.) Und das Ganze, da es halt (.) Krankenhaus is, (.) is es natürlich hierarchisch aufgebaut. Wir haben da=drüber dann noch ne Chefärztin (.) und äh (.) Abteilungsleiter und alles was dazugehört. (47-51)

Zwar wird hier deutlich, dass es anteilig viele pädagogische/sozialarbeiterische Fachkräfte gibt, in den hierarchisch höher gestellten Positionen wiederum Therapeut*innen und Ärzt*innen zu finden sind. Der hohe Anteil pädagogischer Mitarbeiter*innen kann mit dem Setting der offenen KJP zusammenhängen. Denn eine Fachkraft des Sozialdienstes verdeutlicht, dass sie lediglich 1,5 sozialarbeiterische Stellen haben und die Ärzteschaft die größte Berufsgruppe darstellt. In ihrer Erzählung klingt implizit auch der Wunsch nach einer Erhöhung dieses Anteils an (B4: 37-46). Der Sozialarbeiter von der Station der offenen KJP schildert weiter, dass an der Visite, in welcher die Behandlungsverläufe besprochen werden, Chefärztin, Oberärztin, Stationsleitung, Therapeut*innen und eine Pädagog*in teilnehmen (B3: 461-471). Daran werden zum einen die bereits aufgedeckten medizinisch dominierten Strukturen sichtbar, zum anderen das damit einhergehende Machtgefälle. Denn es ist lediglich eine der Pädagog*innen anwesend, die sonst die meiste Zeit mit den Kindern und Jugendlichen verbringen (B3: 128-135). In den Entscheidungssituationen ist somit eine strukturelle Dominanz

[29] Weitere Beachtung findet dieser Umstand im Diskussionsteil dieser Arbeit (6.).

medizinischer und therapeutischer Fachkräfte zu beobachten. Weiterhin verdeutlicht die nachfolgende Aussage des Sozialarbeiters den Umstand, dass das pädagogische Team das Fundament des Alltags bildet und es nur zu einer kurzen Rücksprache mit den Ärzt*innen während der Teambesprechung kommt:

> B3: Ähmm (.) die (.) gesamte Zeit sind die Pädagogen und die Stationsleitung dabei (.) und die Therapeuten sind für eine Stunde dabei und die Oberärztin kommt dann auch nochmal ne halbe Stunde (.) dazu, sodass man die Themen dann schon vorsortiert und guckt, was man wann bespricht. (**I:** (.) Mhm.) (286-290)

Ausgehend von dieser Aussage stellt sich die Frage, inwiefern ein ganzheitliches Konzept in der *interdisziplinären* Zusammenarbeit möglich ist, wenn die unterschiedlichen Professionen nur solch geringe Absprachemöglichkeiten haben.[30] Das hier beschriebene und bereits in vorigen Teilen dieser Arbeit angeführte Machtgefälle, wird vordergründig von den Sozialarbeiter*innen so jedoch nicht dargestellt. Vielmehr findet an unterschiedlichen Stellen die Darstellung eines gleichberechtigten, egalitären Miteinanders statt (B1: 242-252; 303-306; 420-422; B2: 61-62: „Unsere Empfehlung war, dass sie nicht mehr Zuhause leben, sondern außerhäuslich untergebracht werden sollte."; 73-79; 351-353; B4: 165-170; 181-185; 222-225; 235-238). Eine besonders egalitäre Beschreibung des Miteinanders zeigt diese Aussage:

> B2: (.) (Holt hörbar Luft) Ähmm (2) nein (.) ähm (.) muss ich echt erstmal drüber nachdenken. Tatsächlich kommt es wirklich selten voor. (Holt hörbar Luft) (.) […] Ne, also (.) (holt hörbar Luft) ähmm (.) tatsächlich sehn wir unss (.) so, wie es auch immer (.) fast ähm (.) romantisch auf der Website steht (**I:** ((lacht))). Wir sind ein (.) multiprofessionelles (lacht) Team, (.) uunnd die Kollegen (.) aus dem Team (.) da schon ansehn, dass die meine (.) Einschätzung (.) für die sozialarbeiterischen (.) Sachen oder=also (.) Thema Jugendhilfee (.) (holt hörbar Luft) dann (.) ähmm (.) oftmals auch (.) erstmal so annehm und sehn und das als die fachliche Empfehlung sehn. (326-334)

Hier wird einerseits deutlich, dass sie aus ihrer Sicht ein gleichberechtigtes, multiprofessionell agierendes Team sind, was sich als solches respektiert und schätzt. Anderseits wird mit der Beschreibung zu ihren fachlichen Einschätzungen unterschwellig sichtbar, dass es sehr gut sein kann, dass ihre fachliche Empfehlung von den anderen Professionen angezweifelt werden könnte. Hieran schließt sich die bereits beschriebene Aufgabendiffusion an (siehe 5.2). Gleichzeitig bekräftigt eine andere Fachkraft, dass sie und ihre Kolleg*innen der unterschiedlichen Berufsgruppen jeweils sehr gut wissen, was sie können und wo die Aufgabenbereiche der Anderen beginnen und aufhören. Sie hebt in ihrer Beschreibung außerdem hervor, dass die Einschätzung auf dem Gebiet der jeweils zuständigen Fachkraft dann in der Regel auch angenommen wird (B4: 331-338). Ähnliches beschreibt auch die zuvor genannte Sozialarbeiterin (B2: 331-334). Dieses egalitäre Miteinander ist von den Fachkräften häufig durch die gelebte Diskussionskultur bekräftigt worden (B2: 185-187; 355-362; 378-383; B3: 207-211; 220-224; B4: 165-168; 274-280; 315-317). Hierbei steht wiederum der Fokus im Arbeiten auf Augenhöhe im Vordergrund. Damit wird ein klarer Widerspruch zu der bestehenden ärztlichen

[30] Siehe hierzu vertiefend den Diskussionsteil dieser Arbeit (6.).

