



Masterarbeit

Erfolgs- und Misserfolgskriterien der poststationären Netzwerkkoordination

Eine qualitative Ergänzungsarbeit zum
Teilprojekt Poststationäre Netzwerkkoordination
der ZInEP-Studie

Ursula Sutter

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referentin: Agnes von Wyl, Prof. Dr. phil.

Bern, Mai 2014

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges in Angewandter Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Abstract

Diese empirische Arbeit eruiert Schlüsselkriterien für den Erfolg/Misserfolg der poststationären Netzwerkkoordination. Es handelt sich dabei um eine Ergänzungsarbeit zum Teilprojekt «Poststationäre Netzwerkkoordination» der ZInEP Studie. Diese erforscht die Wirksamkeit der sozialarbeiterischen Austrittscoordination von stationärer zu ambulanter Versorgung bei Patientinnen und Patienten mit weniger ausgeprägter Inanspruchnahme. Die Stichprobe bildeten zehn Fälle aus der Behandlungsgruppe. Untersucht wurden Dokumente der poststationären Netzwerkkoordination (Checklisten, Netzwerkkarten, Verlaufsberichte), Testergebnisse der ZInEP-Studie sowie Interviews mit den beiden, für die poststationäre Netzwerkkoordination zuständigen Sozialarbeitenden. Ein spezieller Fokus lag auf der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten Menschen, die, obwohl sie als schwierig gelten, in dieser Studie nicht ausgeschlossen wurden. Die theoretische Grundlage lieferten soziale Unterstützung, Compliance, Entlassungsplanung und Netzwerkkoordination, die Netzwerkkoordination im Forschungsprojekt, weniger ausgeprägte Inanspruchnahme, Persönlichkeitsmerkmale von Abhängigkeitserkrankten, die Arbeit mit Menschen mit einer Substanzproblematik sowie vorliegende Forschungsergebnisse zu poststationären Interventionen. Mittels qualitativer Inhaltsanalyse wurden die Verlaufsberichte sowie die beiden Interviews ausgewertet, die weiteren Daten und Testresultate wurden berechnet und deskriptiv kommentiert. Als tendenzielle Schlüsselkriterien für den Erfolg/Misserfolg liessen sich mehrere Bereiche identifizieren. So haben neben der Beziehung Sozialarbeitende und Patientin/Patient auch die Interventionen Wertschätzung, Compliance und Psychoedukation einen positiven Effekt auf den Verlauf der poststationären Begleitung. Ebenfalls positiv beeinflusst wird die poststationären Netzwerkkoordination durch die Persönlichkeit der Sozialarbeitenden, durch die Aktivierung und Involvierung naher Bezugspersonen, durch ein wirksames professionelles Helfernetz und durch das Bildungsniveau der Patientinnen und Patienten. Als negative Einflussfaktoren können Non-Compliance sowie eine Abhängigkeitserkrankung genannt werden. In dieser Arbeit bestätigte sich die Annahme, dass die Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten schwieriger und dadurch weniger erfolgreich ist, jedoch nicht.

Inhalt

1. Einleitung.....	1
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	2
1.3 Begriffe.....	2
1.3.1 Netzwerk – soziale Unterstützung.....	3
1.3.2 Compliance.....	4
1.3.3 Entlassungsplanung und Netzwerkkoordination.....	5
1.3.4 Intervention Netzwerkkoordination im Forschungsprojekt.....	6
1.3.5 Patientinnen/Patienten mit weniger ausgeprägter Inanspruchnahme	7
1.3.6 Persönlichkeitsmerkmale von Abhängigkeitserkrankten	8
1.3.7 Arbeit mit Patientinnen und Patienten mit einer Substanzproblematik	10
1.4 Stand der Forschung	12
1.4.1 Fazit und Forschungslücke	16
1.5 Fragestellung und Hypothesen	17
2. Methode	18
2.1 Methodenwahl und Gütekriterien	18
2.2 Gütekriterien.....	18
2.3 Untersuchungsdesign	19
2.4 Stichprobe	19
2.5 Datenerhebung.....	20
2.5.1 Dokumente der Netzwerkkoordination	20
2.5.2 Messinstrumente	21
2.5.3 Interviews.....	22
2.6 Datenaufbereitung und –auswertung	22
2.6.1 Dokumente der poststationären Netzwerkkoordination	22
2.6.2 Messinstrumente	23
2.6.3 Interviews.....	23
3. Ergebnisse.....	24
3.1 Dokumente der poststationären Netzwerkkoordination.....	24
3.1.1 Checkliste poststationäre Netzwerkkoordination.....	24
3.1.2 Netzwerkkarte	25
3.1.3 Fallanalyse.....	25
3.2 Testergebnisse	36
3.2.1 MANSA	36
3.2.2 OQ-45.....	37
3.2.3 F-SozU K-14	38
3.2.4 Morisky-Score.....	38
3.2.5 CGI.....	39
3.3 Interviews mit den Sozialarbeitenden.....	40
3.3.1 Schlüsselkriterien für den Erfolg/Misserfolg.....	40
3.3.2 Definition Erfolg.....	41
3.3.3 Definition Misserfolg.....	41
3.3.4 Hinweise auf Erfolg/Misserfolg im Verlauf der Arbeit	42
3.3.5 Fehlendes in der poststationären Netzwerkkoordination.....	42
3.3.6 Charakterisierung der erfolgreichen Patientinnen und Patienten	42
3.3.7 Suchtpatientinnen und Suchtpatienten	43

3.3.8	Rolle der Sozialarbeitenden.....	43
3.3.9	Beziehung Sozialarbeitende – Patient/-in.....	44
3.3.10	Anteil sozialarbeiterische Hilfestellung – Netzwerkkoordination.....	44
3.3.11	Netzwerkpilot, Netzwerkpilotin.....	45
3.3.12	Kritik an der Netzwerkkoordination.....	45
3.3.13	Zufriedenheit mit der Netzwerkkoordination der Patientinnen, des Patienten aus Sicht der Sozialarbeitenden	47
3.3.14	Compliance	47
4.	Diskussion	48
4.1	Interpretation der Ergebnisse.....	48
4.1.1	Erfolgreiche bzw. Nicht-Erfolgreiche	48
4.1.2	Beziehung Sozialarbeitende/Patient/-in.....	49
4.1.3	Netzwerkpilot/-in	49
4.1.4	Wichtige Bezugspersonen der Patientin, des Patienten.....	50
4.1.5	Professionelles Helfersystem	51
4.1.6	Sozialarbeiterische Grundleistungen	52
4.1.7	(Un-)Zufriedenheit und Wirkung der Netzwerkarbeit	52
4.1.8	Abschluss der Netzwerkarbeit	52
4.1.9	Stationäre Aufenthaltsdauer	52
4.1.10	Psychoedukation.....	53
4.1.11	Notfallplan	53
4.1.12	Suchtpatientinnen und Suchtpatienten	54
4.1.13	Fehlendes in der Netzwerkkoordination, Kritik und Wünsche.....	55
4.2	Beantwortung der Fragestellung	56
4.2.1	Hypothesen	58
4.3	Kritische Betrachtung der Methode und Gütekriterien	59
4.4	Fazit, Ausblick und weiterführende Überlegungen.....	60
5.	Literatur/Quellen	61
6.	Anhang	67

Abbildungen

<i>Abbildung 1.</i>	MANSA: Veränderung der Lebenszufriedenheit im Zeitverlauf	36
<i>Abbildung 2.</i>	OQ-45: Entwicklung der allgemeinen psychischen Beeinträchtigung	37
<i>Abbildung 3.</i>	F-SozU K-14: Einschätzung der sozialen Unterstützung	38
<i>Abbildung 4.</i>	Morisky-Score: Veränderung der Medikamenten-Compliance	39
<i>Abbildung 5.</i>	OQ-45: Entwicklung der erlebten Symptombelastung	78
<i>Abbildung 6.</i>	OQ-45: Veränderung der zwischenmenschlichen Beziehungen	79
<i>Abbildung 7.</i>	OQ-45: Entwicklung des Erlebens der sozialen Integration/ sozialen Rolle	80

Tabellen

<i>Tabelle 1.</i>	Kernkriterien nach Steinke	18
<i>Tabelle 2.</i>	Stichprobenbeschreibung	20
<i>Tabelle 3.</i>	Ausgewählte Messinstrumente aus der ZInEP Studie	21/22
<i>Tabelle 4.</i>	Auswertung Checkliste Erfolgreiche/Nicht-Erfolgreiche	24
<i>Tabelle 5.</i>	Netzwerkkarten: Anzahl durchschnittlicher Kontakte NWK 1 und NWK 2	25
<i>Tabelle 6.</i>	Beurteilung des Schweregrads der Krankheit	39
<i>Tabelle 7.</i>	Beurteilung der Zustandsänderung am Ende der Begleitung	40
<i>Tabelle 8.</i>	Termin-Compliance der Patientinnen/Patienten	77

Abkürzungen

al	arbeitslos
Anm. d. Verf.	Anmerkung der Verfasserin
bzw.	beziehungsweise
CMT	Case Management de Transition
CRA	Community Reinforcement Approach
EL	Ergänzungsleistungen
GAF	Global Assessment of Functioning
HF	Hausfrau
IV	Invalidenversicherung
k.A.	kein Abschluss (Bildung)
Kap.	Kapitel
KT	Krankentaggeld
MI	Motivational Interviewing (motivierende Gesprächsführung)
NePThun	Netzwerk Psychiatrie Thun
NODPAM	Needs-Oriented Discharge Planning and Monitoring
NWK	Netzwerkkarte(n)
NWP	Netzwerkpilotin, Netzwerkpilot
Pat.	Patientin, Patient
PSÜB	Post-stationäre Übergangsbehandlung
RCT	Randomized Controlled Trial (Randomisierte Kontrollierte Studie)
Soz.	Sozialarbeiterin, Sozialarbeiter
TIPI	Trierer Integriertes Persönlichkeitsinventar
z.B.	zum Beispiel
ZInEP	Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage

«Nein zur schizophrenen Sparübung!» Mit diesem Aufschrei macht das Psychiatrie Zentrum Münsingen im November 2013 mit Flyern und Plakaten auf die einschneidenden Sparmassnahmen des Kantons Bern bei Langzeitpatientinnen und -patienten aufmerksam. Die Kosteneffizienz hat auch vor der psychiatrischen Versorgung nicht Halt gemacht. So werden in der Schweiz zahlreiche Klinikbetten zugunsten teilstationärer oder ambulanter Behandlungen aufgegeben, aus ehemaligen «Verwahrungsanstalten» werden moderne Akutspitäler für psychische Erkrankungen (Camenzind & Frick, 2010). Dies bedeutet, dass sich auch die Aufenthaltsdauer zunehmend verkürzt (Salize, Rössler und Becker, 2007).

Qin und Nordentoft (2005) zeigen in ihrer Studie auf, dass sich das Suizidrisiko bei kürzeren Klinikaufhalten in der ersten Woche nach dem Klinikaustritt signifikant erhöht. Gerade die ersten Wochen nach einer psychiatrischen stationären Behandlung bedeuten für Patientinnen und Patienten eine Phase grosser Belastung. So weisen Bonsack et al. (2013) darauf hin, dass Patientinnen und Patienten mit einer paradoxen Situation konfrontiert sind: nach einer Verbesserung während des stationären Aufenthalts werden die Probleme im Vergleich zur ambulanten Behandlung schlimmer und zahlreicher. Deshalb gewinnt eine strukturierte und vorbereitete Entlassungsplanung für die Stabilisierung und Reintegration in den Alltag immer mehr an Bedeutung (von Wyl, 2012). Mit diesem Hintergrund hat die Gesundheitsdirektorenkonferenz 2008 in der Schweiz empfohlen, die Patientenorientierung zu verstärken und mobile Teams aufzubauen, um psychisch kranke Menschen in ihrem häuslichen Umfeld unterstützen zu können (Gebhardt, Lüthi & Dammann, 2013). Dieser Ansatz wird auch von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP unterstützt. Sie zeichnete das Projekt NePThun mit dem Ehrenpreis «Prix Perspectives 2013» aus. NePThun steht für Netzwerk Psychiatrie Thun und unterstützt Patientinnen und Patienten, die länger als 30 Tage oder innerhalb kurzer Zeit mehrfach in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert waren. Diese Menschen sollen durch eine professionelle Bezugsperson anhaltend begleitet und betreut werden. Ziel ist es, die Klinikaufenthalte zu verkürzen oder zu verhindern und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern (Gekle, 2013).

Sowers und Rohland (2004) kommen zum Schluss, dass die Übergangsplanung, also die Planung von der stationären zur ambulanten Behandlung, einer der wichtigsten Faktoren des Therapieerfolges sein dürfte.

In der Schweiz sind nur wenige Studienergebnisse zur systematischen Entlassungsplanung bekannt (s. Kap. 1.3). Es existieren verschiedene Projekte, die auf eine verbesserte ambulante Betreuung für Patientinnen und Patienten mit hoher Inanspruchnahme fokussieren.

Für psychisch Kranke mit weniger ausgeprägter Inanspruchnahme (s. Kap. 1.3.3) liegen jedoch kaum Informationen zur Austrittscoordination und der Behandlungskontinuität vor. Diese Lücke will die randomisierte, prospektive Studie «Elemente integrierter Versorgung: poststationäre Netzwerkkoordination» schliessen. Sie erforscht die Wirksamkeit der sozialarbeiterischen Austrittscoordination von stationärer zu ambulanter Versorgung bei Patientinnen und Patienten mit weniger ausgeprägter Inanspruchnahme. Als primäres Outcome-Kriterium werden die Anzahl Pflage tage und somit die Entwicklung der Versorgungskosten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die keine zusätzliche Betreuung erhält, überprüft. Als sekundäre Kriterien werden soziale Unterstützung, klinische Symptomatik, Lebensqualität sowie Lebenssituation und Selbstständigkeit erhoben. Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten startete im August 2011, die Publikation ist für März 2015 geplant. Das Forschungsprojekt ist eines von acht Teilprojekten des Zürcher Impulsprogramms zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie (ZInEP, 2014).

1.2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Die poststationäre Netzwerkkoordination bedeutet eine intensive sozialarbeiterische Betreuung der Patientinnen und Patienten der Behandlungsgruppe. Erste Erfahrungen der Studie zeigen ein durchzogenes Bild. Gerade die Arbeit mit Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung, die in der Studie bewusst nicht ausgeschlossen wurden, wird in der bisherigen Arbeit mit den Patientinnen und Patienten als eher schwierig wahrgenommen. Diese Masterarbeit soll als Ergänzung zur randomisierten, prospektiven Studie qualitative Aspekte im Verlauf der poststationären Netzwerkkoordination untersuchen. Ziel ist es, mögliche Schlüsselkriterien für den Erfolg/Misserfolg der Netzwerkarbeit zu identifizieren und erste Hinweise oder Empfehlungen für mögliche Anpassungen und/oder Ergänzungen aufzuzeigen. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung, die im psychiatrisch/psychotherapeutischen Setting als wenig zuverlässig und schwierig gelten. Die vorliegende Arbeit soll, soweit möglich, auch hierzu Kriterien liefern.

Im ersten Teil der vorliegenden Masterarbeit werden die für das Verständnis nötigen Begriffe erläutert, zudem wird auf die Persönlichkeitsmerkmale sowie die Arbeit mit Menschen mit einer Substanzproblematik näher eingegangen. Im Anschluss folgen die Darlegung des Forschungsstandes und die Erläuterung der Fragestellung. Der empirische Teil skizziert die Methodik und Vorgehensweise und präsentiert die Ergebnisse. Die abschliessende Diskussion interpretiert die Resultate, nimmt Stellung zur beschriebenen Frage und formuliert mögliche Hypothesen und Empfehlungen.

1.3 Begriffe

In der Folge werden die Themen Netzwerk – die soziale Unterstützung, Compliance, Entlassungsplanung und Netzwerkkoordination sowie Patientinnen und Patienten mit weniger

ausgeprägter Inanspruchnahme erläutert. Da in dieser Masterarbeit ein spezielles Augenmerk auf die Netzwerkkoordination bei Menschen mit einer nach IDC-10 gestellten F1-Diagnose (Störung durch psychotrope Substanzen) gelegt werden soll, werden anschliessend Persönlichkeitsmerkmale und bewährte Konzepte in der Arbeit mit Suchtpatientinnen und Suchtpatienten erläutert.

1.3.1 Netzwerk – soziale Unterstützung

In seiner berühmten Pyramide beschreibt Maslow bereits 1943 (zit. nach Häcker & Stapf, 2009) die sozialen Bedürfnisse des Menschen nach Zugehörigkeit, Akzeptanz und Wertschätzung. Diese folgen an dritter Stelle nach den existentiellen physiologischen Bedürfnissen und den Sicherheitsbedürfnissen, aber noch vor den Ich-Bedürfnissen und dem Bedürfnis nach Selbstverwirklichung. Gemäss Dehmel und Ortmann (2006) lassen sich in der Literatur zahlreiche empirische Belege dafür finden, dass geringe oder fehlende soziale Integration und mangelnde soziale Unterstützung krankheitsfördernd sind. Im Gegensatz dazu wirken sich soziale Ressourcen jedoch vergleichbar einem «psychosozialen Immunsystem» (S. 6) positiv auf die Gesundheit aus. Nestmann (2000) ist überzeugt, dass das Eingebundensein in ein Netz sozialer Beziehungen und den Rückhalt, den man dadurch im Alltag – unabhängig von belastenden Zeiten – erhält, zu mehr Gesundheit und weniger Krankheit führt. Auch Baumann und Pfingstmann (1986) halten fest, dass soziale Unterstützung auch unabhängig von aktuellen Belastungs- oder Stresssituationen eine gesundheitsfördernde und belastungsreduzierende Wirkung hat. So haben Menschen mit guter sozialer Einbindung geringere Belastungsreaktionen als Menschen mit Defiziten in den sozialen Merkmalen. Dass soziale Ressourcen die Krankheitsverarbeitung unterstützen können bezweifeln auch Koch und Weis (1998) nicht, sie weisen jedoch auch auf die Gefahr intensiver, sozialer Verstrickung hin. Eine solche kann erfolgreiche Krankheitsverarbeitung negativ beeinflussen oder sogar behindern. Gemäss Warnke et al. (2010) reduziert sich die Rehospitalisierung bei Menschen mit viel sozialer Unterstützung im Zeitverlauf um mehr als die Hälfte, während sie bei fehlender sozialer Unterstützung stabil bleibt. Bei Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2011) ist das soziale Umfeld ein empirisch belegter Schutzfaktor.

Gerade im Kontext mit einer Substanzproblematik sind soziale Beziehungen oft schwierig. Bischof (2012) hält fest, dass das Zusammenleben mit suchtkranken Menschen für viele Angehörige eine ständige Belastung darstellt. Lindenmeyer (2010) weist darauf hin, dass Angehörige mitleiden und die wiederkehrenden Enttäuschungen im Verlauf der Zeit zu weniger Vertrauen und Zuneigung gegenüber den Betroffenen führen. Das Fehlen sozialer Unterstützung begünstigt bei einer Substanzproblematik die Rückfallgefahr eindeutig. So zeigen Havassy, Hall und Wassermann (1991) in ihrer Studie auf, dass im Verlauf von zwölf Wochen nach Abschluss der Behandlung 90 % der Personen mit einer geringen sozialen Ein-

bindung rückfällig wurden; bei Menschen mit einer mittleren sozialen Einbindung lag die Quote bei 61 %, bei hoher sozialer Einbindung wurden 54 % rückfällig.

Gelingt der Ausstieg aus der Abhängigkeit, sind die Probleme in Beziehungen nicht automatisch gelöst. Für Lindenmeyer (2010) ist es wichtig, dass bei der Beziehungsgestaltung der Blick aller Beteiligten weg von der Vergangenheit in die Zukunft gerichtet wird, denn nur so sei es möglich Vertrauen wieder zu gewinnen. Der Autor ist zudem überzeugt, dass der Einbezug der Angehörigen in die Behandlung die Erfolgschancen erhöht. Diese Annahme bestätigen Studien von Zweben und Pearlman (1983; zit. nach Bischof, 2012), die belegen, dass der Einbezug von Angehörigen in der Behandlung zu einer Verbesserung des Therapieerfolgs führt. Zentral scheint in diesem Zusammenhang die Psychoedukation von Angehörigen mit dem Ziel, eigene Verhaltensmuster zu erkennen und dem im Suchtumfeld bekannten Co-Verhalten entgegenzuwirken. Unter Co-Verhalten verstehen Dieze und Spicker (2007) ein Verhalten, welches sich auf die abhängige Person ausrichtet, diese helfend unterstützt, Fehlverhalten deckt und sie somit vor den Konsequenzen ihrer eigenen Verfehlungen schützt. Co-Verhalten verbessert also nicht wie erhofft das Suchtverhalten sondern stabilisiert und verlängert dieses.

Auch im therapeutischen Setting ist der Wirkfaktor der Beziehung unumstritten. Gemäss Asay und Lambert (2001) steuert eine gute und tragende Beziehung mind. 30 % zum Therapieerfolg bei. Grawe, Donati und Bernauer (2001) halten fest, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung als der empirisch am besten abgesicherte Wirkfaktor der Psychotherapie angesehen werden kann.

1.3.2 Compliance

Da der Begriff «Compliance» in der Arbeit mit Psychiatrie-Patientinnen und -Patienten oft verwendet wird und auch in dieser Masterarbeit wichtig scheint, soll er nachfolgend kurz erläutert werden. Der englische Begriff «Compliance» wird mit Willfähigkeit, Nachgiebigkeit übersetzt. Im klinischen Kontext versteht man darunter die Befolgung ärztlicher Verordnungen, Ratschläge und Massnahmen, also das Mitmachen der Patientin, des Patienten (Häcker & Stampf, 2009). Gemäss Rödel (2011) steht der Begriff für die Therapietreue des Patienten, der Patientin, also für seine/ihre Mitarbeit bei der Therapie und die Bereitschaft, Verordnungen und Empfehlungen zu befolgen. Die Autorin kritisiert, dass bei diesem Verständnis die kranke Person einseitig die Verantwortung trage. Sie setzt dem Begriff «Compliance» daher den Begriff der «Adhärenz» (Befolgen, Festhalten) entgegen und hält fest, dass dieses Konzept darauf basiere, dass das Einhalten von Therapieplänen und Abmachungen in der gemeinsamen Verantwortung des (medizinischen) Fachpersonals und der Patientinnen und Patienten liege. In der Praxis werden Adhärenz und Compliance oft synonym verwendet. Gemäss WHO (2003) ist Adhärenz eines der wichtigsten Kriterien für den Therapieerfolg. In

ihrem Bericht hält die WHO (2003) fest, dass nur rund 50 % der chronisch kranken Patientinnen und Patienten eine gute Compliance zeigen. Jing, Grant, Vernon und Shu (2008) definieren in ihrer Übersichtsarbeit verschiedene Faktoren, die Compliance beeinflussen. Sie nennen hierzu Patienten-Faktoren (z.B. Demographie, psychologische Faktoren, Wissen über die Krankheit, Tabak- oder Alkoholkonsum, Vergesslichkeit), Therapeuten-Faktoren (z.B. Administrationsroutine, Behandlungskomplexität, Nebenwirkungen der Medikamente), soziale und wirtschaftliche Faktoren (z.B. Zeit, Kosten, Einkommen, soziale Unterstützung), Faktoren des Gesundheitssystems (z.B. Verfügbar- und Erreichbarkeit) und Faktoren im Zusammenhang mit der Krankheit. In ihrer Untersuchung weisen Schnell, Nelsius, Daumann und Gouzoulis-Mayfrank (2010) auf einen Zusammenhang zwischen Schizophrenie und komorbider Suchterkrankung mit Non-Compliance hin. Vaughn und Stieglitz (2010) sehen nebst dem Substanzabusus auch jüngeres Lebensalter, kognitive Störungen, fehlende Krankheitseinsicht und frühere Non-Compliance als Risikofaktoren für die therapeutische Zusammenarbeit.

1.3.3 Entlassungsplanung und Netzwerkkoordination

Aus der pflegewissenschaftlichen Fachliteratur, so Dörpinghaus und Weidner (2004), würden sich keine einheitlichen Bezeichnungen oder Definitionen für den Begriff Entlassungsplanung ableiten lassen. Bei der Recherche finden sich im weiteren Begriffe wie «Entlassungsmanagement», «Pflegeüberleitung», «Überleitungsmanagement» und andere mehr. Gemäss Bäuerle (2013) verfolgt die Entlassungsplanung das Ziel, die Kontinuität der Weiterbehandlung zu fördern, die stationären Wiederaufnahmen zu reduzieren, die Koordination der Patientenversorgung nach der Entlassung zu verbessern, die Compliance, Lebensqualität und Zufriedenheit der Patienten zu steigern und somit auch die Kosten für das Gesundheitssystem zu senken. Wikipedia (2013) umschreibt den Begriff Entlassungsmanagement als pflegerische, organisatorische und interdisziplinäre Massnahmen, die der Entlassung von Patientinnen und Patienten vorangehen. Ziel ist die Sicherstellung poststationärer Versorgung und das Vermeiden eines Bruches in der Versorgungskontinuität des Einzelnen. Böhm (1992) integriert in seinem psychodynamischen Pflegemodell ein Konzept zur Übergangspflege und hält fest, dass diese nicht kurz vor der Entlassung sondern bereits bei der Aufnahme einsetzt. Nebst organisatorischen Massnahmen gehören auch Schulung der Angehörigen, Informationen über den Heilungsverlauf und Begleitung der Patientinnen und Patienten in ihr häusliches Umfeld zum Konzept.

Der Begriff «Netzwerkkoordination» setzt sich zusammen aus dem (sozialen) Netzwerk der Patienten und dessen Koordination. Jansen & Diaz-Bone (2011, S. 75) definieren Netzwerk als «ein abgegrenztes Set von Akteuren (Personen, Organisationen oder andere) und den zwischen ihnen bestehenden Beziehungen (Relationen)». Nach Kappelhoff (2002, S. 383) sind soziale Netzwerke «eine Menge von sozialen Einheiten zusammen mit den zwi-

schen diesen Einheiten bestehenden sozialen Beziehungen». Der Autor zeigt auf, dass in der Theorie zwischen totalen und partiellen Netzwerken unterschieden wird. Während das totale Netzwerk eine Vielzahl von direkten und indirekten Beziehungen enthält, wird das partielle Netzwerk durch bestimmte Interessen, beispielsweise privaten oder beruflichen Beziehungen, begrenzt. Innerhalb des Forschungsprojekts poststationäre Netzwerkkoordination interessieren insbesondere die persönlichen Netzwerke, also die persönlichen Beziehungen, in welche die Behandlungsgruppe eingebettet ist. Das Netzwerk der Patientin, des Patienten wird innerhalb der Studie mittels Netzwerkkarte nach Pantucek (2005) erhoben und umfasst die Bereiche Familie, Freunde/Bekannte, Schule/Beruf sowie professionelle Helfer.

Gemäss Duden (2006) bedeutet koordinieren: in ein Gefüge einbauen; aufeinander abstimmen. Damit wird klar, dass bei der Netzwerkkoordination dem Einbinden, Einbeziehen und Aktivieren des sozialen Netzwerkes eine zentrale Rolle zukommt.

1.3.4 Intervention Netzwerkkoordination im Forschungsprojekt

Im Zentrum der Netzwerkkoordination des Forschungsprojekts «Elemente integrierter Versorgung: poststationäre Netzwerkkoordination» steht die Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Aufbau, Ausbau und Erhalt ihres Netzwerkes. Ziel ist es, die Anbindung an das ambulante Versorgungssystem nach dem Klinikaustritt sicherzustellen, bereits vorhandene Unterstützungsangebote zu fördern und dominante oder belastende Beziehungen zu eruieren und zu reduzieren. Die Sozialarbeitenden bestärken also die Zusammenarbeit der einzelnen Akteure und erleichtern die Vernetzung (von Wyl, 2012). Ein entscheidendes Element der Netzwerkkoordination liegt darin, dass die Unterstützung der Patientinnen und Patienten bereits während des Klinikaufenthalts ansetzt. Sie beschränkt sich dabei nicht auf die Austrittsplanung, sondern wird bis maximal 90 Tage über die Entlassung hinaus, poststationär, gewährleistet. Die Kontakte finden sowohl in der Klinik wie auch zuhause bei den Patientinnen und Patienten statt, es handelt es sich bei der poststationären Netzwerkkoordination daher um «aufsuchende Sozialarbeit».

Gemäss der Ablaufplanung der poststationären Netzwerkkoordination (Anhang A) soll eine erste Kontaktaufnahme der sozialarbeitenden Person mit der Patientin, dem Patienten bereits in der ersten Woche nach Klinikeintritt stattfinden. Die erste Netzwerkkarte wird erstellt und die Problem- und Bedürfnislage erfasst. In der gemeinsamen Auswertung dieser Daten geht es darum, Ressourcen und Unterstützungshilfen zu eruieren und wenn möglich bereits eine Person für die Funktion der Netzwerkpilotin, des Netzwerkpiloten zu gewinnen. Als Netzwerkpilotin/Netzwerkpilot wird eine Person aus dem Umfeld der Patientin, des Patienten bezeichnet, die von Beginn weg in die Koordination miteinbezogen wird, bereit ist, aktive Vernetzungsarbeit zu leisten und beim Abschluss der Netzwerkkoordination als Hauptsprechpartner/-in für den Patienten, die Patientin und dessen/deren Netzwerk fungiert. Ergänzend soll auch zu weiteren wichtigen Personen des Netzwerkes Kontakt geknüpft werden. Da-

bei ist es wichtig Bedürfnisse, Erwartungen und Grenzen aller betroffenen Personen wahrzunehmen und gleichzeitig die Möglichkeiten, Grenzen und die Rolle der Sozialarbeitenden zu klären. Während des Klinikaufenthalts soll die Behandlungsperson möglichst umfassend über ihre Krankheit, deren Spezifikationen und Auswirkungen informiert werden. Vor dem Klinikaustritt werden gemeinsam ein Notfallplan erstellt, die Abschlusskriterien der Betreuung definiert und ein erster Hausbesuch festgelegt. Bei komplexen Fällen kann zusätzlich eine Helferkonferenz eingeleitet werden. Gemäss Pantucek (2004) geht es bei einer Helferkonferenz darum, das Vorgehen verschiedener Institutionen und Helfer bei einem schwierigen Fall zu konzertieren. Als besonders wichtig bezeichnet er dabei das sorgfältige Einbinden der Patientin, des Patienten. Die klassischen sozialarbeiterischen Interventionen in den Lebensbereichen Arbeit, Wohnen, Finanzen und Freizeit werden ebenfalls über den Klinikaustritt hinaus gewährt.

Als erster poststationärer Termin soll in der ersten Woche nach dem Austritt ein Hausbesuch bei der Behandlungsperson stattfinden. In der Folge werden weitere ambulante Termine vereinbart, um die Kontinuität der Behandlung im ambulanten Setting sicherzustellen. Im Zentrum der poststationären Arbeit liegt die Unterstützung der Patientin, des Patienten mittels Netzwerk-Coaching und allfälligen sozialarbeiterischen Hilfestellungen. Die Netzwerkkoordination wird bei Erfüllung der Abschlusskriterien oder spätestens drei Monaten nach Klinikaustritt beendet. Zum Schluss wird die zweite Netzwerkkarte erstellt (s. Anhang A).

1.3.5 Patientinnen/Patienten mit weniger ausgeprägter Inanspruchnahme

Das Forschungsprojekt «Elemente integrierter Versorgung: poststationäre Netzwerkkoordination» konzentriert sich auf psychisch kranke Menschen mit weniger ausgeprägter Inanspruchnahme, der Begriff und die entsprechenden Kriterien werden nachfolgend kurz erläutert.

Wie in der Einleitung erwähnt, liegen kaum Studien zu psychisch Erkrankten mit weniger ausgeprägter Inanspruchnahme vor, daher unterscheiden sich die Kriterien insbesondere in Abgrenzung zu den Patientinnen und Patienten mit sogenannt starker Inanspruchnahme. So beschreiben Roick, Heider, Kilian und Angermeyer (2002) diese Patientinnen und Patienten als Menschen mit einer überproportionalen Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Behandlung. In ihrer Studie klassifizieren sie Patientinnen und Patienten, die drei oder mehr stationäre Aufnahmen innerhalb von 30 Monaten verzeichnen, als «Heavy User» (S. 334). Betroffen waren 16.7 % der untersuchten Patientinnen und Patienten, diese verursachten 36.4 % der stationären Kosten. Andere Untersuchungen zeigen, dass in einzelnen psychiatrischen Institutionen rund 80 % der Kosten von nur knapp 30 % der behandelten Patientinnen und Patienten ausgelöst werden (Kent, Forgarty & Yellowlees 1995; zit. nach Frick & Frick, 2008).

Damit wird klar, dass mit «Heavy User» oder hoher Inanspruchnahme Patientinnen und Patienten gemeint sind, welche die Angebote des Gesundheitssystems häufig, lange oder intensiv beanspruchen und entsprechend hohe Kosten verursachen. Frick und Frick (2008) benennen fünf Grunddimensionen für «Heavy User»: a) Anzahl von Hospitalisierungen bzw. Rehospitalisierungen, b) Verweildauer(n) im stationären Bereich, c) Anzahl und Dichte von Kontakten mit dem ambulanten Hilfesystem, d) Intensität/Quantität der durchgeführten Therapiemassnahmen und e) die Kosten pro Patientin/Patient. Die Autoren halten fest, dass «Heavy User» nicht ohne zeitliche Dimension gedacht werden könne. So müssten die einzelnen Dimensionen für ihre Quantifizierung beispielsweise mit einem Cut-Off-Wert versehen oder eine Kombination mehrerer Dimensionen definiert werden. Als Beispiel nennen die Autoren einen Cut-Off-Wert von mehr als fünf stationären Aufenthalten binnen der letzten 36 Monate.

Im Bezug auf die erwähnten Merkmale von «Heavy User» unterscheiden sich Patientinnen und Patienten mit einer weniger ausgeprägten Inanspruchnahme dadurch, dass sie das Gesundheitssystem (noch) weniger häufig, weniger lange oder weniger intensiv beanspruchen und dadurch (noch) weniger Kosten verursachen.

1.3.6 Persönlichkeitsmerkmale von Abhängigkeitserkrankten

Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen verweisen Soyka und Küfner (2008) auf ein multikonditionales Bedingungsgefüge. Dieses basiert auf der Interaktion der Wirkung der Substanzen, der spezifischen Eigenschaften des Individuums und des Einflusses des (sozialen) Umfelds. Auch Uchtenhagen (2011) bezieht sich auf das biopsychosoziale Denkmodell als Grundlage für das Krankheitsverständnis und stellt klar, dass die Entwicklung einer Substanzproblematik ein vielschichtiges Phänomen ist, das sowohl somatische als auch psychische und soziale Aspekte beinhaltet. Gemäss Kruse (2000) liessen sich typische Persönlichkeitsstrukturen im Sinne einer prämorbidem Persönlichkeit bisher empirisch nicht beweisen. Dies unterstützt auch der Psychologe und Suchtforscher Klein, er postuliert in einer Fernsehsendung zum 75-jährigen Jubiläum der Anonymen Alkoholiker: «Man hat in der Forschung noch nie eine einzige Alkoholiker-Persönlichkeit gefunden» (10.6.2010).

Dennoch werden in der Literatur bestimmte Persönlichkeitsmerkmale mit der Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit in Beziehung gebracht. So gingen Becker und Quinten (2003) der Frage nach, in welchen Persönlichkeitseigenschaften sich Alkoholabhängige von Kontrollpersonen aus der allgemeinen Bevölkerung unterscheiden. Sie verglichen 151 stationär behandelte Alkoholabhängige mit einer Kontrollgruppe von 199 Personen. In der Erhebung mit dem Trierer Integriertes Persönlichkeitsinventar (TIPI) zeigten sich dabei bei rund der Hälfte der TIPI-Skalen hochsignifikante Unterschiede. So zeichnet sich die Gesamtgruppe der Alkoholabhängigen durch geringe Autonomie (insbesondere

Angst davor, vom Partner/Partnerin verlassen zu werden), durch starke emotionale Labilität und ein instabiles Selbstkonzept (insbesondere geringe Sinnerfülltheit, geringe seelische Gesundheit, geringes Selbstwertgefühl) aus; Aber auch durch Gehemmtheit/Introversion (insbesondere starkes Misstrauen und Freudlosigkeit), durch erhöhte Spontaneität und Impulsivität, durch ausgeprägte Prinzipientreue sowie durch verringerte rechthaberische Arroganz. Aufgrund der Resultate glaubten Becker und Quinten (2003), dass das Konzept einer «Alkoholabhängigenpersönlichkeit» (S. 113) vertretbar sei, eine Unterteilung in verschiedene Typen jedoch zu differenzierteren Aussagen in Bezug auf die heterogene Gruppe führe. In einer zweiten Studie analysierten die Autoren 2005 mittels Clusteranalyse vier Typen, die sich weitgehend mit den bereits zwanzig Jahre früher von Klein (1992) definierten neurotischen, soziopathischen, persönlichkeitsgestörten und unauffälligen Charakteren decken.

Auch Stengel (2003) interessierte sich für die Persönlichkeitsdisposition von Menschen mit einer Substanzproblematik. Mit einer umfangreichen Testbatterie verglich er 107 stationär behandelte Alkoholabhängige mit 142 Personen aus der allgemeinen Bevölkerung. Hochsignifikant ($p < .001$) erhöhte Werte zeigten sich in den Bereichen Depression, Fatalismus, externale Kontrollüberzeugung, öffentliche Selbstaufmerksamkeit, soziale Unsicherheit, Kritikangst, Nicht-Nein-Sagen-Können, Anständigkeit, Resignation, Selbstbemitleidung, Selbstbeschuldigung, Pharmakaeinnahme, Vermeidungstendenz, Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit, phobische Angst, paranoides Denken, Gehemmtheit, körperliche Beschwerden und Emotionalität. Hochsignifikant tiefere Werte zeigten sich in der Selbstakzeptanz, der privaten Selbstaufmerksamkeit, im Fordern-Können sowie in der Lebenszufriedenheit.

In ihren Studien untersuchten Becker und Quinten (2003; 2005) zudem die Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörung. Während in der ersten Untersuchung noch bei 41 % der Behandlungsgruppe mindestens eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, reduzierte sich der Anteil in der Replikation der Studie auf 30 %. Am häufigsten traten vermeidend-selbstunsichere, zwanghafte und Borderline Persönlichkeitsstörung auf.

Auch Stengel (2003) eruierte eindeutige Unterschiede der Persönlichkeitsstile. Die Gruppe der Alkoholabhängigen zeigte durchwegs höhere Ausprägungen eines dysfunktionalen Interaktionsstils in den Variablen aggressiv, selbstlos, depressiv, Borderline, abhängig, negativistisch, zwanghaft, selbstunsicher, schizoid und paranoid. Geringere Werte gegenüber der Kontrollgruppe zeigten sich bei den histrionischen, narzisstischen und rhapsodischen Interaktionsstilen.

Lü (2013) untersuchte in seiner Dissertation die Persönlichkeitsmerkmale von 28 Personen mit multiplem Substanzgebrauch (drei oder mehr Substanzen) im Vergleich mit 52 ausschliesslich alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten. In der Auswertung seiner Arbeit zeigt sich eine breite Übereinstimmung mit zahlreichen weiteren, in der Arbeit erwähnten Studien. Lü (2013) kommt zum Schluss, dass Patientinnen und Patienten mit einer multiplen Substanzabhängigkeit höhere Werte in der Selbsttranszendenz (Selbstgenügsamkeit)

und dem Neugierverhalten ausweisen. Zudem traten auch die schizotypen, antisozialen und Borderline-Persönlichkeiten häufiger auf. Im Gegensatz dazu lagen die Werte im Bereich Gewissenhaftigkeit bei den Alkoholabhängigen höher.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es die «Substanzabhängige-Persönlichkeit» per se nicht gibt, zu heterogen ist die Gruppe der Abhängigkeitserkrankten. Dennoch lassen sich Persönlichkeitsmerkmale feststellen, die in der Behandlung Beachtung verdienen. Insbesondere scheinen die Merkmale von Becker und Quinten (2003) bei der Gesamtgruppe der Alkoholabhängigen oder auch die Merkmale in der Arbeit von Stengel (2003) aufschlussreich.

1.3.7 Arbeit mit Patientinnen und Patienten mit einer Substanzproblematik

Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung haben ein negatives Image. Sie gelten als schwierig zu behandeln oder gar als therapieresistent. Erschwerend in der Therapie ist zudem, dass die Substanzstörung oft mit einer weiteren psychischen Erkrankung (Komorbidität) einhergeht (Dürsteler-MacFarland, Prica & Vogel, 2013).

Haltung Auch heute noch werden Menschen mit einer Substanzproblematik aufgrund ihrer Diagnose stigmatisiert. Sowohl die Betroffenen selbst als auch das professionelle Helfersystem vertritt (zu) oft die Meinung, Abhängigkeit sei keine Krankheit sondern eine Willensschwäche. Diese Unsicherheit fördert die Entwicklung eines ausgeprägten Misstrauens und beeinflusst den Aufbau und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung (Dürsteler-MacFarland et al., 2013). Auch Stengel (2003) sieht in der Auseinandersetzung mit dem Interaktionsverhalten von alkoholabhängigen Personen den Schlüssel für eine erfolgreiche Behandlung. McCarty, Gustafson, Capoccia und Cotter (2009) erachten Probleme in der Compliance, also die Mitarbeit und das Engagement der Patientinnen und Patienten, als störungstypisch. In der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten stehe daher eine dauerhaft unterstützende, wertschätzende und geduldig motivierende Vorgehensweise im Vordergrund. Zudem ist, so die Autoren, für die Behandlung eine empathische, respektvolle, nicht wertende und professionelle Haltung entscheidend, die den Leidensdruck der Betroffenen versteht und ihnen echtes Interesse entgegenbringt. Fleckenstein und Heer (2013) verweisen auf eine leistungssensible Haltung, bei der es darum geht, die Aufrechterhaltung der Abstinenz als täglich zu erbringende Leistung wertzuschätzen und zu würdigen.

Behandlungsmethoden Als wirksame und geeignete Intervention in der Arbeit mit Substanzstörungen hat sich die von Miller und Rollnick entwickelte Technik der motivierenden Gesprächsführung (MI) international etabliert (Körkel & Veltrup, 2003). Es handelt sich dabei um einen personenzentrierten aber auch direktiven Behandlungsansatz, der Patientinnen und Patienten hilft, durch intrinsische Motivation ihr problematisches Verhalten zu ändern. Die Methode geht davon aus, dass Menschen im Allgemeinen nicht unmotiviert sind,

sondern ambivalent. Charakteristisch für die motivierende Gesprächsführung sind die Prinzipien Empathie, Entwicklung von Diskrepanzen, geschmeidiger Umgang mit Widerstand und Förderung der Veränderungszuversicht (Götschi, 2006; Körkel & Veltrup, 2003; Miller & Rollnick, 1999).

Aber auch systemische und verhaltenstherapeutische Ansätze haben sich im therapeutischen Setting bewährt. So verweist Stengel (2003) auf den Einbezug des Systems insbesondere im Hinblick auf mögliches Co-Verhalten von Angehörigen. Lange, Reker und Driessen (2008) loben die Effektivität des in den USA entwickelten verhaltenstherapeutischen Konzepts des «Community Reinforcement Approach» (CRA). Den Lernprozessen messen auch Dürsteler-MacFarland et al. (2013) eine wichtige Rolle bei. Im Zentrum stehen die Bewältigung von Risikosituationen, ein Ablehnungstraining von Substanzangeboten, der Umgang mit Suchtdruck, Stresssituationen und negativen Affekten, das Erkennen dysfunktionaler Gedanken, das Erarbeiten von Problemlösungsstrategien sowie die Förderung und Entwicklung sozialer Kompetenzen.

Ein weiteres evidenzbasiertes Element der Behandlung von Substanzerkrankungen ist die Psychoedukation. Diese informiert Patientinnen und Patienten auf verständliche Weise über ihre Erkrankung und vermittelt Kompetenzen im Umgang damit (Ziedonis et al., 2005; Weis, 2013). Jing, Grant, Vernon und Shu (2008) halten fest, dass geringes Wissen über die Erkrankung die Non-Compliance fördere.

Im stationären Bereich hat sich das Konzept der qualitativen Entzugsbehandlung etabliert. Hier folgt auf die körperliche Entgiftung eine mehrwöchige, motivationsfördernde Therapie (Mann und Stetter, 1991). Während in Studien von Fleischmann (2001) die Abstinenzrate bei einer rein körperlichen Entgiftung bei 5 % lag, wies die qualifizierte Entzugsbehandlung beispielsweise in der Studie von Driessen, Veltrup, Junghanns, Przywara und Dilling (1999) nebst einer höheren Abstinenzrate (+ 14 %) auch seltenere und kürzere Klinikaufenthalte aus. Zudem lagen die Gesamtkosten im stationären Bereich rund 50 % tiefer.

Auffällig hoch ist die Therapieabbruchrate bei Substanzstörung, unabhängig davon, ob die Behandlung ambulant oder stationär erfolgt (Gainey, Wells, Hawkins und Catalano, 1993). Dies ist umso bedauerlicher als verschiedene Untersuchungen einen positiven Zusammenhang zwischen der zeitlichen Länge der Therapie und dem Therapieerfolg belegen. Die häufigen Behandlungsabbrüche führen Dürsteler-MacFarland et al. (2013) auf den Umstand zurück, dass Substanzstörungen (noch) nicht überall als Erkrankung wahr- und ernstgenommen werden. Die Autoren stellen aber auch konzeptionelle und strukturelle Mängel im Versorgungssystem fest.

Im Gegensatz zu anderen psychischen Störungen gibt es zur Bekämpfung der Abhängigkeitserkrankung kaum wirksame pharmakologische Ansätze. Bekannt sind einerseits die sogenannten Anti-Craving Medikamente (z.B. Campral oder Naltrexin), die den Suchtdruck und die Trinklust reduzieren können und sich zur Aufrechterhaltung der Abstinenz eignen. Diese müssen jedoch über längere Zeit und teilweise in hohen Dosierungen eingenommen

werden. Hoffnungen weckt Selincro, ein neues, in der Schweiz noch nicht zugelassenes Anti-Craving Medikament, welches den Vorteil hat, dass es bei Bedarf, also bei akuter Trinklust, eingenommen werden kann. Bekannt ist Disulfiram (bekannt unter dem Namen Antabus). Dieses hat keinen Einfluss auf einen möglichen Suchtdruck, sondern führt bei Alkoholkonsum zu einer starken Unverträglichkeitsreaktion, weshalb das Medikament in zahlreichen Ländern verboten ist. Generell ist festzuhalten, dass die erwähnten Medikamente nicht bei allen Patientinnen und Patienten wirken (fosumos, 2014).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass gute Therapiemöglichkeiten für Menschen mit einer Substanzproblematik existieren. Für die Arbeit in der poststationären Netzwerkkoordination scheinen die Haltung gegenüber diesen Menschen, der Aufbau einer tragenden, vertrauensvollen Beziehung und die Intervention der motivierenden Gesprächsführung von Belang.

1.4 Stand der Forschung

Im Zusammenhang mit der Behandlung und Persönlichkeit von Menschen mit einer Substanzproblematik wurde in den Kapiteln 1.3.6 und 1.3.7 bereits auf die entsprechende Forschung hingewiesen. Kapitel 1.4 konzentriert sich auf den Stand der Forschung in Bezug auf die Entlassungsplanung bzw. Netzwerkkoordination.