Deutungshoheit sichtbar (B1: 190-194; B2: 182-184; B2: 217-223; 378-379: „[D]er Oberarzt ist mir weisungsbefugt."; siehe hierzu auch 5.2) und deckt somit die Widersprüchlichkeit zwischen Darstellung und den tatsächlich bestehenden Strukturen auf. Das verdeutlicht die folgende Aussage sehr gut:

> B1: (2) Die betreffende erkrankte Person trifft da schonmal (.) zu einem großen Teil die Entscheidung (4), die Therapeutin (.), spielt auch ne recht wichtige Rolle (.), immerhin spricht (.), die Ärztin oder die Psychologin jaa sehr intensiv (.) mit (.), dem betreffendn Patienten (7) uunnd (3) iinnn (.) kleinerem Rahmn (2), kann's ich (.) kann's auch gut sein, dass ich deutlich drauf hinweise, was ich für das Richtige halte. (190-194)

Mit der Anmerkung, dass sie als Sozialarbeiterin in einem kleineren Rahmen als die Therapeut*innen und Ärzt*innen auf ihre Sichtweise in Bezug auf den Behandlungsverlauf hinweist, wird die Unterordnung der eigenen professionellen Einschätzung deutlich. Eine solche Herabstufung der eigenen *Professionalität* zugunsten einer hierarchisch höher gestellten *Profession*, zeigen auch Sequenzen anderer Interviews. So beschreibt der Sozialarbeiter der offenen KJP, dass die Kontaktaufnahme der Therapeut*innen viel distanzierter und gleichzeitig ein sehr professioneller Rahmen ist (B3: 146-148), wohingegen bei ihnen im pädagogischen Team „wirklich Tacheles [geredet wird]" (B3: 148) und die Jugendlichen „einem in die Arme [fallen], weinen, schreien, was alles dazu gehört." (B3: 148-149) Diese Aussage stellt ein spannendes Momentum im eigenen professionellen Selbstverständnis dar, denn er setzt seine eigene *Professionalität* gegenüber den Therapeut*innen herab. Für ihn scheint das therapeutische Setting durch die Settinggestaltung und die Distanz professioneller. Seine Arbeit hingegen hat für ihn auf Grund des offeneren, niederschwelligen Kontextes einen geringeren Stellenwert. Hier ist die Frage immanent, ob und inwiefern es sich um eine Selbst- oder Fremdzuschreibung handelt.[31] Einhergehend mit dem hier dargelegten, hintergründig strukturell bestehenden Machtgefälle innerhalb des *interdisziplinären* Gefüges, ist auch die damit einhergehende Randständigkeit sozialer Dimensionen innerhalb der Sozialpsychiatrie sichtbar geworden, was ich bereits unter 5.2 diskutiert habe.

In einigen Schilderungen der Fachkräfte des Sozialdienstes wird vielmehr ein medizinisch/therapeutischer Fokus in der Behandlung verdeutlicht (B1: 301-306; B2: 102-111; B4: 151: „Also es war sehr medizinisch damals."; 197-202; 220-222). Anders stellt sich dies bei dem Sozialarbeiter der offenen KJP dar, welcher pädagogische Belange in seinem täglichen Handeln stark in den Fokus rückt (B3: 51-52: „Aber so das Kernteam […] besteht […] aus verschiedenen pädagogischen Professionen."; 128-138; 195-200), wenngleich er sich in dem medizinischen Klinikkontext bewegt (u.a. B3: 47-51; 476-

[31] Durch den geringen Umfang meiner Arbeit kann ich diese Frage an dieser Stelle nicht weiter eruieren.

481). Dennoch wird bei ihm - im Gegensatz zu den anderen Fachkräften - sein eigenes Professionsverständnis[32] transparent:

> B3: (.) Wenn man dann versuch (.) mit seinem theoretischen Wissen, was=in irgendwelchen Büchern steht, (.) das is immer die Grundlage, das is auch wichtich, aber (**I:** Mhm.) im Alltag (.) hilft=s den Kindern nicht, dass man studiert hat. (.) So (**I:** Mhm.) da hilft=es denen, dass du (.) die Person bist, die du grade (.) sein solltest in diesem Job. (**I:** (.) Mhm.) Und nich dein Wissen. (.) Und ähh (.) das is halt ganz (.) schwierich, wenn man da versucht da so=ne Rolle zu spieln. (593-598)

Die Aussage deutet an, dass er ein theoretisches Wissenschaftswissen als Grundlage für sein Handeln erachtet, gleichzeitig die eigene Person im Fokus professionellen Handelns steht. Hier ist für ihn Humor eine wichtige Komponente der eigenen Persönlichkeit (B4: 601-602). Eine weitere Fachkraft deutet diese Einstellung ebenfalls an: Sie sieht in einem lockeren Umgang und dem eigenen Spaß an der Arbeit in Kombination mit dem eigenen Fachwissen, wichtige Bestandteile *professionellen Handelns* (B4: 432-437).

Anzumerken ist hier, dass diese beiden Fachkräfte sich in einer jüngeren Altersgruppe befinden und ähnlich lange in ihren Kliniken arbeiten. Die beiden älteren Sozialpädagoginnen hingegen arbeiten beide schon über 20 Jahre in derselben Einrichtung und besitzen somit viel Erfahrung. Eine der beiden Sozialarbeiterinnen sieht in dieser Routine viel Potenzial (B1: 112-115; 119-121; 450-456), findet es jedoch gleichsam wichtig, diese fachlich zu reflektieren (B1: 354-359). Auch der Sozialarbeiter der offenen KJP schreibt einer Reflexion der eigenen Routine eine hohe Bedeutung zu: „Das ist ja extrem wichtig, dass man nicht so blinde Flecken irgendwie entwickelt […] und so betriebsblind wird, nur weil man das jeden Tag macht.“ (B3: 384-385)

Mit der bereits angesprochenen Aufgabendiffusion und des bestehenden Machtgefälles stellt sich nun die Frage, ob und wieweit die Sozialarbeiter*innen sich von den anderen hierarchisch höher gestellten Professionen im Alltag abgrenzen und so ihr eigenes professionelles Standing entwickeln können. Da der Sozialarbeiter der offenen KJP in vielen Bereichen pädagogische Belange stärker in den Fokus nimmt, gilt es außerdem herauszufinden, ob dies mit der Einrichtung an sich oder der eigenen Position in dieser zusammenhängt. Diese und weitere Punkte werde ich nun im hieran anschließenden Diskussionsteil erörtern.

6 Diskussion der Ergebnisse und Fazit

Der Forschungslogik der *Grounded Theory* folgend, werde ich nun die drei Schlüsselkategorien, deren induktive Entstehung aus dem Interviewmaterial ich im vorigen Kapitel erarbeitet habe, abstrahierend zusammenführen und zentrale Aspekte in Bezug zum aktuellen Diskurs setzen. Dazu werde ich u.a. auch auf die theoretische Rahmung (2.) und den aktuellen Forschungsstand (3.) zurückgreifen.