Olfson, Mechanic, Boyer und Hansell (1998) erforschten in ihrer Arbeit die Wirkung einer ersten Kontaktaufnahme mit der ambulanten Nachsorge bereits während des stationären Aufenthalts. Untersucht wurden 104 Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung, die vor dem Klinikeintritt noch keine ambulante Behandlung hatten. Die Erhebung fand bei Klinikaustritt sowie drei Monate nach der Entlassung statt. Dabei zeigte sich, dass rund die Hälfte (51 %) der Patientinnen und Patienten vor dem Klinikaustritt einen ersten Nachsorgetermin vereinbarten. Diese Patientengruppe nahm in der Folge signifikant häufiger eine ambulante Nachsorge in Anspruch, was einerseits zu einer Symptomverbesserung und andererseits zu einer besseren Symptomregulierung führte. Die Autoren der Studie kommen zum Schluss, dass eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit der ambulanten Nachsorge den Übergang von der stationären zur ambulanten Nachsorge vereinfacht und dadurch die Symptomregulierung deutlich verbessert werden kann.

Zwei Jahre später untersuchten Olfson et al. (2000) Patientinnen und Patienten mit dem gleichen Störungsbild in Bezug auf ihre Medikamenten-Compliance. Dabei stellten sie fest, dass rund ein Fünftel (19.2 %) die Kriterien der Non-Compliance erfüllten. Dieses Verhalten zeigte einen signifikanten Zusammenhang zu einer erhöhten Rehospitalisierung und einer Verschlechterung der Symptomatik. Diese Patientengruppe wies zudem ein höheres Risiko in Bezug auf Substanzmissbrauch aus und es gelang ihr schlechter eine gute therapeutische Be-

ziehung aufzubauen. Auch ihre Familienmitglieder zeigten wenig Bereitschaft, in die Behandlung miteinbezogen zu werden.

Swanson, Pantaloni und Cohen (1999) untersuchten in den USA die Wirkung der motivierenden Gesprächsführung vor der Entlassung. 121 psychisch Erkrankte wurden in die Studie aufgenommen. 77 % zeigten einen zusätzlichen Substanzmissbrauch oder eine -abhängigkeit. 64 Patientinnen und Patienten wurden der Interventions-, 57 der Kontrollgruppe zugeteilt. Bei der Interventionsgruppe war die Inanspruchnahme eines ersten ambulanten Nachsorgetermins signifikant höher.

Nelson, Maruish und Axler (2000) prüften in ihrer Studie die Effekte der Austrittsplanung bei psychisch kranken Menschen in Bezug darauf, ob die Wahrnehmung mindestens eines Nachsorgetermins eine Wirkung auf die Rehospitalisierung hatte. Das Resultat zeigte signifikante Unterschiede: Bei Patientinnen und Patienten, die keinen Nachsorgetermin wahrnahmen, lag das Risiko einer Rehospitalisierung innerhalb eines Jahres bei 25 % (15 % - 29 %). Bei der Patientengruppe, die einen ersten Termin absolvierte, sank die Quote auf rund 10 %.

In der britischen Studie von Reynolds et al. (2004) erhielten elf Patientinnen und Patienten fünf Monate lang Unterstützung durch frühere Patientinnen und Patienten. Zusätzlich wurde eine Übergangsbegleitung durch das Klinikpersonal und ambulant tätigen Helfern installiert, bis die ambulante therapeutische Betreuung sichergestellt war. Bei den Ergebnissen zeigten sich sowohl bei der Behandlungs- als auch bei der Kontrollgruppe eine signifikante Verbesserung in Bezug auf Symptomatik und Funktionsfähigkeit. Die Rehospitalisierungsrate lag bei der Kontrollgruppe jedoch doppelt so hoch.

Bonsack, Pfister und Conus (2006) stellten in ihrer Forschung fest, dass 48 % der Patientinnen und Patienten mit einer Psychose, trotz gut vorbereiteter Entlassungsplanung, nicht zum ersten Nachsorgetermin erschienen. Das unbefriedigende Resultat führten die Autoren nicht auf Persönlichkeitsmerkmale der Patientinnen und Patienten zurück, sondern auf die Übergangsplanung von der stationären in die ambulante Behandlung. Sie kamen zum Schluss, dass nicht erst bei Klinikaustritt sondern bereits während des Aufenthalts die Psychoedukation verbessert, die Kontaktaufnahme mit dem ambulanten Netz sichergestellt und eine systematische Nachsorge mit konkreter Unterstützung im Alltagsleben aufgegleist werden muss.

Steffen, Kösters, Becker und Puschner (2009) befassten sich in einer Metaanalyse mit elf Studien zur Entlassungsplanung. Die meisten der untersuchten Interventionen fanden dabei während des Klinikaufenthalts statt und konzentrierten sich auf die Austrittsplanung.

Dennoch konnte aufgezeigt werden, dass die Intervention effektiv war, so zeigten sich eine Verringerung der Rehospitalisierungsrate sowie eine Verbesserung der Symptombelastung und der Behandlungskontinuität. In den Bereichen Lebensqualität und Kosten wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt. Aufgrund ihrer Erkenntnisse empfahlen Steffen et al. (2009) die Entlassungsplanung bei mindestens einem Termin vor dem Klinikaustritt zu thematisieren und dabei auch die Angehörigen mit einzubeziehen.

In einer eigenen Multicenter-Studie (NODPAM-Studie) erforschten Steffen et al. (2011), unter Berücksichtigung ihre Kritikpunkte, die Wirksamkeit einer bedarfsorientierten Entlassungsplanung bei psychisch kranken Menschen mit hoher Inanspruchnahme. Erfasst wurden Bedarfe in 22 Lebensbereiche. Resultate liegen für die beiden ersten Erhebungszeitpunkte vor. Hier zeigte sich, dass 18 Bedarfe nach drei Monaten rückläufig waren. Bei den Patientinnen und Patienten, die mindestens eine Sitzung wahrgenommen hatten, reduzierten sich die Bedarfe von der Entlassung (t_0) zur Erhebung nach 3 Monaten (t_1) signifikant ($p < .001$). Bei der Kontrollgruppe war ein gegenläufiger Trend zu beobachten.

In einem ersten Praxisbericht informieren Gebhardt, Lüthi und Dammann (2013) über vielversprechenden Ergebnissen der poststationären Übergangsbearbeitung (PSÜB) der Psychiatrischen Dienste Thurgau. Die PSÜB setzt unmittelbar nach der stationären Entlassung an und ist auf eine maximal dreimonatige ambulant-aufsuchende Behandlung zur (Re-)Stabilisierung von Patientinnen und Patienten in ihrem häuslichen Umfeld ausgerichtet. Von 73 im Jahr 2011 behandelten PSÜB-Patientinnen und -Patienten verzeichneten 39 (54 %) im Jahr 2012 keine einzige stationäre Aufnahme in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen. Zwar konnte die PSÜB nicht kostendeckend betrieben werden, die ambulanten Mehrkosten würden jedoch einer deutlichen Abnahme der stationären Kosten der PSÜB-Patientinnen und -Patienten gegenüber stehen. Als positiven Nebeneffekt stellten die Autoren fest, dass dank der Präsenz des PSÜB-Teams auf den Stationen generell früher mit der systematischen Entlassungsplanung begonnen wurde.

Patientinnen und Patienten mit weniger ausgeprägter Inanspruchnahme wurden erstmals in einer Pilotstudie in Lausanne untersucht. In ihrer RCT-Studie verglichen Bonsack et al. (2013) ein «Case Management de Transition» (CMT), also ein Case Management, das den Übergang vom stationären Aufenthalt in den Alltag begleitet, mit einer «Standard-Begleitung». Untersucht wurden 102 Patientinnen und Patienten mit einem Durchschnittsalter von 40.7 Jahren. Knapp 60 % der Betroffenen waren Frauen (59.8 %), 75 % der Patientinnen und Patienten hatten als Diagnose eine Angst- oder affektive Störung. Im Fokus standen Personen, für die nach der stationären Behandlung keine ambulante psychiatrische Betreuung sichergestellt war. 80.4 % waren zum ersten Mal in einer psychiatrischen Klinik. Als Hauptaufgabe sah das CMT vor, Stressoren zu identifizieren, die Vernetzung und die Arbeit mit der ambulanten Nachsorge zu verbessern und die Angehörigen zu unterstützen. Die Studie kann-

te aufzeigen, dass sich die Rehospitalisierungsrate bei der Behandlungsgruppe signifikant verbesserte. Der grösste Effekt zeigte sich dabei in den ersten drei Monaten nach dem Klinikaustritt, während 33 % der Kontrollgruppe mindestens einmal wieder in die Klinik eintraten, lag der Wert bei der Behandlungsgruppe bei 18 % ($p = .02$). sechs bzw. zwölf Monate nach dem Klinikaustritt lag die Wiedereintrittsrate bei der Kontrollgruppe bei 35.3 % bzw. 43.1 % gegenüber 22.0 % bzw. 28.0 % bei der Interventionsgruppe. Eine signifikante Verbesserung zeigte sich insbesondere bei Patientinnen und Patienten, die schon längere Zeit unter einer psychiatrischen Erkrankung litten (> 5 Jahre), ihre Wiedereintrittsrate lag nach zwölf Monaten mit 18.8 % signifikant tiefer als bei der Kontrollgruppe, deren Wert bei 60.0 % lag ($p < .05$). In Bezug auf die psychiatrische Symptomatik, inkl. Substanzabusus, liessen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen eruieren, generell konnte aber eine Symptomverminderung festgestellt werden.

Bonsack et al. (2013) identifizierten in ihrer Studie eine Personenkategorie, die während des Klinikaufenthalts kaum auffiel und deren Probleme daher oft unterschätzt wurden: Es handelte sich dabei vor allem um Frauen mittleren Alters mit einer affektiven Störung. Die Autoren sprachen von den «stillen Patientinnen», bei denen die Rückkehr nach Hause als Krise erlebt wurde, eine enorme Belastung bedeutete und zu einer Verschlimmerung der Symptomatik führte. Dies wurde vom privaten Umfeld nicht verstanden, da erwartet wurde, dass die Person «geheilt» war. Die Autoren gehen davon aus, dass es sich hier um eine Patientengruppe mit erhöhter Vulnerabilität handelt, bei der das Suizidrisiko in den ersten Wochen nach Klinikaustritt besonders hoch sein dürfte.

Während durch das CMT die Dauer sehr langer Klinikaufenthalten reduziert werden konnte, schien das CMT in den Akutkliniken die Aufenthaltsdauer eher zu verlängern. Bonsack et al. (2013) begründeten diese Tatsache damit, dass die antizipierende Arbeit des CMT Probleme sichtbar machte, die von den Klinikmitarbeitenden oft nicht wahrgenommen und von den Patientinnen und Patienten vermieden wurden, da sie den Spitalaufenthalt nur als kurzes Ereignis betrachteten. Dennoch sei die vorausschauende Sicht auf das soziale (Helfer-)Netz, auch wenn dies kurzfristig den Klinikaufenthalt verlängere, essentiell um einer möglichen Belastung zuvorzukommen und eine Verbesserung der ambulanten Nachsorge sicher zu stellen. Die Autoren empfehlen aufgrund ihrer Studie die Entwicklung einer gemeinsamen Kultur, die es erlaubt, den kritischen Moment des Klinikaustritts systematisch und mit der nötigen Aufmerksamkeit anzugehen. Sie erachten den Klinikaustritt als Schwachpunkt in der Behandlungskette, der gravierende Konsequenzen haben kann und ein Risiko im Behandlungsprozess darstellt. Wichtig sei es, die nötigen Mittel bereitzustellen, um den Übergang zu begleiten und frühzeitig die nötigen Beziehungen mit den Schlüsselakteuren des natürlichen Umfelds der Patientinnen und Patienten herzustellen.

In ihrer Dissertation evaluierte Bäuerle (2011) den Prozess der bedarfsorientierten Entlassungsplanung auf Basis der Daten der NODPAM-Studie. Schwächen in der Entlassungs-

planung stellte die Autorin vor allem bei den Lösungsangeboten fest. 43.5 % der Lösungsvorschläge führten nicht zu einer Deckung der Bedarfe, wobei die zwei häufigsten Probleme mit 48 – 59 % nicht gelöst werden konnten. 60 – 70 % der Lösungsvorschläge wurden als «schlecht» oder «nur zum Teil umgesetzt» bewertet. Die Ursache lag zu 50 – 60 % an den Teilnehmenden selbst und wurde auf krankheitsbedingte Antriebslosigkeit oder Non-Compliance zurückgeführt. Mögliche Aspekte für das Resultat sieht Bäuerle (2011) in folgenden vier Themenbereichen:

1. Leistungsträger des Hilfesystems (z. B. ambulante Therapeuten) waren nicht in ausreichendem Masse vorhanden.
2. Die vorgegebenen Lösungsvorschläge waren ineffizient oder inadäquat um die Probleme zu beseitigen.
3. Die Betreuung der Patienten war nicht intensiv genug und die Teilnehmer waren doch zu sehr auf sich gestellt.
4. Trotz intensiver Betreuung konnten viele Patienten nicht motiviert werden, ausreichend Hilfe in Anspruch zu nehmen oder sie waren auf Grund ihrer schweren Erkrankung nicht dazu im Stande. (Bäuerle, 2011, S. 70)

Bei Patientinnen und Patienten, die die Lösungsvorschläge gut umgesetzt hatten, zeigten sich eine Verminderung der ungedeckten Bedarfe und eine Verbesserung der Lebensqualität. Aus diesem Grund wies Bäuerle (2011) darauf hin, dass die Ursachen schlechter Umsetzung oder von Unzufriedenheit näher untersucht werden müssten, insbesondere bei Hinweisen auf ein unbefriedigend funktionierendes Hilfesystem der Entlassungsplanung. Dies seien beeinflussbare Faktoren, die optimiert und die Intervention dadurch verbessert werden könne.

1.4.1 Fazit und Forschungslücke

Sämtliche Studien, die während der Recherche gefunden wurden, waren in ihrer Methodik quantitativ und konzentrierten sich, mit Ausnahme der Studie von Bonsack et al. (2013) auf Patientinnen und Patienten mit hoher Inanspruchnahme. Die Studien zeigten auf, dass ein frühzeitiger, noch im stationären Rahmen stattfindender Kontakt mit der ambulanten Nachsorge und die Wahrnehmung eines ersten Nachsorgetermins wirksam waren (Olfson et al. 1998; Nelson et al., 2000). Besonders positiv waren die Resultate in Bezug auf die Rehospitalisierungsrate, die sich signifikant reduzierte (Reynolds et al., 2004; Bonsack et al. 2006 & 2013; Gebhardt et al., 2013). Aber auch die Symptomatik und Symptomregulierung wurde in mehreren Studien aufgrund der Übergangsbehandlung deutlich verbessert (Olfson et al., 1998; Reynolds et al., 2004; Bonsack et al. 2013). Positive Effekte auf den Erfolg der Entlassungsplanung hatten zudem die motivierende Gesprächsführung (Swanson et al, 1999), die Orientierung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten (Steffen et al., 2009) sowie passende Lösungsvorschläge (Bäuerle, 2011; Bonsack et al., 2013).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass praktisch alle Studien positive Effekte der Entlassungsplanung aufzeigten und eine poststationäre Begleitung von psychisch kranken Menschen zu einer Reduktion der Rehospitalisierungsrate und einer besseren Rückkehr in den Alltag beitrug. Gerade bei Menschen mit weniger ausgeprägter Inanspruchnahme scheint die Intervention sinnvoll, damit die Probleme dieser «stillen Patientinnen und Patienten» frühzeitig wahrgenommen werden und einer Entwicklung hin zu hoher Inanspruchnahme entgegengewirkt werden kann.

Sämtliche gefundene Studien waren quantitativ und lieferten Fakten. Ihnen allen fehlt jedoch eine intensivere Untersuchung auf der Beziehungsebene. Wie gestaltet und entwickelt sich die Arbeit zwischen den Begleitpersonen und den Patientinnen und Patienten? Wie gelingt die Aktivierung des privaten und professionellen Netzwerks? Welchen Einfluss haben diese Systeme auf den Erfolg der poststationären Begleitung? Hier setzt die vorliegende Masterarbeit an und eruiert mittels qualitativer Methodik zentrale Aspekte der Netzwerkkoordination.

1.5 Fragestellung und Hypothesen

Die qualitative Masterarbeit soll in Ergänzung zur ZInEP-Studie den Fokus auf mögliche Schlüsselkriterien für die erfolgreiche/nicht erfolgreiche Austrittscoordination bei Menschen mit weniger ausgeprägter Inanspruchnahme legen. Gibt es im Verlauf der Netzwerkkoordination wegweisende Situationen oder Konstellationen? Was für Aspekte der Netzwerkkoordination werden sichtbar? Was erlebten die Sozialarbeitenden bei der Netzwerkkoordination als besonders herausfordernd oder entscheidend? Und: ist die poststationäre Netzwerkkoordination für und mit abhängigkeiterkrankten Menschen tatsächlich schwieriger als mit anderen psychisch kranken Menschen? Und wenn ja, woran liegt das? Die konkrete Forschungsfrage dieser Masterarbeit lautet:

Gibt es Schlüsselkriterien für den Erfolg/Misserfolg der poststationären Netzwerkkoordination?

Die Untersuchung ist qualitativ und hat explorativen Charakter. Entsprechend liegen der Arbeit keine Hypothesen zugrunde, vielmehr soll sie solche generieren.

2. Methode

2.1 Methodenwahl

Diese Arbeit sollte in Ergänzung zur randomisierten, prospektiven ZInEP-Studie qualitative Aspekte der poststationären Netzwerkkoordination beleuchten. Entsprechend wurde für die Untersuchung der im Kapitel 1.5 formulierten Fragestellung eine qualitative Vorgehensweise gewählt. Die allgemeinen Grundsätze dieser Methode sind nach Mayring (2002) die Subjektbezogenheit, der Alltagsbezug, die Interpretation, die Deskription sowie die Generalisierbarkeit. In dieser Arbeit war der qualitative Ansatz gerechtfertigt, da es sich um wenige Einzelfälle und deren subjektive Ausprägung (Subjektbezogenheit) handelte, diese Fälle im Kontext der poststationären Netzwerkkoordination untersucht wurden (Alltagsbezug) und als Ziel allgemein gültige Aussagen (Generalisierbarkeit) formuliert werden sollten.

2.2 Gütekriterien

Die aus der quantitativen Forschung bekannten Gütekriterien Reliabilität, Validität und Objektivität seien, so Steinke (2012) nicht grundsätzlich auf qualitative Forschung übertragbar. Gemäss der Autorin geht es um die Formulierung eines Systems von Kriterien, die möglichst viele Aspekte der Bewertung der qualitativen Forschung abdecken. Zudem sollten die Kriterien je nach Fragestellung, Gegenstand und verwendeter Methodik konkretisiert, angepasst und allenfalls ergänzt werden können. Steinke (2012) formuliert entsprechend einen Katalog von Kernkriterien, an dem sich qualitative Forschung orientieren kann. Tabelle 1 zeigt in welchen Kapiteln diese Kernkriterien in der vorliegenden Arbeit berücksichtigt wurden.

Tabelle 1. Kernkriterien nach Steinke (2012)

Kernkriterien nach Steinke:	In:
<i>Intersubjektive Nachvollziehbarkeit:</i> Detaillierte Dokumentation des Forschungsprozesses: Erhebungsmethoden und Erhebungskontext, Transkriptionsregeln, Daten, Auswertungsmethoden, Informationsquellen	Kapitel 2
<i>Indikation des Forschungsprozesses:</i> Qualitatives Vorgehen, Methodenwahl, Samplingstrategie, methodische Einzelentscheidungen im Kontext der Untersuchung, Bewertungskriterien	Kapitel 2
<i>Empirische Verankerung:</i>	Kapitel 1
<i>Limitation:</i>	Kapitel 4
<i>Kohärenz:</i> Kohärente Ergebnisse, Bearbeitung bzw. Offenlegung von Widersprüchen	Kapitel 4.1
<i>Relevanz:</i> Relevanz der Fragestellung, Verallgemeinbarkeit der Ergebnisse	Kapitel 4.2 – 4.4

2.3 Untersuchungsdesign

Um ein möglichst umfassendes Bild der Netzwerkkoordination in Bezug auf die einzelnen Fälle zu erhalten, wurden in dieser Arbeit folgende Dokumente bzw. Messinstrumente miteinbezogen bzw. erhoben:

- Dokumente der Netzwerkkoordination (Checkliste, Netzwerkkarte, Verlaufsberichte)
- Testresultate der ZInEP-Studie, sofern sie Informationen im Zusammenhang mit der Fragestellung liefern konnten
- Interviews mit den Sozialarbeitenden der Netzwerkkoordination

Checklisten und Netzwerkkarten waren Instrumente der ZInEP-Studie. Diese Resultate wurden mit dem Microsoft Excel-Programm ausgewertet.

Die Verlaufsberichte der sozialarbeiterischen Netzwerkkoordination sowie die Interviews mit den Sozialarbeitenden wurden mittels Einzelfallanalyse untersucht. Nach Mayring (2002) kann mit diesem Design einerseits die Komplexität des Falls erfasst werden, andererseits ist es auch möglich auf die jeweiligen Besonderheiten einzugehen. Zudem stellen Fallanalysen eine entscheidende Hilfe bei der Suche nach relevanten Einflussfaktoren und bei der Interpretation von Zusammenhängen dar.

Die verschiedenen Tests wurden für die quantitative ZInEP-Studie definiert. Die Ergebnisse wurden für die ausgewählten zehn Fälle mittels Microsoft Excel erfasst.

2.4 Stichprobe

Die ZInEP-Studie legte den Fokus auf Patientinnen und Patienten mit weniger ausgeprägter Inanspruchnahme (s. Kap. 1.3.5). Die Einschlusskriterien für die Studienteilnahme sind in Anhang B dargestellt. Die zehn Fälle, die in dieser Masterarbeit untersucht wurden, stammen aus der Behandlungsgruppe und wurden von den beiden Sozialarbeitenden ausgewählt. Als Auflage wurden zwei Kriterien vorgegeben: es mussten sowohl erfolgreiche als auch nicht erfolgreiche Verläufe gewählt werden und rund 50 % der Fälle sollten eine Substanzproblematik ausweisen. Diagnose und die Aufenthaltsdauer der Stichprobe wurden den Austrittsberichten nach dem stationären Aufenthalt entnommen. Alle anderen Daten stammen aus dem CSSRI-EU (s. Messinstrumente Kap. 2.4.2).

Wie in Tabelle 2 ersichtlich waren sämtliche Patientinnen und Patienten freiwillig in die Klinik eingetreten.

50 % der Personen hatten eine F1 Diagnose (Substanzproblematik), wobei es sich bei zwei der drei Erfolgreichen um die Zweitdiagnose handelte. Bei den Nicht-Erfolgreichen handelte es sich um zwei Suchtpatientinnen, beide mit einer Doppeldiagnose F1.

Unter den Erfolgreichen waren vier Männer und zwei Frauen. Ihr Durchschnittsalter lag bei 39 Jahren (Range 25 – 58), die Frauen waren mit durchschnittlich 30 Jahren jünger als die Männer (43.5 Jahre). Vier der sechs Erfolgreichen lebten beim Klinikeintritt alleine. Die Aufenthaltsdauer betrug im Durchschnitt 32.15 Tage.

Zwei Frauen und zwei Männer wurden als nicht erfolgreich bewertet. Diese Personen waren im Durchschnitt 41.5 Jahre alt (Range 25-59). Die Frauen waren mit durchschnittlich 53 Jahren deutlich älter als die Männer (29.5). Niemand der vier Nicht-Erfolgreichen lebte alleine. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 14.5 Tage.

Tabelle 2. Stichprobenbeschreibung

Patient/-in	Erfolgreiche						Nicht-Erfolgreiche			
	B	D	E	G	H	I	A	C	F	K
Geschlecht	m	m	m	m	w	w	w	m	w	m
Alter	29	45	42	58	25	35	47	25	59	34
Personenstand	ver.	ledig	getr.	getr.	ledig	gesch.	ver.	ledig	ver.	ledig
Kinder	1	--	--	1	1	2	3	--	--	--
Alter der Kinder	1	--	--	29	2	18, 20	23,12,6	--	--	--
Staatsangehörigkeit	Kroa.	CH	DE	CH	?	CH	Let.	CH	Serb.	?
Bildung	Uni	Lehre	Lehre	Lehre	k.A.	angel.	k.A.	Lehre	Uni	Lehre
Arbeitsstelle	ja	al	ja	IV	IV	IV, EL	HF	al	IV	KT
Lebensumstände	mit EP und 1 Kind	allein	allein	allein	allein	mit Sohn	mit EP und 2 Kindern	mit Eltern	mit LP und Tochter	mit LP
Klinikeintritt	freiwillig	freiwillig	freiwillig	freiwillig	freiwillig	freiwillig	freiwillig	freiwillig	freiwillig	freiwillig
Diagnose	F31.1 F12.1	F41.1 F60.31	F22.0 F10.5	F33.3	F11.22 F60.31	F33.1	F10.24 F12.24	F41.0	F10.2 F13.1	F22.0
Tage in der Klinik	58	37	21	42	16	21	9	26	11	12

2.5 Datenerhebung

2.5.1 Dokumente der Netzwerkkoordination

Die drei Dokumente der Netzwerkkoordination wurden alle durch die fallführenden Sozialarbeitenden erhoben.

Die **Checkliste** (Anhang C) wurde als Arbeitsinstrument für die poststationäre Netzwerkkoordination erarbeitet und diente der laufenden Überprüfung der getätigten Arbeiten.

Die **Netzwerkkarte** nach Pantucek (2009) wurde bei Behandlungsbeginn stationär (t_0) sowie beim Abschluss der poststationären Netzwerkkoordination ($t_{\text{Abschluss}}$) erstellt. Erfasst wurde das soziale Netzwerk der Patientinnen und Patienten in den Bereichen Angehörige/Familie, Freunde/Bekannte, Kolleginnen und Kollegen, professionelles Helfernetz.

Für die **Fallanalysen** wurden zehn komplette, vorhandene Verlaufsberichte der poststationären Netzwerkkoordination beigezogen.

2.5.2 Messinstrumente

Einige aus der ZInEP-Studie vorliegenden Testergebnisse wurden, sofern sie für die Beantwortung der Fragestellung relevant waren, als Ergänzung zu den Fallanalysen beigezogen. Tabelle 3 listet die ausgewählten Messinstrumente auf. Mit Ausnahme von CSSRI-EU und CGI, wurden die Daten über drei Messzeitpunkte erhoben: Das Eingangsassessment (t_0) fand zu Beginn des stationären Aufenthalts statt, die zweite Befragung (t_2) erfolgte drei Monate nach Klinikaustritt, also bei Abschluss der poststationären Netzwerkkoordination. Das Abschlussassessment (t_3) fand zwölf Monate nach Klinikaustritt statt. Auf die ursprünglich geplante Erhebung einen Monat nach Klinikaustritt (t_1) wurde im Verlauf der Studie verzichtet. Der CGI wurde bei t_0 sowie bei Abschluss der Netzwerkkoordination ($t_{\text{Abschluss}}$) erhoben. Der CSSRI-EU bei t_0 und t_3 . Alle Messwerte liegen, mit Ausnahme von Patient K, vor.

Die Einschätzung erfolgte durch Selbstbeurteilung der Patientinnen und Patienten (MANSA, OQ-45, F-SozU K-14) oder durch Fremdbeurteilung der Sozialarbeitenden bzw. Studienassessoren (CSSRI-EU, Morisky-Score, CGI).

Tabelle 3. Ausgewählte Messinstrumente aus der ZInEP Studie

Messinstrument	Erfasst wird	Aufbau
MANSA – Manchester Short Assessment of Quality of Life (Priebe, Huxley, Knight & Evans, 1999)	Lebensqualität/ Lebenszufriedenheit	16 Fragen zur Lebensqualität, davon 4 Ja/Nein (objektive Fragen) und 12 (subjektive Fragen) mit 7-stufiger Skala (sehr unzufrieden bis sehr zufrieden).
OQ-45 – Outcome Questionnaire (deutsche Version von Lambert, Hannover, Nisslmüller, Richard & Kordy, 2002)	Allgemeine psychische Beeinträchtigung	45 Items, fünfstufige Skala (nie bis immer). Umfasst die Dimensionen Symptombelastungen (25 Items), zwischenmenschliche Beziehungen (11 Items) und soziale Integration (9 Items). Zusätzlich beinhaltet der OQ-45 Fragen zu Alkoholmissbrauch, Suizid tendenz und Gewalttätigkeit bei der Arbeit. Der Gesamtwert bildet die allgemeine psychische Beeinträchtigung ab.
F-SozU K-14 – Fragebogen zur sozialen Unterstützung – Kurzform (K-14) (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007).	Zentrale Inhalte sozialer Unterstützung	14 Items, fünfstufige Skala (trifft nicht zu bis trifft genau zu). Erfasst drei zentrale Inhalte sozialer Unterstützung: emotionale Unterstützung (8 Items), praktische Unterstützung (3 Items), soziale Integration (4 Items).
Morisky-Score – Morisky Medication Adherence Scale (Morisky, Green & Levine, 1986).	Medikamenten-compliance	4 Items zur Erfassung der Medikamenten-Compliance, Ja/Nein-Skalierung. Jedes Nein wird mit einem Punkt bewertet. 4 = hohe Compliance, 2 und 3 = mittlere Compliance, 0 und 1 = geringe Compliance.
CSSRI-EU – Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (dt. Version von Roick, Kilian, Matschinger, Bernert, Mory & Angermeyer, 2001)	Sozio-ökonomische Merkmale und psychiatrische Versorgungskosten.	Fünf Bereiche: Soziodemographie, Lebenssituation, Beschäftigung und Einkommen, Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, Medikation.

Messinstrument	Erfasst wird	Aufbau
CGI – Clinical Global Impressions (Guy W., National Institute of Mental Health, 1976)	Therapieeffekte	Beurteilungsskala zur Erfassung der Therapieeffekte bei allen Störungsgruppen mit folgenden Aspekten: 1) Schweregrad der Krankheit (sechs-stufige Skala von überhaupt nicht krank bis extrem schwer krank), 2) Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung (sechsstufige Skala von sehr viel besser bis sehr viel schlechter) 3) Therapeutische Wirksamkeit der Behandlung und unerwünschte Wirkungen – ein Nutzen-Risiko-Index.

2.5.3 Interviews

Die Interviews mit den beiden Sozialarbeitenden wurden mittels problemzentriertem, halbstrukturierten Interview nach Mayring (2002) durchgeführt. Es handelt sich dabei um eine Befragungsmethode, bei der sich die interviewte Person möglichst ehrlich, reflektiert und offen äussern soll. Auch sollen Themen, die sich aus der Gesprächssituation heraus ergeben, spontan ins Gespräch aufgenommen werden können. Im Zentrum des Gesprächs stand jedoch immer wieder die vorgegebene Problemstellung.

Der Interviewleitfaden (Anhang I) wurde aufgrund der Theorie (s. Kap. 1) sowie der Erkenntnisse aus der Fallanalyse erarbeitet. Die Interviews sind als Ergänzung zur Dokumentenanalyse zu verstehen und zeigen die Situationseinschätzung der in der poststationären Netzwerkkoordination tätigen Sozialarbeitenden. Zusätzlich zum Interview wurde die Gelegenheit genutzt, einige fallbezogene Verständnisfragen zu klären.

2.6 Datenaufbereitung und –auswertung

2.6.1 Dokumente der poststationären Netzwerkkoordination

Checklisten Bei den verschiedenen Daten (s. Kap. 3.1.1) wurden die prozentualen Anteile pro Fall errechnet. Anschliessend wurden die Erfolgreichen und Nicht-Erfolgreichen zusammengefasst und einander gegenüber gestellt.

Netzwerkkarten Errechnet wurden die durchschnittlichen Kontakte pro Patientin/Patient und Bereich. In der Folge wurden die Erfolgreichen und Nicht-Erfolgreichen zum Vergleich zusammengefasst.

Fallanalysen In einem ersten Schritt wurden die elektronisch vorliegenden Verlaufsberichte in Bezug auf Namen, Orts- und Zeitangaben anonymisiert. Für die Auswertung der Dokumente wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) gewählt. Dabei handelt

es sich um ein systematisches Vorgehen, welches auf das gesamte Material identisch angewandt wird. Für die Fallanalyse wurde die induktive Kategorienbildung gewählt, d.h. die Kategorien wurden nicht aus der Theorie abgeleitet sondern aus dem Datenmaterial selbst erschlossen. Dieses Vorgehen strebt, gemäss Mayring (2010), eine möglichst gegenstandsnahe Abbildung des Materials an und verhindert Verzerrungen durch Vorannahmen der Forschungsperson. Trotzdem bewährte sich die Festlegung der Hauptkategorien vor Beginn der Datenauswertung, um das Ziel der Untersuchung nicht aus den Augen zu verlieren. Nach der Durcharbeitung der ersten drei Falleinträge wurden die Kategorien verglichen, Überlappungen behoben und eine erste Version des Kodierleitfadens formuliert. Nach der Bearbeitung von sechs Falleinträgen konnte der Kodierleitfaden (Anhang E) vereinheitlicht und damit das gesamte Datenmaterial ausgewertet werden. Dieses System ermöglichte zudem die Erfassung der Häufigkeiten der einzelnen Kategorien. Nach Bearbeitung des gesamten Datenmaterials erfolgte ein Zusammenzug auf Ebene der Kategorien, eingeteilt in erfolgreiche bzw. nicht erfolgreiche Fälle.

2.6.2 Messinstrumente

Bei den Testergebnissen von MANSA, OQ-45 und F-SozU K-14 wurden die Werte der einzelnen Fälle erfasst und die Resultate anschliessend im Vergleich Erfolgreiche/Nicht-Erfolgreiche abgebildet. Die Ergebnisse wurden in der Folge deskriptiv kommentiert.

2.6.3 Interviews

Die Audioaufnahmen der beiden Interviews wurden wörtlich transkribiert und dabei in die Schriftsprache übersetzt. Da die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund stand, wurden bei der Transkription Satzbaufehler behoben und der Sprachstil geglättet (Mayring, 2002). Zudem wurden Namen, Orts- und Zeitangaben anonymisiert.

Die Datenauswertung erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Dabei wurde nach der inhaltlichen Strukturierung vorgegangen. Diese will bestimmte Inhalte, Themen oder Aspekte aus dem Material herausfiltern und zusammenfassen (Mayring, 2010). Das Kategoriensystem für die Interviews wurde deduktiv, d.h. aufgrund der Theorie und der Fragestellungen, erstellt. Damit die Textstellen zugeteilt werden konnten, wurden Kategorien definiert und mit Ankerbeispielen erklärt. Ein erster ausschnittsweiser Materialdurchgang führte zur Bildung neuer Kategorien. Schliesslich folgte die systematische Textanalyse, in welcher das Kategoriensystem (Anhang K) auf die beiden Interviews angewandt wurde. Im Anschluss erfolgte ein inhaltlicher Zusammenzug der beiden Interviews auf den unterschiedlichen Kategorien-Ebenen.

3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung präsentiert. Dabei teilt sich die deskriptive Darstellung auf die drei angewandten Methoden auf: Dokumente der poststationären Netzwerkkoordination, Testergebnisse und Interviews.

3.1 Dokumente der poststationären Netzwerkkoordination

3.1.1 Checkliste poststationäre Netzwerkkoordination

Die Checkliste (Anhang C) diente der Überprüfung der getätigten Arbeiten innerhalb der poststationären Netzwerkkoordination. Die Datenübersicht auf der Patientenebene findet sich im Anhang D. Errechnet wurden die prozentualen Anteile bzw. die Durchschnittswerte für alle zehn Fälle, die Erfolgreichen wurden den Nicht-Erfolgreichen gegenüber gestellt.

Tabelle 4. Auswertung Checkliste Erfolgreiche/Nicht-Erfolgreiche

		Erfolgreiche n 6	Nicht- Erfolgreiche n 4
Kontakt mit wichtigen Personen des Netzwerks aufgenommen		33.33 %	25 %
Ressourcen	erfasst	100 %	100 %
Sozialarbeiterische Hilfestellung	erwünscht	100 %	75 %
Psychoedukation durchgeführt	Patient/-in	100 %	25 %
	Angehörige/NWP	50 %	50 %
Notfallplan erstellt		83.33 %	25 %
Helferkonferenz stattgefunden	stationär	16.66 %	0 %
	poststationär	33.33 %	50 %
Nachsorgetermin	definiert	100 %	100 %
	stattgefunden	100 %	100 %
Anzahl Kontakte Patient/-in direkt	stationär	Ø 2.83 (17)	Ø 2.5 (10)
	poststationär	Ø 6 (36)	Ø 6 (24)
Anzahl Telefonate/E-Mails Patient/-in	poststationär	Ø 5.5 (33)	Ø 8 (32)
Anzahl Kontakte andere direkt	stationär	Ø 0.83 (5)	Ø 0.5 (2)
	poststationär	Ø 2.16 (13)	Ø 3 (12)
Anzahl Telefonate/E-Mails andere	stationär	Ø 0.66 (4)	Ø 0 (0)
	poststationär	Ø 2.5 (15)	Ø 4 (16)
Abschluss- /Zielkriterien	erreicht*	82 %	69.5 %
Rollenklärung	gemacht	50 %	25 %
Netzwerkpilot	definiert	66.66 %	50 %
	übernommen	50 %	50 %
Abschlussgrund	90 Tage erreicht	83.33 %	50 %
	Abschlusskriterien erfüllt	16.66 %	25 %
	Abbruch		25 %

*Prozentualer Anteil der erreichten im Vergleich zu den definierten Kriterien

3.1.2 Netzwerkkarte

Wie in Kapitel 1.3.3 erwähnt, wurde bei allen Patientinnen und Patienten bei Behandlungsbeginn stationär (t_0) sowie beim Abschluss der poststationären Netzwerkkoordination ($t_{\text{Abschluss}}$) eine Netzwerkkarte (NWK 1, NWK 2) erstellt. Die nachfolgende Darstellung konzentriert sich auf die Anzahl der durchschnittlichen Kontakte der Erfolgreichen bzw. Nicht-Erfolgreichen in den vier Bereichen Familie, professionelle Helfer, Freunde/Bekannte sowie Kolleginnen/Kollegen bei beiden Messzeitpunkten.

Table 5. Netzwerkkarten: Anzahl durchschnittlicher Kontakte NWK1 und NWK 2

	Erfolgreiche n6		Nicht-Erfolgreiche n3*	
	NWK 1	NWK 2	NWK 1	NWK 2
Familie	6.66	6.83	5.33	4.66
Prof. Helfer	2.66	2.5	1.33	3
Freunde/Bekannte	4	3	2.33	3.33
Kolleginnen/Kollegen	2.16	1.33	1	1.33
Total Kontakte pro Patient/-in im Ø	15.33	13.66	10	12.33

*es wurden nur in 3 der 4 Fälle Netzwerkkarten erstellt

3.1.3 Fallanalyse

Die Ergebnisse der Fallanalysen wurden kategorienspezifisch und fallübergreifend anhand des Kodierleitfadens (s. Anhang E) zusammengefasst, wobei eine Aufteilung in Erfolgreiche und Nicht-Erfolgreiche vorgenommen wurde. Da die Anzahl der Einträge und Kodierungen pro Patientin/Patient sehr unterschiedlich war, findet sich im Anhang F eine Liste der Häufigkeiten auf Patientenebene. Wo hilfreich, wurden auch Ergänzungen aus den Gesprächen mit den Sozialarbeitenden erwähnt. In der nachfolgenden Darlegung beziehen sich die Buchstaben A – K auf die Patientinnen/Patienten, das Datum auf den Tag des Falleintrages.

3.1.3.1 Netzwerkarbeit

In dieser Hauptkategorie ging es um die Gestaltung und Entwicklung der Netzwerkarbeit mit der Patientin/dem Patienten und ihrem privaten und professionellen Umfeld. Unterkategorien sind: Beziehung Sozialarbeitende und Patientin/Patient, Netzwerkpilotin/Netzwerkpilot, wichtige Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten, professionelles Helfersystem, sozialarbeiterische Grundleistungen, Zufriedenheit mit der Netzwerkarbeit, Abschluss der Netzwerkarbeit.

3.1.3.1.1 Beziehung Sozialarbeitende und Patientin/Patient

Offenheit und Vertrauen

In der Beziehung zwischen den Sozialarbeitenden und Patientin/Patient waren Offenheit und Vertrauen entscheidende Kriterien für die Zusammenarbeit. Beide Kriterien waren in allen Falleinträgen deutlich spürbar. So wiesen verschiedene Falleinträge darauf hin, dass die

Patientinnen und Patienten offen über ihre Kontakte, Familiensituation, Partnerschaftsprobleme, Sorgen oder den Lebensalltag berichteten. Bei den Erfolgreichen wurde diese Kategorie 36-mal kodiert, bei den Nicht-Erfolgreichen gab es 23 Nennungen. Als «Sternstunde» seiner Berufskarriere bezeichnete eine Sozialarbeitende ein Familientreffen, welches im Verlaufsbericht wie folgt dokumentiert wurde:

Vorgängig informiert mich (*Soz., Anm. d. Verf.*) der Patient, dass die Eltern seines Lebenspartners zu Besuch sind und fragt mich an, ob es störend für mich sei. (...) Beim Eintritt in die Wohnung stelle ich fest, dass nicht nur die Eltern des Lebenspartners anwesend sind, sondern auch die Eltern des Patienten. Alle Elternteile sind heute zum ersten Mal zusammen gekommen. (D, 7.3.2013)

Aber auch fehlendes Vertrauen von Seiten der Patientinnen/Patienten kam zum Ausdruck und zeigte sich bei drei Patientinnen/Patienten der nicht-erfolgreichen Netzwerkkoordination vor allem zu Beginn der gemeinsamen Arbeit: «Warum sie am vergangenen Freitag ohne Entschuldigung nicht gekommen ist, darauf meinte sie, sie hätte ihre Gründe gehabt» (F, 11.5.2012). Oder: «Im Gespräch ruft der Ehemann an, er will offenbar wissen, wie es mit dem Austritt aussieht. (...) Bei diesem Kurzgespräch geht es ziemlich heftig und laut zu und her. Genauere Details des Gesprächs gibt die Patientin nicht bekannt.» (A, 29.12.2012).

Bei zwei der sechs Erfolgreichen und bei drei der vier Nicht-Erfolgreichen war ihre psychische Belastung und ihr Erleben der Krankheit immer wieder ein Thema. Offen und ehrlich berichteten sie über ihre Gefühle und Symptome aber auch über somatische Beschwerden: «Emotional fühlt sich der Patient schlecht, wieder eher depressiv, gelangweilt. Gedankenkreisen, Minderwertigkeit und Nutzlosigkeit prägen sein aktuelles Lebensgefühl. Nach Suizidalität gefragt, verneint er diese.» (B, 11.9.2012).

Diese Offenheit bezog sich auch auf den Umgang mit der Substanzproblematik. Hier war festzustellen, dass nur eine der drei erfolgreichen Suchtpersonen das Thema ansprach, bei den beiden anderen Betroffenen gab es hierzu keine Einträge, da das Problem, gemäss Aussage der Sozialarbeitenden, offenbar gelöst war: «Sie (*Pat., Anm. d. Verf.*) sprach sehr viel und berichtete, dass es ihr nicht so gut gehe, da sie einen hohen Suchtdruck empfinde. Sie möchte nicht mehr konsumieren, aber ob sie das schafft, weiss sie nicht.» (H, 9.11.2012). Bei den beiden nicht erfolgreichen Suchtpatientinnen berichtete eine sehr offen über ihre Schwierigkeiten und Herausforderungen, während eine andere Patientin das Thema nur zu Beginn, als sie die Abstinenz noch aufrechterhalten konnte, ansprach. Später, als ein erneuter Konsum, gemäss Aussage der Sozialarbeitenden, offensichtlich war, erwähnte sie den Rückfall nicht: «Die Patientin hat mir (*Soz., Anm. d. Verf.*) gestanden, dass sie getrunken hat und so nicht in die Klinik kommen möchte.» (F, 13.06.2012).

Empathie

Beide Sozialarbeitenden zeigten viel Einfühlungsvermögen und Anteilnahme in der Arbeit mit den Patientinnen und Patienten. Bei den Erfolgreichen gab es sieben Kodierungen, die vier der sechs Patientinnen/Patienten betrafen. Bei den Nicht-Erfolgreichen war Empathie bei allen Personen wahrzunehmen, insgesamt gab es hier zwölf Nennungen: «Leider hat die Patientin während der Netzwerkzeit viele Termine abgesagt, da es ihr nicht gut gegangen ist und sie in der Nacht zuvor getrunken hat. Sie hat dies immer gesagt, konnte leider daran nichts ändern.» (F, 20.7.2012). Oder: «Patientin ist in schlechter körperlicher Verfassung (Hexenschuss) und klagt über starke Schmerzen. Aus eigener Betroffenheit gebe ich (*Soz., Anm. d. Verf.*) ihr ein paar Bewegungstipps aus der Physiotherapie.» (A, 27.3.2012).

Bei den Nicht-Erfolgreichen war spürbar, dass die Arbeit manchmal auch anstrengend und zermürend sein konnte, was sich in wenigen Einzelfällen in fehlender Empathie widerspiegelte. «Patient ist unverändert in schlechter Verfassung. Er kann sich auf kein Gesprächsthema konzentrieren und spricht zyklisch die gleichen Wehklagen.» (C, 29.11.2012).

Wertschätzung

Die Wertschätzung und Würdigung der Patientinnen und Patienten wird verhältnismäßig selten dokumentiert, kommt in den Verlaufsberichten der erfolgreichen Netzwerkkoordination aber deutlicher zum Ausdruck. Hier finden sich sechs Nennungen bei drei Falleinträgen, wohingegen bei den Nicht-Erfolgreichen ein einziger Hinweis erfasst wurde. «Er (*Pat., Anm. d. Verf.*) erzählt von seiner Herkunftsfamilie und von deren Reaktion beim «Outen» (*Homosexualität, Anm. d. Verf.*). Patient ist sehr differenziert im Denken und Fühlen und kann sich dementsprechend gewählt ausdrücken.» (D, 19.12.2012). Oder: «Sie (*Pat., Anm. d. Verf.*) hat mir wunderschön ihren Krisenplan aufgeschrieben. Sie hat auch Veränderungsansätze, kann sie jedoch alleine nicht angehen.» (H, 30.11.2012).

Compliance/Non-Compliance

Compliance wurde als wichtiges Kriterium für den Erfolg/Misserfolg der Zusammenarbeit eingeschätzt (s. Kapitel 1.3.2). In dieser Kategorie wurden bei den Erfolgreichen zwölf und den Nicht-Erfolgreichen 14 Nennungen kodiert. Sämtliche Einträge bei den Erfolgreichen wurden als «compliant» identifiziert, Kodierungen gab es bei fünf der sechs Patientinnen/Patienten.