[32] An dieser Stelle ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass der Sozialarbeiter sich derzeit in seinem Masterstudium befindet und vermutlich einen anderen Zugang zu theoretischen Wissensbeständen hat als die anderen befragten Sozialarbeiterinnen.

Wie bereits der Titel dieser Arbeit verlauten lässt, handelt es sich bei den hier dargelegten *Professionsverständnissen* um die subjektiv konstruierten Wirklichkeitsvorstellungen der befragten Fachkräfte. Gleichzeitig bedeutet dies auch, dass die hier vorgestellten Wahrnehmungen nicht die einzig möglichen Konstruktionen sind. Denn diese sind so mannigfaltig, wie die Menschen, die in diesem Handlungsfeld arbeiten. Daher sollte nicht der Fehler begangen werden, diese als allgemeingültige Prämisse anzusehen. Für eine weitere Fundierung der vorgestellten Erkenntnisse und zugrundeliegenden Gemeinsamkeiten benötigt es daher weitere Studien zur Schärfung der erarbeiteten Kategorien.

Die eingangs dargelegten Paradoxien (5.1) nach Schütze (u.a. 1992; 2000; 2021) haben durch das zugrundeliegende Spannungsfeld besondere Bedeutung. Denn der ständige Zwiespalt zwischen sozialarbeiterischem Selbstverständnis und klinisch-defizitärer Sichtweise hat besonders starken Einfluss auf die sozialarbeiterische *Professionalität*. Die Orientierung an psychologischen und medizinischen Typisierungen ist hierbei nur eines der vielen konkreten Beispiele für die Adaption anderer professioneller Handlungsweisen in das eigene sozialarbeiterische Selbstverständnis. Die medizinische Deutungshoheit (5.2) spielt darin sicherlich eine begünstigende Rolle. So wird Sozialarbeiter*innen häufig keine Möglichkeit der eigenen fachlichen Einschätzung gegeben, da diese ihre Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche durch andere Professionen, besonders die der Ärzt*innen, zugewiesen bekommen (B2: 61-63; 202-204; 228-232; 491-492; B4: 137-140). Vor dem Hintergrund dieser medizinischen Dominanz liegt die These nahe, dass sozialarbeiterische Tätigkeiten keinen ausreichenden Raum im sozialpsychiatrischen Setting besitzen. So resümieren auch Sommerfeld et al. (2016, S. 6), dass soziale Dimensionen in der Sozialpsychiatrie nur rudimentäre Beachtung finden. Plastisch sichtbar wird dies in der vorliegenden Untersuchung besonders durch die Beschreibung einer Fachkraft zu einem ihrer Hausbesuche. Denn bei der aufgesuchten „Patientin“ hat sich nach dem Klinikaufenthalt nichts geändert außer, dass sie ihre Medikamente einnimmt (B4: 75-80). Es sollte daher kritisch hinterfragt werden, ob ein ganzheitlicher Ansatz – wie er u.a. auch mit dem *bio-psycho-sozialen Modell* (vgl. u.a. Pauls 2020; Pauls 2013) postuliert wird – derzeit in der Praxis überhaupt handlungspraktisch möglich ist. Hier muss weitere Forschung betrieben werden, um zu ergründen, welche Voraussetzungen es für den weiteren Einbezug sozialer Dimensionen in der Sozialpsychiatrie benötigt.

Bezogen auf die eigene *Professionalität* stellen die beiden jüngeren befragten Sozialarbeiter*innen an unterschiedlichen Stellen in den Interviews heraus, dass sie eine vertrauensvolle Beziehung als zentral für den Erfolg sozialarbeiterischer Interventionen ansehen (B3: 128-138; 195-200; 338-345;442-444; 590-593 B4: 349-356; 471-492). Gleichzeitig erachten sie jedoch die Wahrung (emotionaler) Distanz als unumgänglich (B3: 531-533; 599-602; B4: 425-428), was dem Professionsverständnis von Gahleitner (2017; 2020) nahekommt. Zudem sieht der Sozialarbeiter der offenen KJP im theoretischen Wissen die Grundlage für sein Handeln, erachtet jedoch praktisches Wissen für die

Handlungsfähigkeit als zwingend notwendig (B3: 593-598). Die Integration und Reflexion des eigenen Nicht-Wissens nach Dewe und Otto (2010), bleibt in seinem professionellen Selbstverständnis – zumindest in diesem Interview – undefiniert. Die Integration und Reflexion von Nicht-Wissen als Teil ihrer *Professionalität* deutet hingegen eine andere Fachkraft an. Sie stellt dies als einen Prozess dar und verdeutlicht gleichzeitig, dass die Handlungsfelder Sozialer Arbeit so breit gefächert sind, dass es unmöglich ist, auf jede fachliche Frage immer eine passende Antwort zu haben (B4: 465-470: „aber da bin ich mittlerweile einfach so, […] dann suche ich entweder eine zuständige Stelle heraus, wo ich hin vermitteln kann […]. Oder ich biete einen neuen Termin an und lese mich bis zu dem Termin in das jeweilige Thema ein.“). An die Reflexionsbedürftigkeit schließen sich zudem die dargelegten paradoxalen Handlungsdilemmata nach Schütze (1992; 2000; 2021) an.

Was drei der Fachkräfte bezüglich ihrer Sicht auf die eigene *Professionalität* teilen ist die Tatsache, dass sie persönliche Fähigkeiten wie Humor, Organisationstalent und Teamfähigkeit als fast wichtiger erachten als z.B. sozialrechtliches Fachwissen (B1: 470-499; B3: 584-602; 623-628; B4: 421-442). Die Fachkraft des Sozialdienstes der KJP hebt diesbezüglich besonders – neben fachlichen Qualifikationen - die Vermittlungsfähigkeit hervor (B2: 452-484). Die Sozialarbeiter*innen verbindet demnach, dass sie sowohl individuelle Persönlichkeitsmerkmale als auch das eigene Fachwissen als Teil ihrer *Professionalität* erachten, wie es auch Becker-Lenz und Müller-Herrmann (2013) in ihrem Konzept des *professionellen Habitus* beschreiben. Ergänzend zu diesen beiden Komponenten führen die Autor*innen jedoch noch berufsethische Werte und Maxime an, welche nicht erlernbar sind. Jene sind in den geführten Interviews nicht in ausgeprägtem Umfang sichtbar geworden.

Diese professionellen Selbstverständnisse können in der Sozialpsychiatrie nicht losgelöst vom *interdisziplinären* Gefüge betrachtet werden. Der terminologischen Abgrenzung zwischen *Inter-* und *Multidisziplinarität* nach Wider und Schmocker (2018, S. 192f.) folgend (2.3.1), können in den Erzählungen der Fachkräfte viel eher Ansätze einer *multidisziplinären* Kooperation, als einer *interdisziplinären* gefunden werden. Denn es scheint, als würden die Disziplinen zu unterschiedlichen Aspekten im gleichen Fall nebeneinander und nicht in einem synthetischen Miteinander arbeiten. Begünstigend hierfür sind auch die nur geringen Absprachemöglichkeiten. Auch die Fachkräfte selbst schildern ihr Team als ein *multiprofessionelles* (B1: 89-90; B2: 325-331; B4: 181-185), was diese Vermutung unterstützt. Dieser Eindruck eines eher oberflächlichen Nebeneinanders und der in letzter Instanz entscheidungsmächtigen Dominanz der Chef- und Oberärzt*innen, ist für mich durch meine eigenen handlungspraktischen Erfahrungen in der Sozialpsychiatrie kein neuer Umstand. Mit dieser *experiential data* verdichtet sich die generierte Theorie einer von geringer Abgrenzung geprägten *Professionalität* und der eigenen Unterordnung von Sozialarbeiter*innen zu Gunsten von Mediziner*innen. Zu betonen ist hierbei, dass ich mich in meiner Forschungsarbeit dem *Prinzip der Offenheit* verschrieben habe, weshalb mein Ziel nicht die Überprüfung jener bestehender Vorannahmen ist. Vielmehr ist es mir an

der Rekonstruktion unterschiedlicher *Professionsverständnisse* der Fachkräfte gelegen. Dass sich jene Annahmen nun bestätigen, ist ein Ergebnis des interpretativ ausgerichteten Forschungsprozesses.

Dieser Umstand der geringen Abgrenzung lenkt den Blick auf den Stand und die *Professionalität* der Sozialarbeiter*innen im Team. Durch u.a. geringe Stellenanteile Sozialarbeitender (B3: 47-51; 461-471; B4: 37-46) wird deutlich, dass soziale Dimensionen – wie bereits erwähnt – nur marginaler Bestandteil der *inter-/multidisziplinären* Zusammenarbeit sind. Die zugeschriebene Vermittlungsrolle Sozialarbeitender verdeutlicht diese Randständigkeit und das implizite Machtgefälle (5.3). Durch diese strukturell bedingte augenscheinliche, geringere Wertigkeit sozialarbeiterischer Tätigkeiten in der Psychiatrie, liegt es nahe, dass Sozialarbeiter*innen in diesem Handlungsfeld medizinische Betrachtungsweisen in ihr eigenes *Professionsverständnis* einbeziehen. In weiterführender Forschung sollte hierbei in den Blick genommen werden, was die unterschiedlichen Positionen der Sozialarbeiter*innen für Auswirkungen auf ihr *Professionsverständnis* haben. Denn wie bereits erläutert besitzt der Sozialarbeiter auf der Station einer offenen KJP eine andere Handlungswirksamkeit und Sicht auf Adressat*innen als jene Fachkräfte des Sozialdienstes. Ob und wenn ja wie diese unterschiedlichen Positionen im Gefüge eine Rolle für das eigene Selbstverständnis spielen, bedarf daher einer weiteren Überprüfung. Außerdem gilt es in umfänglicheren Forschungsprojekten herauszuarbeiten, inwiefern die egalitäre Darstellung des *interdisziplinären* Miteinanders eine von Sozialarbeiter*innen gewählte Beschreibung ist, oder ob sich auch andere Professionen in der Sozialpsychiatrie dieser Darstellungsform bedienen.

Um das Verhältnis von Medizin und Sozialer Arbeit auf professionstheoretischer Ebene zu vergleichen, führt Schütze (2021, S. 39ff.) die Professions- und Wissenschaftsarchitekturen der beiden Professionen an. Er kommt zu dem Entschluss, dass „der Professions- und Wissenschaftsaufbau der Sozialarbeit- und derjenigen der Medizin viele mental-„architektonische“ Ähnlichkeiten aufweis[t].“ (ebd., S. 98) Dabei stellt er immer wieder heraus, dass es sich sowohl bei der Medizin als auch Sozialen Arbeit nicht um Wissenschaften, sondern um Professionen handelt, die jedoch auf „‘höhersymbolischen‘ Sinnquellen von Wissenschaft“ (ebd., S. 99) beruhen. Er betitelt Soziale Arbeit als „bescheidene Profession“, Medizin hingegen als „stolze Profession“ (ebd., S. 92ff.). Diese Betitelung hängt sicher auch mit der bislang kurzen Entwicklungshistorie der Profession Sozialer Arbeit zusammen (vgl. ebd., S. 103f.). Die Medizin hingegen kann als eine der drei Leitprofessionen angesehen werden, die auf eine lange Tradition und damit einhergehender Etablierung ihrer selbst zurückblicken kann (vgl. Knoll 2010, S. 15ff.). Schütze (2021, S. 269) betont gleichzeitig, „[d]ass Soziale Arbeit […] ‚nur‘ eine ‚bescheidene‘ Profession ist, die vornehmlich mit alltagsweltlich manifestierten Problemkonstellationen zu tun hat, bedeutet nicht, dass ihre Aktivitäten und ihre Erkundungs- und Forschungsprozesse im Prinzip weniger wissenschaftlich fundiert und analytisch ausgerichtet seien.“ Ihr

Professionsaufbau sei ähnlich komplex, wie die der „stolzen Professionen“ (Medizin, Jurisprudenz, Schullehrtätigkeit), weshalb sie sich nicht hinter diesen verstecken sollte (vgl. ebd., S. 274). Er geht sogar so weit, dass er Soziale Arbeit als Vorreiterin in der Professionsentwicklung ansieht. Denn Soziale Arbeit vermag es seit geraumer Zeit, *interdisziplinär* fallbezogen zu agieren und ist somit anderen *Professionen* wie der Medizin voraus (vgl. Schütze 1992, S. 166). Auf dieses Alleinstellungsmerkmal sollte sich die Soziale Arbeit stärker fokussieren, um so auch in der Praxis handlungsmächtiger zu agieren.