Darauf angesprochen, ob sie (*Pat., Anm. d. Verf.*) sich keinen ambulanten Behandler vorstellen könne – bis anhin hatte sie dies immer abgelehnt – meinte sie, ihre frühere Psychologin könnte sie sich vorstellen. Da sie die Telefonnummer noch hatte, motivierte ich (*Soz., Anm. d. Verf.*) sie, gleich anzurufen, was sie auch tat. Die Psychologin war

erreichbar und sie (*Pat., Anm. d. Verf.*) konnte mit ihr einen ersten Termin vereinbaren. (H, 9.11.2012)

Die Hälfte der Nennungen bei den Nicht-Erfolglichen weist auf eine fehlende Compliance (Non-Compliance) hin. Da in der Theorie verschiedentlich auf einen Zusammenhang von Non-Compliance und Substanzabusus hingewiesen wurde, ist festzuhalten, dass eine der beiden Personen eine Suchtthematik aufwies, die andere Person zeigte ein Störungsbild aus dem schizophrenen Formenkreis: «Die Freizeitangebote sagen ihr (*Pat., Anm. d. Verf.*) nicht zu, da sie im Dorf und der nahen Umgebung nicht gesehen werden will (Gerede).» (A, 22.5.2012). Oder: «Ich (*Soz., Anm. d. Verf.*) eröffne dem Patienten die Möglichkeit in einer Institution einer Beschäftigung nachzugehen. Er ist nicht sehr begeistert, denn er arbeitet an einem selber entwickelten Computerprogramm, welches er fast fertig gestellt hat.» (K, 16.8.2013).

Andere Hinweise liefert die Compliance in Bezug auf den Umgang mit Terminen. Hier tat sich eine erfolgreiche Person schwer, während die Nicht-Erfolglichen alle Mühe mit der Termin-Compliance zeigten. Einen besonders schlechte Zuverlässigkeit bei den Terminen zeigten die drei Frauen mit einer Substanzproblematik (s. Anhang G).

3.1.3.1.2 Netzwerkpilot/-in (Aktivierung, Einbindung, Unterstützung)

Wie in Kapitel 1.3.4 erläutert sollte die Netzwerkpilotin/der Netzwerkpilot möglichst frühzeitig in die poststationäre Netzwerkkoordination eingebunden werden. Sowohl bei den Erfolgreichen (neun Kodierungen) als auch bei den Nicht-Erfolglichen (zwölf Kodierungen) konnte bei der Hälfte der Patientinnen und Patienten ein Pilot/eine Pilotin definiert und übernommen werden (s. Tabelle 4).

Bei den Erfolgreichen stammen zwei der drei Netzwerkpiloten aus dem Freundeskreis, einer aus dem professionellen Helfernetz. Hier zeigte sich Sympathie und Interesse gegenüber der Patientin/dem Patienten.

Gespräch mit Freundin Q (*Netzwerkpilotin, Anm. d. Verf.*). Erklärung der Rolle und Aufgabe der Netzwerkpilotin. Sie (*Netzwerkpilotin, Anm. d. Verf.*) erzählt von der langjährigen Freundschaft mit dem Patienten. Auch ihr Ehemann sei dem Patienten gegenüber freundlich gesinnt. Ich (*Soz., Anm. d. Verf.*) übergebe der Netzwerkpilotin einige Broschüren zu Angststörungen. (D, 26.2.2013). Oder: Mit Frau L. (*Netzwerkpilotin, Anm. d. Verf.*) bei Patientin zu Hause die Bedarfsabklärung gemacht. Die beiden Frauen waren sich sympathisch und es scheint, dass eine Zusammenarbeit zustande kommt. Patientin wollte es sich noch bis Freitag überlegen. (I, 6.2.2013)

Bei den Nicht-Erfolglichen übernahm in einem Fall der Lebenspartner, im anderen Fall eine Freundin die Rolle der Netzwerkpilotin/des Netzwerkpiloten. Dass der Lebenspartner die Rolle übernahm, kam im Verlaufsbericht nicht klar zum Ausdruck und wurde von der Verfasserin dieser Arbeit auch erst später so verstanden. Die Hinweise im Verlaufsbericht zeigten hier deutliche Merkmale von Sorge aber auch von Co-Verhalten (s. Kapitel 1.3.1).

Sie (*Lebenspartner und Tochter, Anm. d. Verf.*) haben keinen Alkohol zu Hause. Sobald sie das Haus verlassen, geht die Patientin in den nächsten Laden und kauft sich Wein. (...) Sie (*Lebenspartner und Tochter, Anm. d. Verf.*) waren auch schon im nahen Geschäft und wollten veranlassen, dass man der Patientin keinen Alkohol mehr verkauft. (F, 27.6.2012)

Die Freundin erklärt sich bereit, als Netzwerkverantwortliche zu „amten“ und der Patientin etwas über die Schulter zu schauen und sie zu unterstützen. (...) Beide Frauen (*Netzwerkpilotin und Pat., Anm. d. Verf.*) üben nicht wenig Kritik am Ehemann der Patientin. Der Eindruck entsteht, diesen für die Suchtproblematik allein verantwortlich zu machen. (A, 29.5.2013)

3.1.3.1.3 Wichtige Bezugspersonen der Patientin, des Patienten

Ein zentrales Element der poststationären Netzwerkkoordination lag in der Involvement wichtiger Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten. Nach Aussage der Sozialarbeitenden waren jedoch nicht alle bereit, ihr privates Umfeld an den Gesprächen teilhaben zu lassen. Bei der Erfolgreichen waren in drei der sechs Fälle direkte Gespräche möglich, bei den Nicht-Erfolglichen in drei der vier Fälle.

Bei den Erfolgreichen wurde der Austausch mit den Angehörigen mehrheitlich positiv erlebt (18 Nennungen), nur in einem Fall erlebte die sozialarbeitende Person die Lebenspartnerin des Patienten als wenig hilfreich. Grundsätzlich war jedoch sehr viel Vertrauen, Offenheit und Engagement aber auch der Wunsch nach Unterstützung und der Ausdruck von Dankbarkeit nachzulesen. Auch viel gegenseitige Sympathie war spürbar. So ist in einer Mail der Ehefrau an den Sozialarbeitenden nachzulesen: «... und die Zeit ergab für mich ein paar neue Fragen. Es wäre super, wenn Sie mir ein paar Tipps geben könnten, da ich in einigen Situationen einfach nur ratlos bin.» (B, 6.8.2012). Oder: «Der Lebenspartner stellt sich vor. Sie (*Lebenspartner und Pat., Anm. d. Verf.*) erzählen gemeinsam, was beide belastet (bereits bekannt) und wie sie versuchen, gegen die Schwierigkeiten anzukämpfen und wie sie in der Familie eingebettet sind.» (D, 14.1.2013).

Bei ihren Hausbesuchen waren die Sozialarbeitenden auch mit irritierenden Situationen konfrontiert, so findet sich folgender Eintrag: «Sie (*Lebenspartnerin, Anm. d. Verf.*) scheut

sich nicht, vor dem Patienten und mir (*Soz., Anm. d. Verf.*) ein Glas Weisswein zu trinken, was den Patienten offenbar nicht störe ...» (E, 21.3.2013).

Bei den drei Nicht-Erfolglichen wurden die Bezugspersonen in vier Einträgen als positiv/unterstützend wahrgenommen, während zwölf Einträge auf eher belastende Situationen hinwiesen. Eine Lebenspartnerin wurde sehr engagiert erlebt, während der Ehemann einer anderen Patientin deutliches Unverständnis, Misstrauen, Ärger und klassisches Co-Verhalten gegenüber der Suchtpatientin zeigte. So wandte sich dieser Ehemann immer wieder an den Sozialarbeitenden, um seinem Ärger und seiner Ratlosigkeit Ausdruck zu geben. Im dritten Fall wurde die Ratlosigkeit und Überforderung der Familie deutlich spürbar: «Die Familie ist am Verzweifeln. Patient sei total fixiert auf sein Leiden. Er sei derart versteift, dass seine Ängste die Beschwerden auch auslösen.» (C, 25.9.2012)

3.1.3.1.4 Professionelles Helfersystem

Ziel der poststationären Netzwerkkoordination war es einen Wiedereintritt in die Klinik möglichst zu verhindern oder zu verzögern. Dabei spielte die Aktivierung des professionellen Helfersystems eine wichtige Rolle. Bei drei der sechs Erfolglichen und allen vier Nicht-Erfolglichen wurden die Sozialarbeitenden hier aktiv. Beide Sozialarbeitenden zeigten enormes Engagement und viel Durchhaltewille. Dieses widerspiegelte sich teilweise bereits im stationären Setting: «Ich (*Soz., Anm. d. Verf.*) bitte darum zu prüfen, ob Patientin noch eine Woche länger auf der Akutstation bleiben kann. Sie fühle sich nicht sicher.» (A, 22.2.2012). In der poststationären Arbeit wurde wiederholt nach Lösungen, Möglichkeiten und Finanzierungen gesucht, damit für die Patientin/den Patienten eine geeignete Betreuung organisiert werden konnte. Sei dies in Form einer psychiatrischen Spitex, eines Beschäftigungsprogramms, einer psychotherapeutischen Begleitung, einer Sucht- oder Paartherapie oder der Organisation eines Übertritts in eine Tagesklinik. In diesem Zusammenhang wurde auch deutlich, wie wichtig die langjährige Erfahrung der Sozialarbeitenden war, die über eine gute Vernetzung und umfassende Kenntnis von Institutionen und Therapeuten verfügten:

Vor Weihnachten hatte ich noch versucht, Frau R., die Therapeutin der Patientin zu erreichen, was mir leider nicht mehr gelungen ist. Gestern konnte ich sie dann erreichen. Frau R. unterstützt den Gedanken, wieder eine psychiatrische Spitex für die Patientin zu organisieren. Wir vereinbaren, dass Frau R. Frau S. (*Spitexfrau, Anm. d. Verf.*) anfragen wird und diese gleich an mich verweist. (I, 11.1.2013)

3.1.3.1.5 Sozialarbeiterische Grundleistungen

Neun der zehn Patientinnen und Patienten (s. Tabelle 4) wünschten sich Unterstützung in den Bereichen Arbeit, Wohnen, Finanzen und Freizeit.

Bei den Erfolgreichen fanden sich hierzu insgesamt 20 Einträge. Bei zwölf Nennungen ging es um den Bereich Finanzen, wobei hier vor allem Beratung in Bezug auf den Sozialdienst und eigene Finanzverwaltung/-budget sowie IV-Anmeldungen im Vordergrund standen. Drei Einträge fanden sich im Zusammenhang mit der Arbeit bzw. dem RAV und fünf Einträge bezogen sich auf die Wohnsituation. Keine Einträge wurden zum Thema Freizeit gefunden.

Bei den Nicht-Erfolgreichen (total 17 Einträge) wurde Unterstützung im Bereich der Finanzen am meisten in Anspruch genommen (neun Einträge). Aber auch das Thema Arbeit (sechs Einträge) und Unterstützung bei Freizeitaktivitäten (zwei Einträge) wurden notiert, während der Bereich Wohnen keine Rolle spielte.

Besonders hilfreich waren für die Patientinnen und Patienten Informationen in Bezug auf Abläufe sowie die konkrete Hilfestellung bei Behördengängen:

Ich (*Soz., Anm. d. Verf.*) hole den Patienten ab und wir fahren gemeinsam zum Gemeindehaus. Die Präsidentin der Fürsorgebehörde und die Gemeindeschreiberin empfangen uns und wir führen ein angenehmes, klärendes Gespräch. Obwohl er (*Pat., Anm. d. Verf.*) äusserst gespannt ist, gibt er gelassen Auskunft. (D, 16.1.2013)

Patient war verunsichert, warum man nicht jetzt mit ihm eine IV-Anmeldung macht. Da ich (*Soz., Anm. d. Verf.*) von der Faustregel ausgegangen bin, dass der Krankheitsfall ein halbes Jahr zurückliegen muss, gab ich ihm die Auskunft, dass er noch etwas zuwarten soll. Ich (*Soz., Anm. d. Verf.*) habe mit ihm (*Pat., Anm. d. Verf.*) dies heute nochmals besprochen. Habe ihm aber das Anmeldeformular für die IV mitgegeben. (G, 10.7.2012)

3.1.3.1.6 (Un-)Zufriedenheit und Wirkung der Netzwerkarbeit

Immer wieder finden sich direkte oder auch indirekte Hinweise auf die Zufriedenheit und Dankbarkeit für die poststationäre Unterstützung. Diese wurde nicht nur von den Patientinnen und Patienten sondern auch von den Angehörigen positiv erlebt. Bei den Erfolgreichen finden sich hierzu 13 Einträge, deutlich weniger, nämlich zwei Nennungen, finden sich bei den Nicht-Erfolgreichen. So schreibt die Ehefrau eines Patienten in einer Mail an den Sozialarbeitenden: «Sie leisten eine hervorragende Arbeit, ich bin sehr froh, dass mein Mann von Ihnen begleitet wird. Es ist wirklich eine grosse Hilfe.» (B, 6.8.2012). Oder: «Sie (*Pat., Anm. d. Verf.*) gibt mir auch ein Säcklein selbst gemachter Guätzli mit.» (H, 20.12.2012). Auch der Abschluss der Netzwerkkoordination fällt schwer: «Sie (*Pat., Anm. d. Verf.*) möchte gerne weiterhin zu Gesprächen zu mir (*Soz., Anm. d. Verf.*) kommen, bis zum Eintritt in die Tagesklinik. Danach sehen wir weiter.» (F, 25.5.2012). Das Telefonat eines Ehemanns nach Beendigung der Begleitung wird wie folgt zitiert:

Er (*Ehemann, Anm. d. Verf.*) bedauert dies (*die Beendigung, Anm. d. Verf.*) sehr weil meine Besuche insofern gewirkt haben, dass Patientin solange abstiniert habe. Als sie (*Pat., Anm. d. Verf.*) realisiert habe, dass die Begleitung zu Ende geht, sei sie rückfällig geworden. Sie habe immer vor meinen Besuchen die Wohnung aufgeräumt und sauber gemacht. (A 14.6.2012).

Unzufriedenheit drückte sich nur in zwei Fällen aus, so beklagte sich eine Patientin über «zu viele Therapeuten» während sich eine andere über die schlechte Erreichbarkeit der Sozialarbeitenden beschwerte.

3.1.3.1.7 Abschluss der Netzwerkarbeit

Gemäss Checkliste (s. Tabelle 4) wurden fünf der sechs erfolgreichen Fälle nach 90 Tagen, ein Fall nach Erreichung sämtlicher Abschlusskriterien beendet. Bei den Nicht-Erfolgreichen erfolgten zwei Abschlüsse nach 90 Tagen, ein Abschluss nach Erreichung der Abschlusskriterien bzw. dem Übertritt in die Tagesklinik und eine Begleitung wurde durch die sozialarbeitende Person abgebrochen. Bei sämtlichen Patientinnen und Patienten wird der Abschluss der Netzwerkkoordination mit einem Eintrag im Verlaufsbericht erwähnt.

Bei fünf der sechs Erfolgreichen konnte das Abschlussgespräch wie geplant stattfinden. Eine Suchtpatientin erschien nicht zum letzten Gespräch: «Nachdem die Patientin den Termin für das Abschlussgespräch kurzfristig abgesagt hat, habe ich (*Soz., Anm. d. Verf.*) noch dreimal versucht, sie telefonisch und per SMS zu erreichen, damit wir uns nochmals sehen könnten. Leider hat sie nie Antwort auf meine Meldungen gegeben.» (H, 31.1.2013).

Bei den Nicht-Erfolgreichen wurden zwei Beendigungen als positiv und zwei als negativ wahrgenommen. Eine Patientin wurde nach dem erneuten Klinikeintritt über den Abschluss (nach 90 Tagen) informiert, wobei eine gewisse Frustration spürbar war: «Ich informiere sie (*Pat., Anm. d. Verf.*), dass die Betreuung per sofort beendet sei. Das nicht zustande gekommene Gespräch mit Freundin S. (*Netzwerkpilotin, Anm. d. Verf.*) fällt dahin und wird nicht mehr nachgeholt.» (A, 19.6.2012).

3.1.3.2 Netzwerk der Patientin, des Patienten

In dieser zweiten Hauptkategorie soll das Netzwerk der Patientin/des Patienten im Hinblick auf dessen Wirkung erfasst werden. Insbesondere soll das von den Patientinnen und Patienten berichtete Erleben des Verhaltens von nahestehenden Personen erfasst werden, aufgeteilt in positiv/unterstützende und negativ/belastende Beziehungen. Es liessen sich fünf Kategorien unterscheiden: Angehörige, Netzwerkpilotin/Netzwerkpilot, Arbeits-Kolleginnen und -Kollegen, professionelles Helfersystem sowie Freunde und Bekannte.

3.1.3.2.1 Angehörige

In dieser Kategorie werden insbesondere die Beziehung und das Verhalten naher Angehöriger wie Lebenspartnerinnen/Lebenspartner, Kinder und Eltern näher beleuchtet.

Bei den Erfolgreichen wurden in dieser Kategorie 22 Nennungen erfasst, 15 davon waren eher positiv, sieben klar belastend. Vier der sechs Personen lebten in einer Partnerschaft, wobei nur ein Paar auch zusammen wohnte, eine Patientin wohnte gemeinsam mit ihrem Sohn. Eine Patientin, Mutter eines fremdplatzierten Kleinkindes, lebte alleine und sozial auch eher isoliert (s. Tabelle 2). Bei einem Patienten, der sozial sehr gut vernetzt war, gab es in dieser Kategorie keine Einträge. Es ist festzustellen, dass das Erleben der Unterstützung und der Beziehung im Beratungsverlauf tendenziell besser wurde. Zwar wurden auch hier Belastungen erwähnt. So fanden sich Hinweise auf Schuldgefühle, Zurückweisungen, Trennungsabsichten und Störungen durch das Verhalten der Kinder. Aber auch die Verlässlichkeit und Unterstützung durch Angehörige wurde spürbar. Zudem gelang es den Patientinnen und Patienten immer besser, ihre Wünsche in der Partnerschaft zu äussern: «Der Patient will sich auf neutralen Terrain mit dem Lebenspartner so rasch als möglich treffen, um einen Standort zu machen.» (D, 24.12.2012).

Am Ende der Begleitung zogen drei Personen mit ihren Lebenspartnerinnen/-partnern zusammen, was auf eine Vertiefung der Beziehung schliessen lässt. Aber auch die sozial eher isolierte Patientin aktivierte ihr Netzwerk gut: «Sie freut sich, dass sie ihre Tochter an Weihnachten fast den ganzen Tag bei sich behalten darf. Sie geht mit ihr zu ihrer Pflegemutter und feiert dort Weihnachten.» (H, 20.12.2012).

Drei der vier Nicht-Erfolgreichen lebten in einer Partnerschaft und wohnten auch zusammen, ein Patient lebte bei seinen Eltern. Insgesamt liessen sich in dieser Kategorie 15 Einträge finden, sechs davon positiv, neun belastend. Bei zwei der vier Patientinnen/Patienten wurde nur eine Nennung identifiziert. Ein Beziehungsverlauf war zu Beginn recht positiv, wurde dann aber durch die Anwesenheit der Tochter des Lebenspartners immer belastender.

Sie (*Pat., Anm. d. Verf.*) beklagte sich darüber, dass das zusammen Wohnen mit der Tochter ihres Freundes sehr schwierig sei. Sie (*Tochter, Anm. d. Verf.*) bezahle ihren Anteil an der Miete nicht. Sie kaufe kein Essen ein und leihe sich immer wieder Geld aus bei der Patientin. Sie (*Tochter, Anm. d. Verf.*) helfe nicht mit im Haushalt und gehe ihrer Arbeit auch nicht regelmässig nach. Der Vater habe der Tochter auch schon angedroht, dass sie die Wohnung unter diesen Umständen verlassen müsse. (F, 25.5.2012).

Eine andere Beziehung war über den ganzen Verlauf belastend, geprägt von Streit, Eifersucht und dem Gefühl von Einengung durch den Partner. Ab und zu fanden sich aber auch

hier positive und unterstützende Hinweise, beispielsweise, wenn der Ehemann bereit war für eine Paarberatung und diesen Termin auch organisierte. Der dritte Patient war belastet und traurig, weil es immer wieder zu Streit mit seiner Freundin kam; während der vierte Patient seine Mutter zwar als sehr besorgt aber auch als äusserst dominant erlebte.

3.1.3.2.2 Netzwerkpilotin, Netzwerkpilot

Obwohl bei fünf der zehn Fälle jeweils eine Netzwerkpilotin/ein Netzwerkpilot definiert und aktiviert werden konnte, fanden sich zum Austausch mit diesen wichtigen Bezugspersonen nur drei Einträge bei einem einzigen (erfolgreichen) Patienten. Dieser berichtete, dass sich sein Pilot wie vereinbart regelmässig meldete und sie sich auch öfters trafen. Der Pilot zeigte einen verantwortungsvollen Umgang mit seiner Aufgabe und informierte den Patienten auch über geplante Ferien und damit verbundene Abwesenheiten.

3.1.3.2.3 Kolleginnen und Kollegen

Bei zwei Erfolgreichen, die beide aktiv im Arbeitsprozess integriert waren, fanden sich Hinweise auf Arbeits-Kolleginnen und -Kollegen. Bei einem Patienten wurde die Tabuisierung des Klinikaufenthaltes deutlich: «Er (*Patient, Anm. d. Verf.*) ist sehr zu frieden, den Alltag wieder gefunden zu haben. Am Arbeitsplatz wird von seinem Aufenthalt in der Klinik nicht gesprochen.» (E, 6.3.2013).

Ganz anders zeigte sich das Bild beim anderen Patienten, dessen Symptomatik aufgrund eines Mails an die Belegschaft in der ganzen Firma bekannt war. Hier zeigte sich Offenheit und viel Engagement von Seiten des Arbeitgebers, aber auch Vertrauen und Wertschätzung gegenüber dem Patienten war deutlich spürbar: «Der Arbeitgeber ist sehr an seiner (*Pat., Anm. d. Verf.*) Arbeit interessiert». (B, 29.8.2012). Und später: «Die Hauptbetroffenen (*Mailempfänger, Anm. d. Verf.*) konnten ihm (*Pat., Anm. d. Verf.*) klar zusichern, mit ihm neu beginnen zu wollen. Seine ersten Erfahrungen bestätigen diese Absichtserklärung». (B, 3.10.2012).

3.1.3.2.4 Professionelles Helfersystem

Bei allen sechs Erfolgreichen und drei der vier Nicht-Erfolgreichen fanden sich Hinweise auf das Erleben der professionellen Unterstützung. Alle sechs Erfolgreichen nahmen diese Termine auch wahr, während einer der drei Nicht-Erfolgreichen, die Termine verpasste, zum vierten Nicht-Erfolgreichen gab es keine Angaben zum professionellen Helfersystem. Die ambulanten Behandlungen wurden mehrheitlich als sehr positiv bewertet und es zeigte sich ein intensiver, hilfreicher Austausch. Bei den meisten Personen konzentrierte sich die ambulante Nachsorge auf eine Stelle, erwähnt wurden Psychotherapie, Kunsttherapie, psychiatrische Spitex, Kunstatelier, Suchtfachstelle, Paarberatung, Hausarzt und Sozialdienst. Hier zeigte sich auch viel Dankbarkeit gegenüber der aktiven Unterstützung durch die Netz-

werkkoordination, die geeignete ambulante Beratungen vermitteln konnte. «Er (*Pat., Anm. d. Verf.*) ist sehr zufrieden mit dem ambulanten Behandler». (G, 25.10.2012). Oder: «Die Patientin ist froh, dass Frau L. zu ihr kommt. Es geht ihr zurzeit nicht so gut und sie ist dankbar um die Unterstützung.» (I, 22.3.2013).

Eine schlussendlich Nicht-Erfolgreiche verfügte über ein sehr breit abgestütztes professionelles Helfersystem. Sie ging nicht nur in die Suchtberatung und die Psychotherapie sondern arbeitete gemeinsam mit ihrem Ehemann in einer Paartherapie an ihrer Beziehung. Dabei zeigte sich, dass es für Personen mit Migrationshintergrund sehr hilfreich ist, eine therapeutische Begleitung in der Muttersprache zu finden. «Sie (*Pat., Anm. d. Verf.*) ist von der ambulanten Behandlung durch den Psychotherapeuten sehr angetan, da die Gespräche in ihrer Sprache stattfinden. (...) Ihr tun diese Gespräche gut (...).» (A, 27.3.2012 / 18.4.2012).