So sehen auch Völter et al. (2020, S. 12) Soziale Arbeit zwar professionssoziologisch als eigenständige Profession an, „[d]ennoch werden Sozialarbeiter_innen [sic!] im Gefüge anderer Professionen und in Organisationen zu wenig Entscheidungsbefugnis und professionelle Autorität zuerkannt.“ (ebd.) Das eigene geringe Selbstbild der Sozialarbeitsprofession spielt hierbei mit Sicherheit eine tragende Rolle. Die teils selbstzerstörerische Rhetorik einiger Sozialarbeiter*innen führt nicht nur dazu, dass neue kreative Handlungsansätze unbeachtet bleiben, sondern vor allem die hohe Selbstkritik auch nach außen getragen wird (vgl. Schütze 2021, S. 287). Sommerfeld et al. (2016, S. 84) appellieren, dass die interprofessionelle Kooperation im sozialpsychiatrischen Handlungsfeld neu verhandelt werden muss, damit Soziale Arbeit „über den aktuellen Status einer wertgeschätzten Hilfsprofession hinausgelang[t] […]. Für die Gestaltung einer ‚echten‘ interprofessionellen Kooperation, die nicht einfach über Delegation von aus medizinischer Sicht definierten Aufgaben läuft, ist ein übergreifendes Konzept notwendig, das im Gesundheitssystem Geltung hat.“ (ebd.)

Auch Wider und Schmock (2018, S. 206ff.) fordern die Disziplin und Profession Sozialer Arbeit auf, sich im *interdisziplinären* Gefüge stärker zu positionieren sowie den disziplinären Standpunkt Sozialer Arbeit zu schärfen (vgl. ebd., S. 206f.). Diese Apelle deuten dabei die bislang uneindeutig definierten Professionsgrenzen und das damit einhergehende, unkonkret bleibende professionelle Selbstverständnis Sozialer Arbeit an. Diese Unklarheit in der eigenen *Professionalität,* ist auch besonders in der Auftragsdiffusion in der vorliegenden Studie sichtbar geworden ist. Schwierigkeiten in der Aufgabendefinierung Sozialarbeitender im Gesundheitswesen haben auch bereits andere Studien gezeigt (Sommerfeld et al. 2016; Bosshard 2013; Geißler-Piltz 2009). Miller (2011, S. 243) stellt die Wichtigkeit der *Transdisziplinarität* in den Vordergrund. Laut ihr kann Soziale Arbeit „[o]hne den Begriff der Transdisziplinarität […] weder theoretisch noch praktisch zureichend beschr[ieben] [werden].“ Das heißt auch, dass Soziale Arbeit erst mit einer „disziplinären Bedeutungszuschreibung“ (ebd.) kooperativ an den Schnittstellen ihrer Bezugswissenschaften arbeiten kann (vgl. ebd.). Dies verdeutlicht wiederum die Relevanz der Definierung sozialarbeiterischer Professionsgrenzen, was auch Schmitt; Witte (2018, S. 18) und Kaminsky (2018, S. 16) hervorheben.

Da die meisten ihrer Bezugswissenschaften die eigenen Grenzen bereits klarer gefasst haben, ist es umso wichtiger es ihnen gleich zu tun, um Auftragszuweisungen zu umgehen und sich somit als

Profession selbstbewusst zu etablieren. Hierfür benötigt es weitere Forschung, um mithilfe qualitativ-rekonstruktiver Methoden das Handlungsrepertoire zu erweitern und dadurch neue Abgrenzungsmöglichkeiten zu schaffen. Zudem kann die vorliegende Arbeit als Grundlage für weitere professionstheoretische Forschungsvorhaben in der Sozialpsychiatrie dienen. So gilt es zu ergründen, inwiefern sich die Alltagsbewältigung als *interdisziplinäre* Verbindung auf praktischer Handlungsebene auszeichnet. Diese Klärung ist zudem für die notwendige eigene professionelle Abgrenzung hilfreich. Forschungspraktische Beachtung sollte zudem die Frage nach dem Selbstbild von Sozialarbeiter*innen im *interdisziplinären* Team erhalten. In den Interviews ist bereits angeklungen, dass sie ihr Handlungsfeld als besonders gegenüber anderen Feldern ansehen. Hier schließt sich die Frage an, wie sich diese Einschätzung in das professionelle Selbstverständnis integriert.

Mit den angeführten Diskurssträngen und Überlegungen konnte ich verdeutlichen, dass die vorliegende Forschung zum einen direkte Relevanz für die weitere Elaboration des (Berufs-)Standes Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie besitzt und zum anderen die zugrundliegenden Diskussionen auch abseits dieses Handlungsfeldes von Bedeutung sind. Soziale Arbeit sollte beginnen, nicht nur die eigenen Adressat*innen zu empowern, sondern auch sich als eigenständige *Profession* – sowohl im berufspolitischen als auch disziplinären Kontext – zu etablieren. Weg von dem Image einer „Hilfsprofession“ auf disziplinärer und handlungspraktischer Ebene zu gelangen, sollte das Ziel aller Sozialarbeiter*innen sein, sowohl in der stationären Sozialpsychiatrie als auch in den übrigen sozialarbeiterischen Handlungsfeldern.

Literaturverzeichnis

Bauer, Petra (2011): Multiprofessionelle Kooperation in Teams und Netzwerken - Anforderungen an Soziale Arbeit. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik. 9. Jg., Heft 4, S. 341–361.

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (o.J.): Psychische Gesundheit in Zeiten der Corona-Krise. https://www.stmgp.bayern.de/coronavirus/psychische-gesundheit-in-zeiten-der-corona-krise/ [Zugriff: 12.07.2021].

Becker-Lenz, Roland et al. (2013): Einleitung: "Was bedeutet Professionalität in der Sozialen Arbeit?". In: Becker-Lenz, Roland (Hrsg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit: Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. 3. Aufl., Wiesbaden, S. 11-19.

Becker-Lenz, Roland; Müller-Herrmann, Silke (2013): Die Notwendigkeit von wissenschaftlichem Wissen und die Bedeutung eines professionellen Habitus für die Berufspraxis der Sozialen Arbeit. In: Becker-Lenz, Roland et al. (Hrsg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. 3. Aufl., Wiesbaden, S. 203-229.

Bischkopf, Jeannette et al. (Hrsg.) (2017): Soziale Arbeit in der Psychiatrie: Lehrbuch. Köln.

Blauert, Berthold (1988): Was müssen Sozialarbeiter in der Psychiatrie können? In: Sozialpsychiatrische Informationen. 18. Jg., Heft 1, S. 8-12.

Bock, Thomas; Kluge, Ulrike (2017): Der sich und Anderen helfende Mensch. In: Dörner, Klaus et al. (Hrsg.): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. 24. Aufl., Köln, S. 31–90.

Bösel, Maren (2020): Integration von sozialarbeiterischen Interventionen in die stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung. Eine Erhebung sozialer Probleme und sozialtherapeutischer Beratungsfoki von Patienten in konfliktorientierten und strukturbezogenen Behandlungssettings. Dissertation, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.

Bösel, Maren et al. (2014): Integration sozialarbeiterischer Kompetenz in die psychotherapeutische Versorgung. In: Psychotherapeut. 59. Jg., Heft 6, S. 474–479.

Bösel, Maren; Gahleitner, Silke B.; Pauls, Helmut (2020): Soziale Arbeit und Psychotherapie - ein schwieriges, jedoch auch fruchtbares Verhältnis. In: Bösel, Maren und Gahleitner, Silke B. (Hrsg.): Soziale Interventionen in der Psychotherapie. Interdisziplinär und interprofessionell denken und handeln. Stuttgart, S. 41–51.

Bosshard, Marianne et al. (2013): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. 5. Aufl., Köln.

Buttner, Peter; Pohlmann, Stefan (2020): Soziale Diagnostik in der Psychiatrie. In: Buttner et al. (Hrsg.): Soziale Diagnostik in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit. Handbuch Soziale Diagnostik, Band 2. Berlin, S. 112-136.

Carigiet, Erwin (2004): Klinische Sozialarbeit aus gesundheitspolitischer Sicht. http://docplayer.org/71690776-Klinische-sozialarbeit-aus-gesundheitspolitischer-sicht.html [Zugriff: 28.05.2021].

Carlin, Andreas; Haas, Nadine; Räth, Martin (2008): Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Psychiatrie: Eine Forschungsarbeit über die Funktion der Sozialarbeit in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Bachelorarbeit, Hochschule Luzern.

Cloos, Peter (2010): Soziale Arbeit als Profession - Theoretische Vergewisserungen und Perspektiven. In: Hammerschmidt, Peter; Sagebiel, Juliane (Hrsg.): Professionalisierung im Widerstreit. Zur Professionalisierungsdiskussion in der Sozialen Arbeit - Versuch einer Bilanz. Neu-Ulm, S. 25-41.

Crefeld, Wolf (2005): Psychiatrische Sozialarbeit - Realität, Utopie oder Programm? In: Psychosozial. 28. Jg., Heft 3, S. 59-66.

Dewe, Bernd; Otto, Hans-Uwe (2010): Reflexive Sonderpädagogik. Grundstrukturen eines neuen Typs dienstleistungsorientierten Professionshandelns. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 3. Aufl., Wiesbaden, S. 197-218.

Flick, Uwe (2014): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 6. Aufl. Reinbek bei Hamburg.

Gahleitner, Silke B. (2017): Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen. Weinheim, Basel.

Gahleitner, Silke B. (2020): Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. In: Völter, Bettina et al. (Hrsg.): Professionsverständnisse in der Sozialen Arbeit. Weinheim, Basel, S. 101-111.

Geißler-Piltz, Brigitte (2009): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. In: Geißler-Piltz, Brigitte; Gerull, Susanne (Hrsg.): Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Opladen, Farmington Hills, S.13-18.

Geißler-Piltz, Brigitte; Gerull, Susanne (2009a) (Hrsg.): Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Opladen, Farmington Hills.

Geißler-Piltz, Brigitte; Gerull, Susanne (2009b): Einleitung. In: Geißler-Piltz, Brigitte; Gerull, Susanne (Hrsg.): Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Opladen, Farmington Hills, S. 9-12.

Gerull, Susanne (2009a): Forschungsdesign der Studie. In: Geißler-Piltz, Brigitte; Gerull, Susanne (Hrsg.): Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Opladen, Farmington Hills, S.19-23.

Gerull, Susanne (2009b): "Das ist unsere Mutti für alles. Das ist die Sozialarbeiterin" Professionelle Identität in der Sozialen Arbeit. In: Geißler-Piltz, Brigitte; Gerull, Susanne (Hrsg.): Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Opladen, Farmington Hills, S.121-130.

Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L. (2008) [1967]: Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. 2. Aufl., 1. Nachdruck. Bern.

Griese, Birgit; Griesehop, Hedwig R. (2010): Symbolischer Interaktionismus. In: Bock, Karin und Miethe, Ingrid (Hrsg.): Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen, S. 48-57.

Helfferich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Aufl., Wiesbaden.

Helsper, Werner (2016): Antinomien und Paradoxien im professionellen Handeln. In: Dick, Michael; Marotzki, Winfried; Mieg, Harald (Hrsg.): Handbuch Professionsentwicklung. Bad Heilbrunn, S. 50-62.

Helsper, Werner (2021): Professionalität und Professionalisierung pädagogischen Handelns: eine Einführung. Opladen, Toronto.

Hildebrandt, Helmut (1988): Zur Geschichte der Sozialarbeit in der Psychiatrie Deutschlands. In: Sozialpsychiatrische Informationen. 18. Jg., Heft 1, S. 35-42.

Hoffmann-Riem, Christa (1994): Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie - Der Datengewinn. In: Hoffmann-Riem, Wolfgang; Pieper, Marianne; Riemann, Gerhard (Hrsg.): Elementare Phänomene der Lebenssituation: Ausschnitte aus einem Jahrzehnt soziologischen Arbeitens. Weinheim, S. 20-70.

Homfeldt, Hans G.; Sting, Stephan (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung. München.

Hunkeler, Helen; Zekaj, Katja (2019): Sozialarbeit in einer psychiatrischen Klinik: Eine Forschungsarbeit über die Arbeitsweisen in den verschiedenen Fachbereichen einer psychiatrischen Klinik und die Zusammenarbeit innerhalb eines interdisziplinären Teams. Bachelorarbeit, Hochschule Luzern.

Kaba-Schönstein, Lotte; Kälble, Karl (2004): Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP). Frankfurt am Main.

Kaminsky, Carmen (2018): Soziale Arbeit - normative Theorie und Professionsethik. Opladen, Berlin, Toronto.

Knoll, Andreas (2010): Professionelle Soziale Arbeit. Professionstheorie zur Einführung und Auffrischung. 3. Aufl., Freiburg.

Köngeter, Stefan (2013): Professionalität in den Erziehungshilfen. In: Becker-Lenz, Roland et al. (Hrsg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit: Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. 3. Aufl., Wiesbaden, S. 183-200.