Ein Nicht-Erfolgreicher erlebte die geplante ambulante Nachsorge als belastend und beängstigend. Später stellte sich heraus, dass er diese Termine auch nicht wahrgenommen hat.

Er (*Pat., Anm. d. Verf.*) hatte bereits einen ersten Termin in K., der nächste Termin ist am 9.10. Anschliessend beginnt das Programm. Auch da äussert der Patient schwere Bedenken, da er aufgrund der Schmerzen Angst habe, die Reise nach K. nicht zu überstehen. (C, 5.10.2012)

3.1.3.2.5 Freunde und Bekannte

Freundinnen und Freunde fanden in den Verlaufsberichten nur im Zusammenhang mit der Aktivierung von Netzwerkpilotinnen/Netzwerkpiloten Erwähnung. Als unterstützendes Netzwerk wurden Freundinnen und Freunde sonst nirgends erwähnt.

In zwei Fällen wurde von Nachbarn berichtet. In einem Fall wurde darauf hingewiesen, dass diese auf die Kinder aufpassen, im anderen Fall wurden zwei Nachbarinnen erwähnt, eine als sehr umsorgend, eine andere als überaus belastend: «(...) Ihre (*Pat., Anm. d. Verf.*) ehemalige Nachbarin Frau F. besucht sie ab und zu und bringt ihr auch einen kleinen Elektrofen.» (I, 21.3.2013). Oder: «(...) Sie hält es kaum noch aus in ihrer Wohnung mit der Mieterin unter ihr. Diese nimmt keine Rücksicht auf sie (*Pat., Anm. d. Verf.*), schimpft immer und lässt mitten in der Nacht laut Musik laufen.» (I, 21.2.2013).

3.2 Testergebnisse

Die Ergebnisse aus den Tests werden nachfolgend grafisch dargestellt und zeigen die Entwicklung über die drei Messzeitpunkte (t_0 , t_2 und t_3) bei den jeweiligen Patientinnen und Patienten (A – K). Das Assessment t_3 findet bei Patient K erst im Juni 2014 statt, daher fehlt dieser Wert bei allen Resultaten. Es ist anzumerken, dass die ausgewerteten Nicht-Erfolg- reichen zwischen t_2 und t_3 erneut in die Klinik eintraten.

3.2.1 MANSAs

Der Test erfasst auf einer siebenstufigen Skala die Lebenszufriedenheit von sehr unzu- frieden (1) bis sehr zufrieden (7).

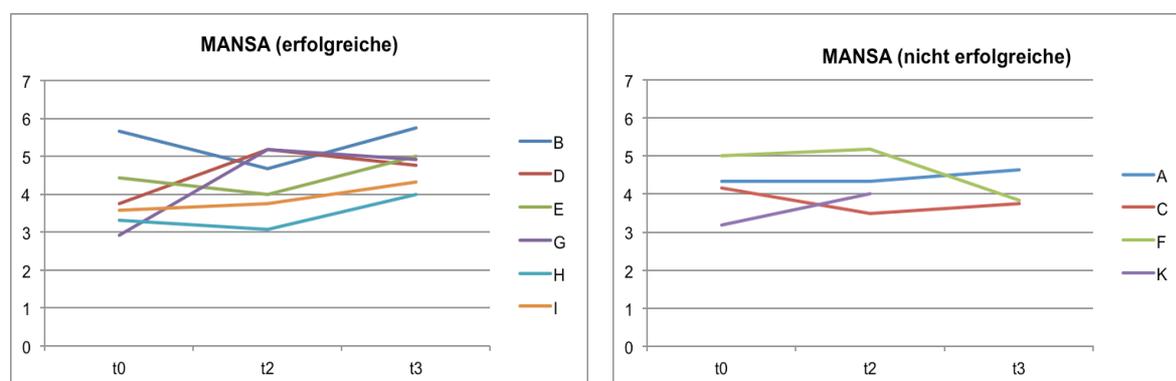


Abbildung 1. MANSAs: Veränderung der Lebenszufriedenheit im Zeitverlauf

Wie in Abbildung 1 ersichtlich, zeigte sich bei drei der sechs Erfolgreichen im Verlauf von t_0 zu t_2 eine Verminderung der Lebenszufriedenheit, teilweise jedoch auf hohem Niveau (B, E, H). Bei den Patienten D und G stieg die Zufriedenheit in dieser Zeitperiode stark, bei Patientin I leicht an. In Bezug auf die nachhaltige Wirkung (t_3) konnte bei vier Personen (B, E, I und H) tendenziell eine ansteigende Zufriedenheit festgestellt werden, Patienten D und G, die von der ersten zur zweiten Messung einen starken Anstieg verzeichneten, pendelten sich beim Skalawert 5 (weitgehend zufrieden) ein.

Drei der vier Nicht-Erfolgreichen zeigten bei t_0 eine teilweise bis weitgehende Zufriedenheit, Patient K war weitgehend unzufrieden. Die Entwicklung von t_0 zu t_2 zeigte bei Patient K eine deutliche, bei den Patienten F und A eine leichte Verbesserung, nur bei Patient C nahm die Lebenszufriedenheit von t_0 zu t_2 ab. Zwischen Messzeitpunkt t_2 und t_3 reduzierte sich die Lebenszufriedenheit von Patientin F, während sich bei Patientin A und Patient C eine steigende Lebenszufriedenheit messen liess.

3.2.2 OQ-45

Die Bandbreite (Range) des Gesamtwertes des Tests geht von 0 – 180. Werte ≥ 63 weisen auf eine psychische Beeinträchtigung mit klinischer Relevanz hin. Veränderungen von 14 oder mehr Punkten werden als reliabel bewertet.

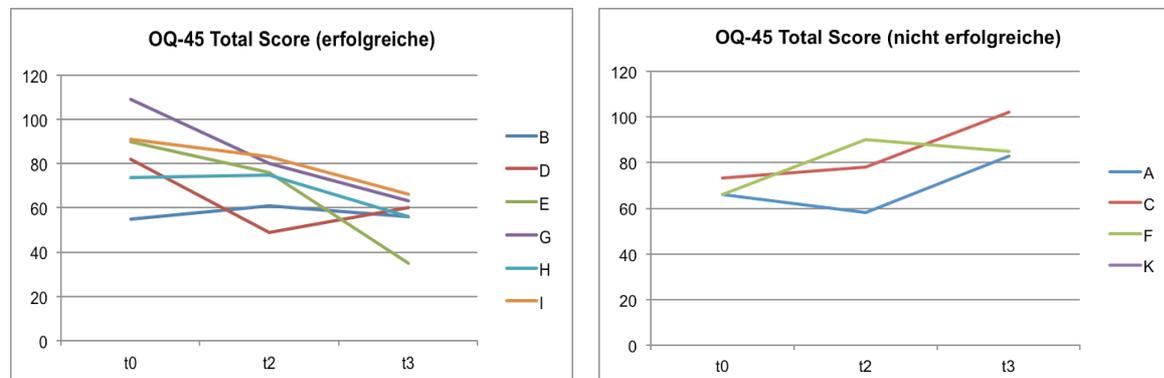


Abbildung 2. OQ-45: Entwicklung der allgemeinen psychischen Beeinträchtigung

Die Verlaufskurven bei den Erfolgreichen zeigte über die gesamte Messperiode tendenziell eine Abnahme der psychischen Beeinträchtigung. Zwischen Messbeginn und t_2 zeigte sich bei drei Patientinnen und Patienten (D, E und G) eine reliabel Abnahme der psychischen Beeinträchtigung (Range von -14 bis -29), dennoch lagen die Werte von Patienten E und G noch über dem Cut-off Wert von 63. Die drei anderen Patientinnen und Patienten (B, H und I) blieben stabil, zwei von ihnen waren im relevanten Bereich der psychischen Beeinträchtigung (75 bzw. 83). Bei t_3 erreichten vier Patientinnen und Patienten einen Wert unterhalb des Cut-off Werts (Range 35-60), die beiden anderen Erfolgreichen lagen noch knapp im relevanten Bereich (63 bzw. 66 Punkte).

Bei den Nicht-Erfolgreichen fehlt die Verlaufskurve von Patient K, bei Messbeginn wies dieser einen klinisch deutlich relevanten Wert von 105 Punkten aus. Die Werte der drei anderen Patientinnen und Patienten lagen bei Messbeginn am unteren Rand der klinischen Relevanz (Range 66-73). Bis zum zweiten Messzeitpunkt veränderten sich die Werte von Patienten A und C leicht, bei Patient F verstärkte sich die psychische Beeinträchtigung deutlich (+24 Punkte). Bei der abschliessenden Messung lagen die Werte aller drei Nicht-Erfolgreichen im klinisch bedeutsamen Bereich (Range 83-102).

Die Verlaufskurven der Subskalen Symptombelastung (SD), zwischenmenschliche Beziehungen (IR) und soziale Integration (SR) finden sich in Anhang H.

3.2.3 F-SozU K-14

Dieser Fragebogen erhebt auf einer fünfstufigen Skala wie die Patientinnen und Patienten die soziale Unterstützung erleben und einschätzen. Je höher der Wert, je besser werden die Beziehungen wahrgenommen.

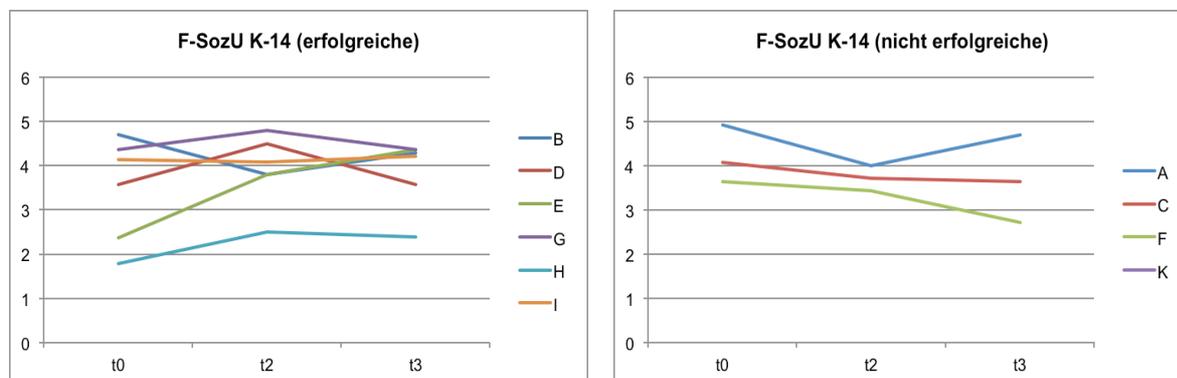


Abbildung 3. F-SozU K-14: Einschätzung der sozialen Unterstützung

Mit Ausnahme von Patient B zeigte sich bei den Erfolgreichen von der ersten zur zweiten Messung eine gleichbleibende (Patient I) oder verbesserte Einschätzung der sozialen Unterstützung. Von t_2 zu t_3 erlebten drei Patientinnen und Patienten (B, E und I) eine Verbesserung der sozialen Beziehungen, während D, G und H die Entwicklung leicht verschlechtert wahrnahmen. Von Patientin H wurde die soziale Unterstützung über den gesamten Zeitverlauf als eher ungenügend eingeschätzt.

Bei den Nicht-Erfolgreichen fehlen die Werte von Patient K, dieser wurde nur bei t_2 erhoben. Von der ersten zur zweiten Messung nahm die Einschätzung der sozialen Unterstützung bei den Nicht-Erfolgreichen leicht ab. Von t_2 zu t_3 erlebte nur Patientin A eine verbesserte soziale Unterstützung.

3.2.4 Morisky-Score

Dieser Test basiert auf einer Ja/Nein-Skalierung und liefert Resultate zur Medikamenten-Compliance. Jedes «Nein» wird mit einem Punkt bewertet, 4 = hohe Compliance, 2 und 3 = mittlere Compliance, 0 und 1 = geringe Compliance.

Wie in Abbildung 5 ersichtlich fehlten bei den Erfolgreichen die Resultate von t_3 bei den Patienten B und G, bei Patient D fehlte der Wert von t_1 . Fehlende Werte können sich zeigen, wenn der Test nicht durchgeführt wurde oder die Patientinnen und Patienten keine Medikamente einnahmen. Bei den Erfolgreichen zeigte sich mit Ausnahme von Patient G ein starker Anstieg der Medikamenten-Compliance zwischen t_1 und t_2 , danach blieb die Compliance auf dem Maximalwert von vier stabil.

Auch bei den Nicht-Erfolglichen gab es fehlende Werte; Bei Patient K wurde keine Messung durchgeführt, bei Patientin F fehlte der Wert t_3 , die beiden ersten Werte lagen aber bei einer hohen Compliance. Patientin A war über alle drei Messzeitpunkte mit dem Maximalwert von 4 sehr compliant. Patient C zeigte bei den beiden ersten Messzeitpunkten eine mittlere Compliance und steigerte den Wert dann bis zu t_3 ebenfalls auf die Maximalpunktzahl von vier.

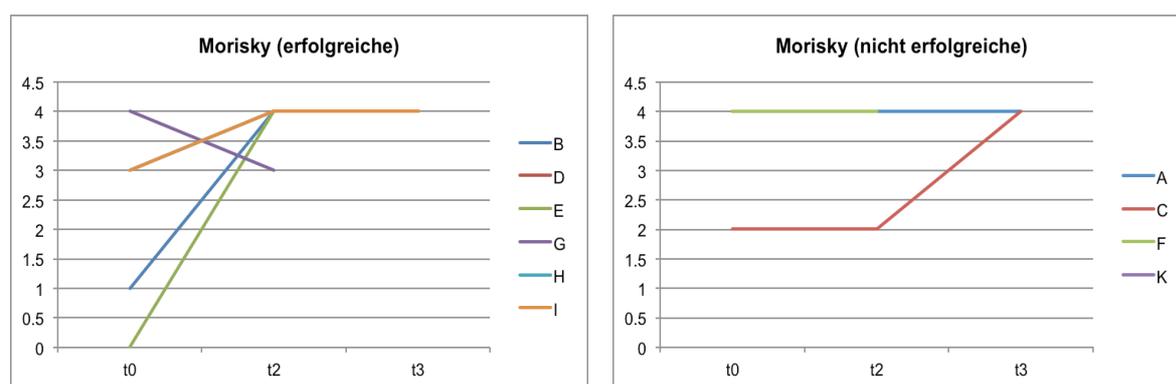


Abbildung 4. Morisky-Score: Veränderung der Medikamenten-Compliance

3.2.5 CGI

Beim Instrument «Clinical Global Impressions» (CGI) wurde der Schweregrad der Krankheit sowie die Zustandsänderung beurteilt. Der Wirksamkeitsindex (Therapeutische Wirksamkeit/Risiken der Intervention) wurde nicht erfasst.

Schweregrad der Krankheit

Diese Beurteilung wurde nur bei fünf der zehn Patientinnen/Patienten bereits zu Beginn der Begleitung erfasst, jedoch bei allen Personen beim Fallabschluss. Da sich in der Beurteilung zwischen Beginn und Abschluss der Begleitung keine Unterschiede zeigten, werden nachfolgend nur die Einstufungen von $t_{\text{Abschluss}}$ aufgeführt.

Tabelle 6. Beurteilung des Schweregrads der Krankheit am Ende der Begleitung

Einstufung	leicht krank (2)	mässig krank (3)	deutlich krank (4)	schwer krank (5)
Erfolgreiche (n6)	1 (16.66 %)	3 (50 %)	1 (16.66 %)	1 (16.66 %)
Nicht-Erfolgreiche (n4)	2 (50 %)	1 (25 %)	0	1 (25 %)

Bei den Erfolgreichen wurde der Schweregrad der Krankheit bei vier Personen als leicht oder mässig krank beurteilt, während je eine Personen als deutlich bzw. schwer krank eingeschätzt wurden. Der Durchschnitt lag etwas höher als mässig krank (3.33).

Drei der vier Nicht-Erfolgreichen wurden als leicht oder mässig krank eingestuft, eine Person als schwer krank. Im Durchschnitt lag die Beurteilung bei mässig krank (3). Niemand wurde als überhaupt nicht krank (0) oder extrem schwer krank (6) eingestuft.

Zustandsänderung

Gemäss Tabelle 7 wurde bei vier der sechs Erfolgreichen der Zustand als sehr viel besser oder viel besser eingestuft, bei zwei Fällen war der Zustand etwas schlechter. Im Durchschnitt wurde der Zustand als wenig bis viel besser (1.66) beurteilt.

Bei den Nicht-Erfolgreichen wurden zwei Patientinnen/Patienten als wenig besser eingestuft, während der Zustand bei einer Person als etwas schlechter und bei einer als sehr viel schlechter beurteilt wurde. Im Durchschnitt lag die Einstufung zwischen unverändert und etwas schlechter (3.5). Bei keiner der Personen wurde der Zustand als unverändert (3) oder viel schlechter (5) beurteilt.

Tabelle 7. Beurteilung der Zustandsänderung am Ende der Begleitung

Einstufung	sehr viel besser (0)	viel besser (1)	wenig besser (2)	etwas schlechter (4)	sehr viel schlechter (6)
Erfolgreiche (n6)	2 (33.33 %)	2 (33.33 %)	0	2 (33.33 %)	0
Nicht-Erfolgreiche (n4)	0	0	2 (50 %)	1 (25 %)	1 (25 %)

3.3 Interviews mit den Sozialarbeitenden

Die Ergebnisse aus den beiden Interviews wurden kategorienspezifisch zusammengefasst und werden nachfolgend erläutert. Der Kodierleitfaden mit den entsprechenden Definitionen und Ankerbeispielen findet sich in Anhang K. Die Buchstaben X und Y verweisen auf die Interviewpartnerin/den Interviewpartner, die Zahlen in Klammern am Ende des Zitats beziehen sich auf die Zeilen in der Transkription.

3.3.1 Schlüsselkriterien für den Erfolg/Misserfolg

Beide Sozialarbeitenden waren sich darin einig, dass das Bildungsniveau der Patientinnen und Patienten ein wichtiges Kriterium für den Erfolg der Netzwerkkoordination ist, da es den gut gebildeten Personen leichter falle, das Angebot überhaupt zu verstehen und davon zu profitieren. Im Weiteren wurde von einer Person insbesondere die Symptomatik als wichtiges Kriterium herausgestrichen, so seien insbesondere Betroffene mit Psychosen sehr schwer erreichbar. Die gleiche Person erwähnte auch Compliance, das Vorhandensein von Beziehungen und die Stabilität des Umfeldes als erfolgsversprechenden Faktoren. Die andere sozialarbeitende Person sah als Schlüsselkriterien eine tragende Beziehung, bezeichnete Sympathie zwischen Patientin/Patient und Berater/Beraterin als «Non plus Ultra» und strich hervor, dass die Arbeit viel Ausdauer und Durchhaltewille verlange.

Y: «... was aber eine Rolle spielt, ist das Bildungsniveau also wie differenziert ist ein Mensch. (...) Wie gut ist die Introspektionsfähigkeit und wie weit ist die Bereitschaft, an sich zu arbeiten und dies auch transparent zu machen.» (425, 434-436)

X: «Weil ich hatte einige Patienten, die am Anfang, sicher halt mit ihren Mustern, immer wieder Termine auch abgesagt haben, verschoben haben, zu spät kamen, nicht kamen, wie auch immer. Und das ist eben dann der lange Schnauf, dran blieben, nicht locker lassen und dann auf's Mal haben sie wie eingehängt und sind schön pünktlich gekommen, haben telefoniert (...).» (139-144)

3.3.2 Definition Erfolg

Keine der beiden Sozialarbeitenden bezog sich bei der Definition von Erfolg auf das Erreichen von Ziel- und Abschlusskriterien. Beide erachteten Nachhaltigkeit in Bezug auf den Aufbau und die Festigung von Beziehungen und damit verbunden eine Stabilisierung und Strukturierung des Alltags als Erfolgskriterium. Wenn es gelang, Probleme zu reduzieren und wenn die Patientinnen und Patienten Termine in der ambulanten Nachsorge wahrnahmen, war dies ein Erfolg. Erwähnt wurde von einer sozialarbeitenden Person auch die schlichte Tatsache, dass ein Erfolg auch sei, wenn sich die Situation nach dem Klinikaustritt nicht verschlimmerte, man müsse sich an den vorhandenen Möglichkeiten orientieren.

X: «Ja, also, es ist wieder darum gegangen, dass man, wie kann man ein bisschen nachhaltig arbeiten auf der Beziehungsebene, dass da, dass sie eben aufs Mal in ein Beschäftigungsprogramm gegangen sind, was sie vorher nicht gegangen sind. Und dass man das hat beobachten können, dass das über kürzere Zeit auch «verhebt». Ja, das sind Erfolgreiche für mich.» (56-61)

Y: «Wenn sich die Beziehungen geklärt haben. Wenn Schwierigkeiten am Arbeitsplatz geklärt sind. Wenn es eine Beruhigung gegeben hat, also bei einem Klienten war das z.B. sehr stark der Fall, ehm, dann kann ich mit einem guten Gewissen sagen, das war ein Erfolg.» (35-39)

Y: «...also was zum Erfolg auch noch zählt, wenn auch nicht viel gelöst wurde, aber die Situation nicht schlimmer wurde, ist es für mich auch ein Erfolg.» (43-45)

3.3.3 Definition Misserfolg

In der Definition von Misserfolg gab es keine übereinstimmenden Nennungen. So war für eine sozialarbeitende Person eine fehlende Veränderung, also die Tatsache, die Menschen dort stehen lassen zu müssen, wo sie schon zu Beginn der poststationären Netzwerkkoordination standen, eine nicht erfolgreiche Arbeit. Die gleiche Person erwähnte, dass Erfolg nur möglich war, wenn eine Bereitschaft von Seiten der Patienten vorhanden war. Für die andere sozialarbeitende Person war eine Begleitung dann nicht erfolgreich, wenn es zu einer Verschlechterung kam.

X: «Ich habe ein paar wenige solche gehabt, wo es einfach nicht gegangen ist. Einerseits vielleicht weil sie die Medikamente nicht genommen haben, weil sie gar nicht bereit waren irgendetwas zu verändern. Sie haben sich wohlgeföhlt, so wie es ist, so. Aber von aussen,

also rein vom sozialarbeiterischen Schaffen her hat man wie gemerkt, da müsste man dringendst mehr machen oder.» (42-47)

Y: «Nicht erfolgreich ist eine Verschlechterung. Das passt. Alles andere ist erfolgreich.» (50-51)

3.3.4 Hinweise auf Erfolg/Misserfolg im Verlauf der Arbeit

Eine Sozialarbeitende vertrat die Meinung, dass es kaum frühzeitige Hinweise auf den Erfolg/Misserfolg der Arbeit gebe, da die Zeit dafür einfach zu kurz sei. Die andere Beratende meinte, dass der Verlauf aufgrund der Symptomatik manchmal vorhersehbar sei. So seien insbesondere Borderline- und Suchtpatientinnen/-patienten schwieriger, da es diesen oft an Krankheitseinsicht fehlte. Andererseits hätte man manchmal auch einfach ein ungutes Gefühl, ohne genau zu wissen warum. Hier bewähre es sich umso mehr, dran zu bleiben und durchzuhalten.