Köngeter, Stefan (2017): Professionalität. In: Kessl, Fabian et al. (Hrsg.): Soziale Arbeit - Kernthemen und Problemfelder. Opladen, Toronto, S. 87-105.

Kraimer, Klaus; Altmeyer, Lena (2017): Professionalisierung. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 8. Aufl., Baden-Baden, S.667f.

Krumm, Silvia (2019): Charakteristika qualitativer Forschung. In: Krumm, Silvia; Kilian, Reinhold; Löwenstein, Heiko (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie. Eine Einführung in Methodik und Praxis. Köln, S. 33-45.

Krumm, Silvia; Becker, Thomas (2012): Historische Aspekte und Konzepte der Sozialpsychiatrie. In: Schmid, Marc et al. (Hrsg.): Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen, Bristol, S. 40-57.

Krumm, Silvia; Kilian, Reinhold; Löwenstein, Heiko (2019): Einführung: Sinn-Verlust und Sinn-Rekonstruktion. Grundzüge, Methoden und Perspektiven qualitativer Forschung in der Sozialpsychiatrie. In: Krumm, Silvia; Kilian, Reinhold; Löwenstein, Heiko (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie. Eine Einführung in Methodik und Praxis. Köln, S. 9-19.

Krüger, Ulrich (2017): Sozialpsychiatrie. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 8. Aufl., Baden-Baden, S. 843.

Kubisch, Sonja (2018): Professionalität und Organisation in der Sozialen Arbeit. Eine Annäherung aus praxeologischer Perspektive. In: Bohnsack, Ralf; Kubisch, Sonja; Streblow-Poser, Claudia (Hrsg.): Soziale Arbeit und Dokumentarische Methode. Methodologische Aspekte und empirische Erkenntnisse. Opladen, Berlin, Toronto, S. 171-196.

Kunzler, Angela M. et al. (2021): Mental burden and its risk and protective factors during the early phase of the SARS-CoV-2 pandemic: systematic review and meta-analyses. In: Global Health. 17 Jg., Heft 1, S. 17-34.

Labhart, David (2019): Interdisziplinäre Teams in inklusiven Schulen. Eine ethnografische Studie zu Fallbesprechungen in multiprofessionellen Gruppen. Bielefeld.

Mieg, Harald A. (2016): Profession: Begriff, Merkmale, gesellschaftliche Bedeutung. In: Dick, Michael; Marotzki, Winfried; Mieg, Harald (Hrsg.): Handbuch Professionsentwicklung. Bad Heilbrunn, S. 27-40.

Miethe, Ingrid; Gahleitner, Silke B. (2010): Forschungsethik in der Sozialen Arbeit. In: Bock, Karin; Miethe, Ingrid (Hrsg.): Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen, S. 573-581.

Miller, Tilly (2011): Soziale Arbeit: Perspektiven. In: Schumacher, Thomas (Hrsg.): Die Soziale Arbeit und ihre Bezugswissenschaften. Stuttgart, S. 241-255.

Misoch, Sabina (2019): Qualitative Interviews. 2.Aufl., Berlin.

Mohler-Kuo, Meichun et al. (2021): Stress and Mental Health among Children/Adolescents, Their Parents, and Young Adults during the First COVID-19 Lockdown in Switzerland. In: International journal of environmental research and public health. 18. Jg. URL: https://www.mdpi.com/1660-4601/18/9/4668 [Zugriff: 12.07.2021].

Motzke, Katharina (2014): Soziale Arbeit als Profession. Zur Karriere „sozialer Hilfstätigkeit“ aus professionssoziologischer Perspektive. Opladen, Berlin & Toronto.

Ningel, Rainer (2011): Methoden der Klinischen Sozialarbeit. Bern, Stuttgart.

Pauls, Helmut (2013): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. 3. Aufl., Weinheim.

Pauls, Helmut (2020): Das biopsychosoziale Modell im Kontext sozialer Mitbehandlung. In: Bösel, Maren; Gahleitner, Silke B. (Hrsg.): Soziale Interventionen in der Psychotherapie. Interdisziplinär und interprofessionell denken und handeln. Stuttgart, S. 29–40

Portmann, Marlis (2016): Interprofessionalität - Interdisziplinarität: Gemeinsam Und Verschieden: Wie Gesundheitsorganisationen Ihr Potential nutzen. Masterarbeit, Hochschule Luzern.

Preger, Arno (2008): Interdisziplinarität und Transdisziplinarität in der sozialen Arbeit. Analyse und Perspektiven. Saarbrücken.

Przyborski, Aglaja; Wohlrab-Sahr, Monika (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4. Aufl., München.

Quindel, Ralf (2004): Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle. Das Selbstverständnis der Professionellen in der Sozialpsychiatrie. Bonn.

Rosenthal, Gabriele (2015): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. 5. Aufl., Weinheim.

Schmitt, Caroline; Witte, Matthias, D. (2018): Zur Bedeutung von Bezugswissenschaften für die Soziale Arbeit. Eine Einführung. In: Schmitt, Caroline; Witte, Matthias D. (Hrsg.): Bezugswissenschaften der Sozialen Arbeit. Einführung in die Soziale Arbeit. Baltmannsweiler, S. 7-27.

Schütze, Fritz (1992): Sozialarbeit als „bescheidene“ Profession. In: Dewe, Bernd; Ferchhoff, Wilfried; Olaf-Radtke, Frank (Hrsg.): Erziehen als Profession: Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen, S. 132-170.

Schütze, Fritz (2000): Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns: ein grundlagentheoretischer Aufriß. In: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung. 1. Jg., Heft 1, S. 49-96.

Schütze, Fritz (2021): Professionalität und Professionalisierung in pädagogischen Handlungsfeldern: Soziale Arbeit. Opladen & Toronto.

Silkenbeumer, Mirja; Thieme, Nina; Kunze, Katharina (2017): Kooperation in multiprofessionellen Handlungskontexten. In: Neue Praxis. Sonderheft 14, S.35-42.

Sommerfeld, Peter; Hollenstein, Lea; Calzaferri, Raphael (2011): Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit. Wiesbaden.

Sommerfeld, Peter; Hollenstein, Lea; Krebs, Marcel (2008): Entwicklungsperspektiven der Sozialen Arbeit in der integrierten Psychiatrie Winterthur. Bericht eines kooperativen Entwicklungsprojekts. Olten.