X: «Ach. Ououou. Das Gefühl hat man schon, ja (lacht). Aber, eh, man darf nicht ausser Acht lassen, was es wirklich bringt, dran zu bleiben, ein bisschen den Nerv haben. Nein, es hat schon einige Patienten gegeben, wo ich übernommen habe und gedacht habe, mein Gott, nein, einfach nein.» (75-79)

3.3.5 Fehlendes in der poststationären Netzwerkkoordination

Bei der Frage nach Fehlendem bzw. was die Patientinnen und Patienten in der poststationären Netzwerkkoordination noch gebraucht hätten, waren sich beide Sozialarbeitenden völlig einig: die Begleitung war zu kurz. In vielen Beratungen konnte innerhalb von drei Monaten eine gute Beziehungsebene entstehen, auf der dann aufgebaut und weiter gearbeitet hätte werden können. Die Begleitung musste aber oft zu dem Zeitpunkt beendet werden, wenn diese eigentlich erst richtig anfing. Auch die Patientinnen und Patienten seien enttäuscht gewesen. Beide Beratende sind sich einig, dass eine Verlängerung auf maximal 180 Tage viel bringen würde. Ein Hinweis bezog sich auf teilweise ungeeignete, ambulante Fachleute.

X: «Das ist vielmal, also, man braucht mindestens drei Monate um überhaupt in eine Beziehung einzusteigen.» (151-152)

Y: «Es gibt ein Problem, das aber nicht veränderbar ist, das man nicht ändern kann, und zwar wenn Klienten bei uns, wenn die aktive Betreuung beendet ist, nach drei Monaten. Viele würden eine weitere Betreuung brauchen.» (330-333)

3.3.6 Charakterisierung der erfolgreichen Patientinnen und Patienten

Auch als die Verfasserin dieser Masterarbeit mit fiktiven Beispielen darzustellen versuchte, was mögliche Charakteristika erfolgreicher Patientinnen und Patienten sein könnten, schüttelten beide Sozialarbeitende den Kopf. Solche Kriterien würde es nicht geben, keine Gruppe hätte die besseren Chancen als andere, war man sich einig. Erneut wurde hier, als

wichtiges Kriterium, das Bildungsniveau thematisiert. Sozusagen als Antityp und entsprechend ungeeignet bezeichnete ein Sozialarbeitender die Suchtpatienten.

Y: «Das einzige das es gibt, wo ich sagen muss, das geht nicht, das sind die Suchtpatienten. Das ist eindeutig, gehört nicht in ein solches Projekt, weil ein Suchtpatient braucht ein viel, eh, ehm, wie soll ich sagen, eine viel, viel tiefer gehende Betreuung und Begleitung, als wir es bieten können. Es ist nicht mehr eine Sache der Psychiatrie.» (402-407)

3.3.7 Suchtpatientinnen und Suchtpatienten

Beide Sozialarbeitenden waren sich einig, dass die Arbeit mit Suchtpatientinnen und Suchtpatienten schwieriger war. Der Ausstieg aus der Sucht wurde als sehr herausfordernd wahrgenommen. Die Beratenden sahen hier auch Probleme in der Compliance und der Krankheitseinsicht der Patientinnen und Patienten.

X: «Die sind dann viel für Entzüge auf die Station gekommen. Ich finde, Suchtpatienten sind enorm schwierig natürlich, weil, wenn die nicht parat sind, etwas zu verändern, dann ist es halt schwierig, um mit ihnen zu arbeiten.» (246-249)

X: «Nein, der Suchtpatient ist eben schon noch etwas ein anderer Typus. (...) Find ich. Ein anderer Typus. Also zum Teil haben sie furchtbare Nöte. Und merken auch, dass sie aussteigen müssen, oder können sollten, und nicht können. Also ich finde, es ist eine andere Not.» (258-259, 263-265)

Suchtkranke seien dringend auf eine Suchttherapie angewiesen, hier würden sich Grenzen der Netzwerkarbeit zeigen, meinte eine Beratende. Mit einer parallel laufenden Suchttherapie sei es manchmal auch erfolgreich gewesen. Im Vergleich zu anderen psychisch Kranken sei die Arbeit dann vergleichbar, wenn diese ihre Medikamente nicht einnehmen würden, dann sei es in etwa das gleiche Dilemma, meinte eine Interviewte. Aber auch das Bild, das man vermittelt bekomme, sei ein anderes, da gäbe es schon einen Unterschied, oder man meine dies wenigstens. Trotzdem gab es auch hier erfolgreiche Begleitungen, gerade in der Arbeit mit Suchtkranken sei eine gute, vertrauensvolle Beziehung und viel Durchhaltevermögen entscheidend.

X: «Also jetzt wegen Suchtpatienten. Man bringt sie unter Umständen eben durch die Beziehung und durch die Länge, wo man sie begleitet, schon an den Punkt.» (307-309)

3.3.8 Rolle der Sozialarbeitenden

Die Persönlichkeit und die Rolle der Sozialarbeitenden wurde von beiden Interviewten als sehr wichtig eingeschätzt. Als zentrale Faktoren wurden Erfahrung der Beratungsperson, gute Vernetzung, Kenntnis der Angebotsmöglichkeiten und ein routinierter Umgang mit Behörden erwähnt. Als relevant wurde auch die Kommunikation sowie die Anteilnahme und Schwingungsfähigkeit eingeschätzt.

Y: «(...) es braucht berufliche, also Berufsleute, die Routiniers sind, die ein gutes Allgemeinwissen haben, wissen, wie Ämter funktionieren, extrem diplomatisch musst du sein. Du musst wissen, wie man mit Behörden umgeht, wie man die auch gewinnt, für einen Klienten. Wie man auch für einen Klienten kämpft.» (613-617)

3.3.9 Beziehung Sozialarbeitende – Patientin/Patient

Grundsätzlich sei es beim grössten Teil der Patientinnen und Patienten gelungen, eine Beziehung aufzubauen, darin waren sich beide Interviewte einig. Wichtig war hier die persönliche Anteilnahme, das Interesse, das man den Menschen entgegenbrachte. Gerade die aufsuchende Netzwerkarbeit bedinge viel Vertrauen von Seiten der Patientinnen und Patienten. Die Tatsache, dass die Betroffenen plötzlich Besuch bekamen, führte bei einigen Patientinnen und Patienten auch zu mehr Aktivität. So wurde von einer Patientin berichtet, die nach Jahren wieder einmal Weihnachtsbiscuits gebacken hat. Dass die Hausbesuche geschätzt wurden, zeigt sich auch in der nachfolgenden Aussage.

X: «Und die haben das wirklich angefangen sehr zu schätzen, ja. Oder sich zum Teil sogar anfangen zu freuen, oder manchmal war noch ein Kaffeetisch gedeckt oder, oder sie fingen an, was ich hochspannend fand, zum Teil hatten sie es ja nicht so gerne, wenn man mit in die Wohnungen kam, es waren auch etwas chaotische Zustände, und dort hat, von mal, zu mal, es immer etwas mehr gebessert. Weil sie haben ja wie wieder Besuch bekommen, oder.» (393-399)

Y: «Beim Suchtpatient ist es so, dass er ehm, ich merke, dass der Suchtpatient wirklich vertrauen fassen konnte, wenn Rückfälle passieren und er es mir sagen konnte.» (731-733)

3.3.10 Anteil sozialarbeiterische Hilfestellung – Netzwerkkoordination

Für eine Sozialarbeitende war der Anteil der Netzwerkkoordination klar höher als die sozialarbeiterischen Hilfestellungen, sie schätzte den Anteil der Netzwerkkoordination auf rund 70 %. Als Grund gab sie an, dass viele Patientinnen und Patienten bereits vorhandene und gute Unterstützung durch Beistände oder Sozialdienste hatten und diese Arbeiten damit abgedeckt waren. Der zweite Interviewte tat sich schwer mit dieser Fragestellung. Für ihn war es wichtig, dort zu helfen, wo Probleme anstanden, egal ob das Sozialarbeit oder Netzwerkarbeit war.

Y: «Ich sehe mich als Lebensberater, der dann, was ich vorher gesagt habe, der Allrounder, der dann genau weiss, das sind Problemstellungen. Ob das jetzt sozialarbeiterisch ist oder ob das Beziehungsproblematik – Beziehungsproblematik hat mit Sozialarbeit nichts zu tun – ist aber sehr essentiell oder, wenn jemand gerade Probleme mit der Partnerin/dem Partner, dem Arbeitgeber hat, ...» (1073-1078)

3.3.11 Netzwerkpilot, Netzwerkpilotin

Bei 50 % der Patientinnen und Patienten konnte niemand für die Rolle des Netzwerkpiloten gefunden werden. Die Schwierigkeiten sahen beide Sozialarbeitenden auch hier im Zusammenhang mit der knapp bemessenen Zeit, denn bevor die Frage der Netzwerkpiloten angegangen werden konnte, musste eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden. Schwierigkeiten zeigten sich aber auch in fehlenden oder ungeeigneten sozialen Kontakten. Zudem waren einige Patientinnen und Patienten nicht bereit, ihr privates Netz zugänglich zu machen.

X: «Das (Die Suche nach dem Netzwerkpiloten, Anm. der Verf.) müsste man wie mehr pflegen, so. Und weil wir das ja so als Auftrag gehabt haben, war das so ein bisschen wie aufgesetzt, oder. Wir haben das wie suchen müssen. Wir hatten gar nicht soviel Zeit gehabt, um soviel Fingerspitzengefühl entwickeln zu können, wer ist es, wer könnte es sein, oder. Zu wem hat der Patient so viel Vertrauen.» (1002-1006)

Y: «Wieso ist es möglich, nicht möglich? Dann ist es auch so, was ich immer wieder für eine Schwierigkeit angetroffen habe ist, dass ich gemerkt habe, dass die Klienten sehr gerne mit mir und mit ihren Therapeuten, anderen Hilfspersonen reden, aber die Familie draussen haben wollen. Die Angehörigen und Freunde draussen haben wollen. Die wenigsten sind bereit, da einen Schritt zu machen. Theoretisch schon, wenn es dann konkret wird, merkst du dann sofort, da gibt es eine Abwehr, das muss ich respektieren.» (815-822)

3.3.12 Kritik an der Netzwerkkoordination

Hier zeigten sich zwischen den beiden Sozialarbeitenden eher unterschiedliche Kritikpunkte. Einig war man sich jedoch in der Kritik an den Aufnahmekriterien. Während bei einem Interviewten vor allem die Problematik der Symptomatik im Vordergrund stand, bedauerte die andere Person, dass viele Menschen nicht in die Behandlungsgruppe aufgenommen wurden obwohl diese aus Sicht der Sozialarbeitenden geeigneter gewesen wären.

X: «Und mein Hauptkriterium wär auch, das ist ja ein Auswahlverfahren gewesen, man hat eine Struktur, so eine Tabelle, so und so viel mal schon in der Klinik, die und die Diagnose, und so weiter und so fort. (...) Und ich meinte, wir hätten vielmal Leute gehabt, die waren auch schon mehrmals in der Klinik, die haben einen anderen Prozess gemacht, dass man wie vor Ort, in der Klinik entscheiden könnte, ohne diese engen Kriterien (...) passt es da oder passt es da nicht. Würde es etwas helfen oder nicht.» (464-466, 470-473, 476-477)

Eine Sozialarbeitende eruierte Probleme im stationären Bereich. So sei die ärztliche Begleitung auf einer Akutstation manchmal zu wenig intensiv und es würde an Zeit fehlen, um auch auf der Beziehungsebene zu arbeiten. Zudem würden die Patientinnen und Patienten sehr früh, oft zu früh, wieder entlassen.

X: «Sobald es (Krankheit, Anm. d. Verf.) einigermaßen in Ordnung ist oder auch jemand nicht mehr suizidal ist, werden sie (Pat., Anm. d. Verf.) ja entlassen, aber dann würde die Arbeit manchmal vielleicht erst anfangen, oder.» (116-118)

In diesem Zusammenhang erlebten die Beratenden ihren eigenen Einsatz auf der Akutstation als sehr positiv, da sie die Patientinnen und Patienten hier schon früher kennen lernen konnten und von Anfang an mit dabei waren. Zudem bestand in dieser Situation auch ein enger Kontakt zu den behandelnden Fachpersonen, womit es möglich wurde, eigene Gedanken und Wahrnehmungen auszutauschen.

Als zu wenig intensiv erlebte eine sozialarbeitende Person die Kommunikation zwischen der Forschung und den «Machern» im Feld. Oft erlebte sie hier eine Diskrepanz zwischen der theoretischen Wissenschaft und der praktischen Arbeit, es fehlte an gegenseitigem Verständnis. Gerade im Verlauf der Netzwerkkoordination hätte sich die Interviewte hier einen engeren Austausch gewünscht.

X: «Weil ich meine, als Quintessenz des Ganzen, es würde der Forschung auch dienen, uns mitzunehmen (...) in den Prozess. Oder umgekehrt, wir nehmen sie mit.» (865-866)

Die zweite interviewte Person erlebte die Arbeitsinstrumente als eher unglücklich. Aus ihrer Sicht wurde hier zwar vieles erfasst, aber die Unterlagen widerspiegelten nicht wirklich die Arbeit der Netzwerkkoordination.

Y: «Für mich sind einfach, ist die Checkliste einfach ein, ein Instrument, das nicht das zeigt was man eigentlich macht, oder. Nachher ist auch das Screening, der Screeningbogen etwas, das für mich nicht, nicht fertig ist...» (1016-1019)

Positiv erwähnt wurden die Fallbesprechungen, die Rekrutierung durch neutrale Drittpersonen sowie die Tatsache, dass bei heiklen Fragestellungen ein Arzt als Ansprechperson zur Verfügung stand.

Y: «Aber auch, ich würde absolut sagen, dass Fallbesprechungen einfach mit rein gehören. Und das hatte ich gehabt, und das war sehr wertvoll. (...) Fallbesprechung innerhalb des Projekts, ja. Also, Sozialarbeitende, die das machen. (...) Eine Intervision ist unabdingbar. Weil, du arbeitest, wenn du ambulant arbeitest, als Einzelkämpfer.» (969-971, 975-976, 989-990)

Grundsätzlich sind aber beide Sozialarbeitenden von der poststationären Netzwerkkoordination überzeugt und finden diese Vorgehensweise gut und sinnvoll. Besonders die Möglichkeit, nachhaltig und längerfristig zu unterstützen, überzeugte eine der interviewten Personen. Sie bezeichnet die Idee der poststationären Netzwerkkoordination als zukunftsweisend.

Die andere Sozialarbeitende schätzte insbesondere die aufsuchende Arbeit. Ihre Überzeugung bezeichnete diese Person als 300-prozentig. Und sie hatte nur einen Wunsch:

Y: «Wartet nicht, bis die Resultate da sind, macht gerade weiter! (...) Das ist meine Botschaft, also ich bin überzeugt. Auch die Rückmeldungen der Klienten gehen in diese Richtung.» (1326-1327)

3.3.13 Zufriedenheit mit der Netzwerkkoordination der Patientinnen, des Patienten aus Sicht der Sozialarbeitenden

Beide Sozialarbeitenden hatten den Eindruck, und teilweise auch konkrete Rückmeldungen, dass die Patientinnen und Patienten das Angebot sehr geschätzt haben. Die Begleitung gab Sicherheit und Halt, gerade auch Menschen, die sozial wenig integriert waren. Als positives Zeichen und berührend erlebten beide Sozialarbeitende die Grüsse, die ihnen die Patientinnen und Patienten durch die Assessorinnen jeweils Monate nach Abschluss der Netzwerkkoordination ausrichten liessen.

3.3.14 Compliance

Im Zusammenhang mit Compliance erwähnte eine der Sozialarbeitenden die Medikamenten-Compliance. Diese wurde insbesondere im Zusammenhang mit psychotischen Zuständen erwähnt. Hier war es wichtig, dass die Patientinnen und Patienten ihre Medikamente einnahmen, damit man mit ihnen arbeiten konnte. Gerade bei Menschen mit einer bipolaren Störung sei die Wirkung der Medikamente aber oft als Verlust erlebt worden, da das positiv erlebte Hochgefühl weggefallen sei. Erwähnt wurde auch die Angst vor Psychopharmaka und deren Nebenwirkungen. Alles in allem wurden die Patientinnen und Patienten aber als sehr offen und bereit für die Zusammenarbeit innerhalb der poststationären Netzwerkkoordination erlebt.

X: «Eigentlich muss man ihnen ein Kompliment machen. Da kommt ein wildfremder Mensch und sie müssen sich auf den einlassen. Aber im Grossen und Ganzen, sie lassen es wirklich zu, sie sind offen. Erstaunlich. Da hätte man mit mehr Widerstand rechnen können.» (1090-1093)

4. Diskussion

In diesem Kapitel werden die dargestellten Ergebnisse unter Einbezug der in der Einleitung festgehaltenen Themen und Forschungsergebnisse diskutiert. Die Diskussion orientiert sich an den Hauptkategorien, die für die Fallanalyse gewählt wurden, und bezieht zusätzlich die Ergebnisse aus den Tests und den Interviews mit den Sozialarbeitenden mit ein. Der Fokus liegt auf möglichen Schlüsselkriterien für den Erfolg oder Misserfolg der poststationären Netzwerkkoordination und vergleicht entsprechend die erfolgreichen mit den nicht erfolgreichen Fällen. Im Anschluss werden die zentralen Erkenntnisse in Bezug auf die Fragestellung zusammengefasst und mögliche Hypothesen formuliert. Eine kritische Betrachtung der gewählten Methode, ein Fazit und ein Ausblick bilden den Abschluss der Arbeit.

4.1 Interpretation der Ergebnisse

4.1.1 Erfolgreiche bzw. Nicht-Erfolgreiche

Die Einteilung in Erfolgreiche und Nicht-Erfolgreiche wurde von den beiden Sozialarbeitenden intuitiv vorgenommen. Zuerst soll daher überprüft werden, ob sich die Einschätzung der Sozialarbeitenden bestätigt. Sie waren sich einig, dass die Nachhaltigkeit in Bezug auf Aufbau und Festigung von privaten und professionellen Beziehungen, eine allgemeine Stabilisierung der (psychischen) Situation und eine gute Alltagsstruktur wesentliche Merkmale für den Erfolg der poststationären Netzwerkkoordination waren. Diese Einschätzung deckt sich weitgehend mit den Outcome-Kriterien der prospektiven Studie «Elemente integrierter Versorgung: poststationäre Netzwerkkoordination» (s. Kap. 1.1). Hier wird als primäres Kriterium die Anzahl Pflgetage und somit die Entwicklung der Versorgungskosten, also eine Verhinderung, Verzögerung oder Verkürzung einer Rehospitalisierung, aufgeführt. Die Einschätzung der Patientinnen und Patienten durch die Sozialarbeitenden bestätigt sich bei diesem Kriterium vollumfänglich. Keiner der erfolgreichen Fälle verzeichnete innerhalb der Messperiode ($t_0 - t_3$) einen Wiedereintritt in die Klinik, während die drei ausgewerteten nicht erfolgreichen Fällen teilweise mehrmals wieder in die Klinik eintraten. Bei den sekundären Kriterien zeigt sich insbesondere bei der klinischen Symptomatik ein klarer Unterschied. Die allgemeine psychische Beeinträchtigung vermindert sich im Messverlauf bei den Erfolgreichen, während die Nicht-Erfolgreichen beim Abschlussassessment noch im klinisch relevanten Bereich lagen (s. Kap. 3.2.2). Die Veränderung des Zustandes wurde bei den Erfolgreichen im Durchschnitt mit wenig bis viel besser, bei den Nicht-Erfolgreichen zwischen unverändert und etwas schlechter beurteilt (s. Kap. 3.2.6). Die Unterschiede in der Lebenszufriedenheit (s. Kap. 3.2.1) und der sozialen Unterstützung (s. Kap. 3.2.3) sind weniger deutlich.

4.1.2 Beziehung Sozialarbeitende und Patientin/Patient

Im Zeitverlauf war es möglich bei praktisch allen Patientinnen und Patienten eine offene und vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. Hier zeigen sich zwischen den Erfolgreichen und Nicht-Erfolgreichen keine deutlichen Unterschiede.

Auch in der Empathie und Anteilnahme der Sozialarbeitenden zeigen sich keine Unterschiede, sie ist gleichermassen und deutlich spürbar.

Einträge zur Wertschätzung fanden sich eher selten (s. Anhang F) und wurde bei den Erfolgreichen deutlich öfter notiert als bei den Nicht-Erfolgreichen (6 zu 1). Diese Intervention könnte aus Sicht der Verfasserin dieser Arbeit noch intensiviert werden (s. auch Kap. 4.1.12 und 4.2).

Sämtliche Erfolgreiche werden als «compliant» beurteilt, bei zwei Nicht-Erfolgreichen weisen sieben Nennungen (50 %) auf Non-Compliance hin. Auch im Umgang mit Terminen erweisen sich die Nicht-Erfolgreichen als weniger zuverlässig (s. Anhang G). Im Bezug auf die Medikamenten-Compliance entwickelten praktisch alle Patientinnen und Patienten eine hohe Compliance (s. Kap. 3.2.5). Von den Sozialarbeitenden wurde die Compliance als überraschend gut eingeschätzt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es innerhalb der Netzwerkkoordination gelang, eine stabile und tragfähige Beziehung mit viel Empathie und Anteilnahme zu allen Patientinnen und Patienten aufzubauen und aufrecht zu erhalten. Eher wenig Wertschätzung erfuhren die Nicht-Erfolgreichen. In der Compliance zeigen sich zwischen Erfolgreichen und Nicht-Erfolgreichen gewisse Unterschiede.

4.1.3 Netzwerkpilotin/Netzwerkpilot

Netzwerkarbeit Die Aktivierung und Einbindung einer Netzwerkpilotin/eines Netzwerkpiloten gelang sowohl bei den Erfolgreichen als auch bei den Nicht-Erfolgreichen bei der Hälfte der bearbeitenden Fälle. Als Hauptschwierigkeit bezeichneten die Sozialarbeitenden die zu knappe Zeit, fehlende soziale Kontakte oder auch fehlende Bereitschaft von Seiten der Patientinnen und Patienten. Bei den Erfolgreichen wurden die Netzwerkpiloten aus dem Freundeskreis oder dem professionellen Helfernetz rekrutiert. Hier zeigt sich eine Beziehungsqualität mit einem guten Nähe-/Distanz-Verhältnis, ohne persönliche Verstrickungen. Netzwerkpiloten konnten bei den Nicht-Erfolgreichen bei den beiden Suchtpatientinnen gefunden werden. Diese Personen standen den Patientinnen sehr nahe und zeichneten sich durch hohe Anteilnahme aber auch Co-Verhalten aus.

Netzwerk der Pat. In Bezug auf das Erleben und Verhalten der Netzwerkpilotinnen/Netzwerkpiloten fand sich nur ein Eintrag. Dieser erfolgreiche Patient erlebt den Austausch als hilfreich und schätzt es, eine solche Ansprechperson zu haben.

Für den Erfolg der Netzwerkkoordination scheint die Implementierung eines Netzwerkpiloten nicht entscheidend, da ebenso viele Patientinnen und Patienten ohne Netzwerkpilotin/Netzwerkpiloten erfolgreich bzw. nicht erfolgreich waren. Es ist möglich, dass sich solche unterstützende Personen im Zeitverlauf automatisch ergeben, ohne dass sie speziell rekrutiert werden müssen. Dabei scheinen sich Personen mit einer gesunden, wohlwollenden und eventuell professionellen Nähe für diese Aufgabe eher zu eignen.

4.1.4 Wichtige Bezugspersonen der Patientin, des Patienten

Netzwerkarbeit In dieser Kategorie fällt auf, dass in drei der sechs erfolgreichen Fälle kein Kontakt zwischen den Sozialarbeitenden und den wichtigen Bezugspersonen der Patientin, des Patienten möglich war, bei den Nicht-Erfolglichen war dies in einem Fall so. Im Interview weisen die Sozialarbeitenden darauf hin, dass einige Patientinnen und Patienten diesen Kontakt bewusst nicht wollten. Dies ist umso bedauerlicher, da in den Verlaufsberichten deutlich zum Ausdruck kommt, dass die Bezugspersonen sehr dankbar für den Austausch, das Verständnis und die Unterstützung waren. Im Vergleich Erfolgreiche/Nicht-Erfolgreiche zeigt sich, dass die Bezugspersonen der erfolgreichen Patientinnen und Patienten von den Sozialarbeitenden mehrheitlich als positiv unterstützend, sympathisch und engagiert erlebt wurden, während bei den Nicht-Erfolglichen die nahen Personen tendenziell als weniger nett und hilfreich wahrgenommen wurden.