Sommerfeld, Peter; Rüegger, Cornelia (2013). Soziale Arbeit in der Sozialen Psychiatrie. In: Rössler, Wulf; Kawohl, Wolf (Hrsg.): Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2: Anwendung. Stuttgart, S. 396-406.

Sommerfeld, Peter et al. (2016): Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden.

Spiegel, Hiltrud von (2018): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis. 6. Aufl., Stuttgart.

Strauss, Anselm L. (1987): Qualitative analysis for social scientists. Cambridge.

Strauss, Anselm L. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. 2. Aufl., 1. Nachdruck. München.

Strübing, Jörg (2014): Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils. 3. Aufl., Wiesbaden.

Strübing, Jörg (2019): Grounded Theory und Theoretical Sampling. In: Baur, Nina und Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 2. Aufl., Wiesbaden, S. 525-544.

Thieme, Nina; Silkenbeumer, Mirja (2017): Herausforderungen Sozialer Arbeit in multiprofessionellen Handlungskontexten. In: Neue Praxis. Sonderheft 14, S. 3-12.

Thiersch, Hans (2009): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit: Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 7. Aufl., Weinheim/München.

Thiersch, Hans; Grunewald, Klaus (2014): Lebensweltorientierung. In: Thiersch, Hans (Hrsg.): Soziale Arbeit und Lebensweltorientierung: Konzepte und Kontexte – Gesammelte Aufsätze, Band. 1. Weinheim, Basel, S. 327-363.

Thole, Werner (2012): Die Soziale Arbeit – Praxis, Theorie, Forschung und Ausbildung. Versuch einer Standortbestimmung. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Aufl., Wiesbaden, S. 19-70.

Völter, Bettina et al. (2020): Professionsverständnisse in der Sozialen Arbeit – eine Einführung. In: Völter et al. (Hrsg.): Professionsverständnisse in der Sozialen Arbeit. Weinheim, Basel, S. 7-26.

Walther, Christoph (2017): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. In: Bischkopf, Jeannette et al. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie: Lehrbuch. Köln, S. 15-37.

Weltzien, Dörte et al. (2016): Multiprofessionelle Teams in Kindertageseinrichtungen. Evaluation der Arbeitsprozesse und Arbeitszufriedenheit von multiprofessionell besetzten Teams in Baden-Württemberg. Weinheim, Basel.

Wider, Diana; Schmocker, Beat (2018): Interdisziplinarität und Interprofessionalität als Perspektive einer disziplinär ausgerichteten Sozialen Arbeit – ein Ausblick. In: Schmitt, Caroline; Witte, Matthias D. (Hrsg.): Bezugswissenschaften der Sozialen Arbeit. Einführung in die Soziale Arbeit. Baltmannsweiler, S. 189-210.

Anhang

Erzählimpulse der Interviews
(Stand: 18.03.2021)

1. **Selbstpräsentation der Expert*in** *(Position, Aufgabenbereich in der Klinik etc.)*

➔ **Erzählimpuls:** Wie ist es dazu gekommen, dass Sie heute in der Sozialpsychiatrie arbeiten?

- Mögliche Nachfrage: Welche Position haben sie dort heute?
- Wie lange sind sie schon bei ihrer jetzigen Arbeitsstelle/im Arbeitsfeld?
- Hatten Sie schon immer vor, in dem Bereich zu arbeiten?

2. **Stimulierung einer selbstläufigen Sachverhaltsdarstellung: Zusammenarbeit mit einer Adressat*in**

(interessierenden Themenbereich mit einer offenen Frage einleiten)

➔ **Erzählimpuls:** Ich interessiere mich ja für ihr Arbeitsfeld, erzählen Sie gerne einmal eine Geschichte über eine Zusammenarbeit mit einer Adressat*in, (die Ihnen im Kopf geblieben ist).

Immanente Nachfrage:

a. Was hatten Sie selbst mit ihr für Kontaktpunkte?

b. Welche Kontaktpunkte hatten Kolleg*innen mit ihr?

➔ Gezielt zur Geschichte

3. **Exmanente Nachfrage – Aufforderung zur spezifischen Sachverhaltsdarstellung: Konflikte im Team**

(falls sich Fragen zum spezifischen Forschungsinteresse noch nicht geklärt haben, dann an dieser Stelle fragen – ggf. als Problem formulieren; Stimulation Erfahrungswissen preiszugeben)

➔ **Erzählimpuls:** Nun, jetzt haben wir uns schon viel über Abläufe in der Sozialpsychiatrie unterhalten, mich würde es nun interessieren, ob es bei dieser Geschichte unterschiedliche Perspektiven im Team gab? Wenn ja, wie sind sie damit umgegangen?

- **Mögliche Nachfrage**: Wie gehen Sie generell mit Konflikten im Team um(, die durch unterschiedliche Sichtweisen auf die Patient*innenbehandlung geprägt sind)?
- Wie würde der Konflikt gelöst und die Entscheidung zur Weiterarbeit gefällt werden? Würde sie im Team getroffen werden oder von einer einzelnen Person?
- Gibt es auch manchmal Anweisungen, mit denen Sie/ihr Team nicht einverstanden sind? Wenn ja, wie gehen Sie damit um?

4. Aufforderung zu Theoretisierung/Generierung von Deutungswissen: Praxisanleitung

*(Interviewpartner*in sollte Einschätzungen vornehmen, Schlüsse ziehen, Diagnosen wagen, Prognosen entwickeln, verallgemeinern, theoretisieren)*

➔ **Erzählimpuls:** Wie erleben Sie die Praxisphase mit Studierenden in der Klinik?

a. Wie organisieren Sie eine Anleitung?

b. Wie würden Sie sie einlernen?

c. Wie erleben Sie die Person im Laufe der Zeit?

Ggf.

d. In welche Prozesse würde die Person integriert werden?

e. Mit wem würde sie als erstes bekannt gemacht werden?

f. Wen würde sie begleiten und mit wem zusammenarbeiten?

➔ **Erzählimpuls:** Was würden Sie sagen sind aus Ihrer Sicht als Sozialarbeiter*in/Sozialpädagog*in die herausforderndsten Momente im Klinikalltag?

➔ **Erzählimpuls:** Nun stellen sie sich einmal vor: Sie möchten eine neue Stelle besetzen, was sollte ihre neue Kolleg*in mitbringen, welche Anforderungen würden sie beim Suchen stellen?

Quelle der Struktur: Przyborski, Aglaja; Wohlrab-Sahr, Monika (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4. Aufl., München, S. 119-125.