Ein guter Kontakt zwischen Sozialarbeitenden und nahen Bezugspersonen wird von beiden Seiten als sinnvoll und positiv erlebt und kommt schlussendlich der Patientin, dem Patienten zu gute. Im Ablauf der poststationären Netzwerkkoordination wird darauf hingewiesen, dass eine Aufgabe des Netzwerk-Coachings darin liegt, dominante oder belastende Beziehungen zu identifizieren und aufzulösen, da sich, gemäss Koch und Weis (1998, s. Kap. 1.3.1) soziale Verstrickungen negativ auf die Krankheitsverarbeitung auswirken. In diesem Bereich effektiv und wirkungsvoll zu intervenieren scheint in der Praxis der Netzwerkkoordination jedoch kaum möglich.

Netzwerk der Pat. Im Netzwerk der Patientinnen und Patienten zeigen sich bei den Erfolgreichen und Nicht-Erfolglichen ähnliche Kontaktzahlen (s. Kap. 3.1.2). Das Erleben und Verhalten der Angehörigen wird von den Erfolgreichen mehrheitlich als einfühlsam, unterstützend und präsent wahrgenommen, obwohl auch hier von belastenden Situationen berichtet wird, wo sich die Patientinnen und Patienten unverstanden fühlten oder sich für den Kummer, den sie ihren Angehörigen bereiteten, schämten. Die Nicht-Erfolglichen erleben ihre Angehörigen tendenziell eher als belastend, einengend und dominant, obwohl auch hier Positives berichtet wird. Auffällig ist zudem, dass das klassische Co-Verhalten der Angehörigen von Suchtpatientinnen/Suchtpatienten deutlich zum Ausdruck kommt.

Bei der Erstellung der Netzwerkkarten wurden sowohl von den Erfolgreichen als auch von den Nicht-Erfolgreichen Freunde und Bekannte angegeben. Über diese Kontakte wird jedoch nichts berichtet. Einzig Nachbarn spielen eine Rolle. Hier erlebt eine erfolgreiche Patientin die eine als sehr umsorgend, die andere als ausgesprochen rücksichtslos und belastend.

Keiner der Nicht-Erfolgreichen und zwei der Erfolgreichen haben eine Arbeitsstelle. Dabei nimmt ein Patient das Verständnis, Engagement und die Wertschätzung als sehr motivierend wahr, während der andere es schätzt, dass seine Krankheit kein Thema ist.

In der Literatur und Forschung (s. Kap. 1.3.1) wird soziale Unterstützung als gesundheitsfördernd, belastungsreduzierend und Rückhalt gebend beschrieben, wobei intensive soziale Verstrickungen auch belastend sein können. Während die Beziehungen zum professionellen Helfersystem durchwegs als positiv wahrgenommen werden (s. Kap. 4.1.5), scheinen in den bearbeitenden Fällen die Kontakte zu Freunden, Bekannten und (Arbeits-)Kollegen weniger wichtig. Persönliche Paar-Beziehungen werden aufgrund der emotionalen Nähe vor allem von den Erfolgreichen als sehr hilfreich und unterstützend erlebt, aber auch als schwierig und herausfordernd. Die Verfasserin dieser Arbeit geht davon aus, dass sich stabile, gute Beziehungen positiv auf den Krankheitsverlauf auswirken, problematische Beziehungen durch die Krankheit aber kaum besser werden. In diesem Zusammenhang sei auch auf Kap. 4.1.9 Psychoedukation verwiesen.

Interessant ist, dass zu Beginn der poststationären Netzwerkkoordination bei den Erfolgreichen nur ein Paar zusammen lebte, während bei den Nicht-Erfolgreichen alle Paare zusammen lebten. Es stellt sich die Frage, ob räumliche Distanz in der Paarbeziehung zu Beginn einer Rekonvaleszenz mehr Raum und Zeit gibt, um sich der eigenen Gesundheit zu widmen und sich von Reaktionen des Umfeldes abzugrenzen.

4.1.5 Professionelles Helfersystem

Netzwerk Nur bei drei der sechs Erfolgreichen aber allen Nicht-Erfolgreichen wurde die Hilfe der Sozialarbeitenden für die Aktivierung des professionellen Helfersystems beansprucht. Im Engagement für die Involvierung der ambulanten Nachsorge zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Erfolgreichen und Nicht-Erfolgreichen, beide Sozialarbeitenden setzten sich mit grossem Einsatz und viel Ausdauer ein. Die Sozialarbeitenden selbst schätzen ihre Rolle bei der Netzwerkkoordination korrekterweise auch als wichtig ein. Erfahrung, Vernetzung, Kenntnis der Angebote aber auch die Kommunikation, Schwingungsfähigkeit und das unermüdliche Engagement haben wesentlich zur erfolgreichen Aktivierung des professionellen Helfersystems beigetragen.

Netzwerk der Pat. Alle Patientinnen und Patienten, die ihre Termine in der ambulanten Nachsorge wahrnahmen, waren mit der professionellen Unterstützung sehr zufrieden. Sie erlebten sie als hilfreich, stützend und waren sehr dankbar für diese Gespräche.

Hier bestätigt sich, dass eine gut aufgegleiste ambulante Nachsorge, die auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtet ist, einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung im Alltag leistet und die Aktivierung der professionellen Hilfe ein wesentlicher Faktor einer funktionierenden sozialen Unterstützung darstellt.

4.1.6 Sozialarbeiterische Grundleistungen

Neun der zehn Patientinnen und Patienten wünschten Unterstützung im sozialarbeiterischen Bereich. In Bezug auf den zeitlichen Aufwand, lassen sich zwischen den Erfolgreichen und den Nicht-Erfolgreichen keine Unterschiede feststellen. Auch die Annahme, dass die sozialarbeiterischen Grundleistungen zu viel Zeit beansprucht haben und dadurch zu wenig Zeit für die Netzwerkarbeit blieb, bestätigt sich nicht. Während sich eine sozialarbeitende Person nicht festlegen kann, schätzt die andere den Anteil der sozialarbeiterischen Tätigkeit auf rund 30 %.

4.1.7 (Un-)Zufriedenheit und Wirkung der Netzwerkarbeit

Grundsätzlich sind die Patientinnen und Patienten mit der Netzwerkarbeit sehr zufrieden und dankbar für die Unterstützung. Dies zeigt sich nicht nur in den Interviews mit den Sozialarbeitenden, sondern auch in den Verlaufsberichten. Hier finden sich deutlich mehr Erwähnungen bei den Erfolgreichen als bei den Nicht-Erfolgreichen. Eine erhöhte Unzufriedenheit der Nicht-Erfolgreichen lässt sich aus Sicht der Verfasserin dieser Arbeit jedoch kaum ableiten, vielmehr ist anzunehmen, dass diese Personen ihre Zufriedenheit weniger ausdrückten oder ausdrücken konnten.

4.1.8 Abschluss der Netzwerkarbeit

Bei fünf der sechs Erfolgreichen und zwei der vier Nicht-Erfolgreichen konnten die Abschlussgespräche planmässig stattfinden. Eine erfolgreiche Suchtpatientin erschien nicht zum Abschlussgespräch. Aus eigener Erfahrung kennt die Verfasserin dieser Arbeit die Schwierigkeiten, die gerade Suchtpatientinnen und Suchtpatienten mit Abschieden und Trennungen haben. Die nicht stattgefundenen Abschlussgespräche der beiden Nicht-Erfolgreichen stehen im Zusammenhang mit einem Wiedereintritt in die Klinik sowie einem Behandlungsabbruch durch die Sozialarbeitende.

Nachfolgend werden weitere Themen aus dem Kapitel Ergebnisse aufgegriffen, welche in Bezug auf die Fragestellung relevant sind.

4.1.9 Stationäre Aufenthaltsdauer

Zwischen den Erfolgreichen und Nicht-Erfolgreichen zeigt sich ein deutlicher Unterschied beim stationären Aufenthalt. Die Erfolgreichen verbrachten durchschnittlich 32.15

Tage (Range 16 – 58), die Nicht-Erfolglichen 14.5 Tage (Range 9 – 26) in der Klinik (s. Kap. 2.4). In ihrer Kritik weist eine Sozialarbeitende darauf hin, dass die Patientinnen und Patienten oft zu schnell wieder entlassen wurden, ohne dass sich die Situation stabilisiert hatte. Positiv erwähnen in diesem Zusammenhang beide Interviewte ihren Einsatz auf der Akutstation, wo ein frühzeitiger Austausch mit dem Pflegepersonal möglich war. Eine antizipierende Entlassungsplanung könne, so Bonsack (2013, Kap. 1.4) kurzzeitig zu einer Verlängerung des Klinikaufenthalts führen, lohne sich aber langfristig.

Bei den bearbeiteten zehn Fällen zeigt sich, dass Personen mit einem längeren stationären Aufenthalt von der poststationären Netzwerkkoordination erfolgreicher profitieren konnten.

4.1.10 Psychoedukation

Ein augenfälliger Unterschied zwischen Erfolgreichen und Nicht-Erfolgreichen zeigt sich bei der Psychoedukation (Kap. 3.1.1). Diese wurde bei allen Erfolgreichen aber nur einer Nicht-Erfolgreichen durchgeführt. Psychoedukation fördert das Verständnis für die Krankheit und unterstützt entsprechend den Umgang damit. So verweisen nicht nur Bonsack et al. (2006, Kap. 1.4) auf die positiven Einfluss der Psychoedukation, auch im Bezug auf Menschen mit einer Substanzproblematik wird auf diese wichtige Thematik verwiesen (Kap. 1.3.7). Im Interview erwähnten die Sozialarbeitenden, dass es Borderline- und insbesondere Suchtkranken oft an Krankheitseinsicht fehle.

Die Hälfte der Angehörigen/Netzwerkpiloten wurde über die Krankheit, ihre Symptomatik und Auswirkungen aufgeklärt. Psychoedukation wird bei Angehörigen von Suchtpatientinnen/Suchtpatienten als wesentlicher Faktor verstanden, damit nahe Bezugspersonen nicht in ein kontraproduktives Co-Verhalten verfallen (s. Kap. 1.3.1). Aber auch Bonsack et al. (2013, Kap. 1.4) verweist in seiner CMT-Studie auf das fehlende Verständnis naher Bezugspersonen.

Mehr Wissen über die Krankheit und gezielte Förderung des Krankheitsverständnisses scheint sich positiv auf den Umgang mit der Symptomatik auszuwirken.

4.1.11 Notfallplan

Bei den Erfolgreichen wurde in fünf der sechs Fälle, bei den Nicht-Erfolgreichen in einem Fall ein Notfallplan erstellt. Dieser kann Sicherheit und Halt vermitteln und in einer Krise Orientierung bieten. In den Verlaufsberichten wurde nur in einem, nicht erfolgreichen Fall, über eine veritable Ehekrise berichtet.

Das Vorhandensein eines Notfallplans scheint die Sicherheit im Alltag zu unterstützen.

4.1.12 Suchtpatientinnen und Suchtpatienten

Beiden interviewten Sozialarbeitenden erleben die substanzabhängigen Personen «irgendwie anders» und als weniger «compliant» und bestätigen damit das verbreitete, negative Image. Die Non-Compliance bei Suchtpatientinnen und Suchtpatienten bestätigt sich in den Verlaufsberichten teilweise (s. Kap. 4.1.2), es fällt auf, dass die drei Suchtpatientinnen mit einer Erstdiagnose bzw. Doppeldiagnose F1 besondere Schwierigkeiten mit der Termin-Compliance hatten (s. Anhang G). Es stellt sich die Frage, ob die von McCarty et al. (2009) als «störungstypische» Non-Compliance von Menschen mit einer Substanzproblematik (Kap. 1.3.6) vor allem auf fehlende Termin-Compliance zurückzuführen ist. Hier gilt zu berücksichtigen, dass Abhängigkeitserkrankte Termine oft aufgrund eines Rückfalls nicht wahrnehmen. Sie werden dann von Scham- und Schuldgefühlen geplagt, meinen, versagt zu haben und trauen sich aufgrund ihrer Unsicherheit und ihres niedrigen Selbstwertes kaum, den Kontakt wieder aufzunehmen (s. Kap. 1.3.6). Gerade in diesem Zusammenhang ist der mehrmals von den Sozialarbeitenden erwähnte Durchhaltewille, das «Dranbleiben», für den Erfolg der Netzwerkkoordination bedeutend.

Warum Menschen mit einer Substanzproblematik als schwieriger wahrgenommen werden als andere psychisch Kranke, ist schwer zu beurteilen. Zwar wurden in zahlreichen Studien verschiedene Persönlichkeitsmerkmale von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung eruiert, diese Merkmale zeigen sich aber auch bei anderen psychischen Erkrankungen. Ein Hinweis auf das andere Erleben der Suchtpatientinnen und Suchtpatienten könnte in der fehlenden medikamentösen Therapie zu finden sein.

Aufgrund der auch heute noch weit verbreiteten Stigmatisierung der Abhängigkeitserkrankung ist die Haltung gegenüber den betroffenen Menschen entscheidend. Eine Substanzproblematik wird oft (noch) nicht als echte Krankheit wahrgenommen, sondern als menschliches Versagen und Willensschwäche, sowohl von den Betroffenen selbst als auch von den Behandlungspersonen. Umso wichtiger ist eine empathische, respektvolle, verstehende und ehrlich interessierte Zugewandtheit.

Bei substanzabhängigen Personen ist ein besonderes Augenmerk auf die Wertschätzung zu legen. Die Aufrechterhaltung der Abstinenz ist eine täglich zu erbringende Leistung (s. Kap. 1.3.7). In keinem der Verlaufsberichte wurde Wertschätzung im Zusammenhang mit der Abstinenz festgehalten. Gerade bei diesen Patientinnen und Patienten ist es wichtig, diese Leistung besonders zu unterstreichen und zu würdigen.

Zahlreiche Therapieansätze haben sich in der Behandlung von Menschen mit einer Substanzabhängigkeit bewährt (s. Kap. 1.3.7). Zu beachten ist, dass die körperliche Entgif-

tung (Entzug) nur ein erster (kleiner) Schritt in der Behandlungskette darstellt und anschließend nur eine langfristige Therapie eine Verhaltensänderung bewirken kann. Eine Sozialarbeitende erlebte die Not der abhängigen Patientinnen und Patienten als vergleichbar mit anderen psychisch Kranken, die ihre Medikamente nicht einnehmen. Sie unterstreicht damit die Tatsache, der bereits erwähnten fehlenden Medikation (s. Kap. 1.3.7).

In den, in dieser Masterarbeit bearbeiteten Fällen sind Suchtpatientinnen und Suchtpatienten ebenso erfolgreich wie andere psychisch Erkrankte. Aufgrund der kleinen Fallzahl sowie der Vorgabe, dass bei der Auswahl 50 % Suchtpatientinnen und Suchtpatienten berücksichtigt werden sollten, ist es nicht zulässig, eine generelle Aussage zu Erfolg/Misserfolg im Zusammenhang mit diesen Patientinnen und Patienten zu machen. Zwei Aspekte sollen hierzu aber näher beleuchtet werden: Wird die Substanzproblematik als Erstdiagnose oder gar Doppeldiagnose gestellt, ist nur eine Betroffene erfolgreich, während die beiden anderen Wiedereintritte in die Klinik verzeichneten. Die beiden erfolgreichen Männer hatten F1 als Zweitdiagnose. Auffällig ist zudem die kurze Aufenthaltsdauer der drei Suchtpatientinnen (Erstdiagnose F1), sie lag zwischen 9 und 16 Tagen, die beiden erfolgreichen Männer mit einer Substanzproblematik waren mit 58 bzw. 21 Tage länger in der Klinik. Ein kurzer stationärer Aufenthalt lässt darauf schließen, dass ausser einer körperlichen Entgiftung kaum therapeutische Massnahmen greifen konnten. Es stellt sich also die Frage, ob Patientinnen und Patienten mit einer Erstdiagnose F1 tendenziell weniger erfolgreich sind bzw. ob ein längerer stationärer Aufenthalt gerade bei diesen Patientinnen und Patienten mitentscheidend für eine erfolgreiche poststationäre Netzwerkkoordination ist.

4.1.13 Fehlendes in der Netzwerkkoordination, Kritik und Wünsche

Um den Erfolg der Netzwerkkoordination noch zu steigern, brauche es, da sind sich die Sozialarbeitenden einig, nur eines: mehr Zeit. Beide postulieren, dass eine Verlängerung auf maximal 180 Tage wesentlich zu einer Steigerung der Erfolgsquote beitragen könnte. Die von Bäuerle (2011, Kap. 1.4) eruierten Ursachen, bestätigen die beiden Sozialarbeitenden nicht. Als schwierig wurden die Aufnahmekriterien der Studie eingestuft, die auf Menschen mit einer weniger ausgeprägten Inanspruchnahme fokussieren. Hier hätten die Sozialarbeitenden in der Klinik oft geeignetere Patientinnen oder Patienten getroffen, die die Kriterien jedoch nicht erfüllten. Oder aber sehr geeignete Personen wurden der Kontrollgruppe zugeteilt. Diesen Patientinnen und Patienten das Angebot nicht zugänglich machen zu können, fiel schwer. Kritisiert wurden teilweise auch die Arbeitsinstrumente. Im Weiteren bestand der Wunsch nach mehr Austausch zwischen Forschern und den «Machern im Feld» im Verlauf der Netzwerkkoordination. Sehr geschätzt wurden die Fallbesprechungen.

Insgesamt gab es mehr Lob denn Kritik, die poststationäre Netzwerkkoordination wird als sinnvoll, nachhaltig und langfristig wünschenswert bewertet.

4.2 Beantwortung der Fragestellung

Die vorliegende Masterarbeit ging folgender Hauptfragestellung nach:

Gibt es Schlüsselkriterien für den Erfolg/Misserfolg der poststationären Netzwerkkoordination?

Im Weiteren stellten sich folgende Fragen:

- Gibt es im Verlauf der Netzwerkkoordination wegweisende Situationen oder Konstellationen?
- Was für Aspekte der Netzwerkkoordination werden sichtbar?
- Was erlebten die Sozialarbeitenden bei der Netzwerkkoordination als besonders herausfordernd oder entscheidend?
- Ist die poststationäre Netzwerkkoordination für und mit abhängigkeiterkrankten Menschen tatsächlich schwieriger? Und wenn ja, woran liegt das?

Auch wenn sich im Bereich Beziehung Sozialarbeitende/Patientinnen und Patienten keine Unterscheide zwischen den Erfolgreichen und Nicht-Erfolgreichen zeigen, scheint der Verfasserin dieser Arbeit das Haupt-Schlüsselkriterium für den Erfolg eine tragende, vertrauensvolle, empathische und interessierte **Beziehung**. Diese bildet die Basis für die Zusammenarbeit. Nur mit gegenseitigem Vertrauen wird es möglich, Probleme offen anzusprechen und anzugehen, und nur mit dieser Voraussetzung sind Patientinnen und Patienten bereit, Vorschläge für die Bewältigung des Alltags, im Umgang mit nahen Bezugspersonen oder in der Kontaktaufnahme zu ambulanter Nachsorge anzunehmen.

Einen besonderen Stellenwert innerhalb der Beziehungsarbeit ist der **Wertschätzung** beizumessen. Für alle Patientinnen und Patienten bedeutete der stationäre Aufenthalt ein einschneidendes Erlebnis, sich danach wieder im Alltag zu orientieren und zurecht zu finden, ist eine herausfordernde Leistung, deren Wertschätzung nicht gross genug sein kann.

Als Schlüsselkriterium für den Erfolg bzw. Misserfolg der poststationären Netzwerkkoordination scheinen sich **Compliance bzw. Non-Compliance** aufgrund der Analyse der Verlaufsberichte tendenziell zu bestätigen. Die Bereitschaft, etwas verändern zu wollen, war gerade bei Suchtpatientinnen/Suchtpatienten nicht immer gegeben. Auch im Umgang mit Terminen zeigten diese Patientinnen und Patienten mehr Schwierigkeiten.

Ein wichtiges Kriterium ist die **sozialarbeitende Person**. Sie muss ebenso fachlich als auch menschlich kompetent sein und aufgrund ihrer guten Vernetzung die passenden Nachsorgepersonen mit den entsprechenden Patientinnen und Patienten zusammenbringen. Dies zeigte sich insbesondere in der Zufriedenheit mit dem professionellen Helfersystem, wo die

Sozialarbeitenden entscheidend vermitteln konnten. Zudem müssen die Sozialarbeitenden ausgesprochen engagiert sein. Sie müssen Ausdauer zeigen, dranbleiben, immer wieder nachfragen und nachfassen, und dies ebenso beim professionellen Helfernetz als auch bei den Patientinnen und Patienten.

Die Involvierung **wichtiger Bezugspersonen** wie Partnerinnen/Partner und Angehörige kann ebenfalls ein Schlüsselkriterium für den Erfolg sein. Die Sozialarbeitenden als Ansprechpersonen wirken hier entlastend und können bereits mit Zuhören und aber auch mit fachlichem Wissen unterstützen. Umgekehrt wirken sich nahe Bezugspersonen negativ auf den Erfolg der poststationären Netzwerkkoordination aus, wenn sie durch die Patientinnen und Patienten als einengend, dominant, verständnislos und ungeduldig erlebt werden.

Sowohl die Erfolgreichen als auch die Nicht-Erfolgreichen äusserten sich sehr positiv über die Unterstützung durch das **professionelle Helfernetz**. Eine parallel laufende, krankheitsspezifische Begleitung darf daher als Schlüsselkriterium für den Erfolg der poststationären Netzwerkkoordination angenommen werden.

Ein wichtiges Erfolgskriterium ist die **Psychoedukation** der Patientinnen und Patienten. Vermehrtes Wissen über die Krankheit, ihre Symptomatik und Auswirkung scheint sich stabilisierend auszuwirken. Psychoedukation der nahen Bezugspersonen bestätigt sich aufgrund der Fallanalysen jedoch nicht als entscheidender Wirkfaktor. Dennoch ist die Verfasserin dieser Arbeit überzeugt, dass mehr Wissen über die Krankheit einen verständnisvolleren Umgang mit den Patientinnen und Patienten fördert.

Bei der Mehrheit der erfolgreichen Fälle wurde ein **Notfallplan** erarbeitet. Dieser vermittelt Sicherheit und Halt in einer Krise. Die Verfasserin dieser Arbeit zögert das Vorhandensein eines Notfallplans als Schlüsselkriterium für den Erfolg zu bewerten, dennoch könnte sich eine genauere Überprüfung lohnen.

Beide Sozialarbeitenden erachteten ein gutes **Bildungsniveau** der Patientinnen und Patienten als entscheidendes Erfolgskriterium (s. Kap. 3.3.1). Diese Einschätzung liess sich durch die Analyse der zehn bearbeiteten Fälle nicht bestätigen. Aufgrund der guten intuitiven Wahrnehmung der Sozialarbeitenden kann sich die Verfasserin dieser Arbeit eine Bestätigung dieser Annahme aber gut vorstellen.

Ausserhalb des Einflusses der poststationären Netzwerkkoordination, aber dennoch ein auffälliges Schlüsselkriterium scheint die **Dauer des stationären Aufenthalts** der Patientinnen und Patienten zu sein. Ein längerer Aufenthalt ermöglicht eine nachhaltigere Behandlung der Krankheit und führt somit zu mehr Stabilität der Patientinnen und Patienten, was sich po-

sitiv auf den Erfolg der Netzwerkkoordination auswirkt. Dieses Kriterium passt auch sehr gut zu der von den Sozialarbeitenden beschriebenen Herausforderung. Sie bezeichneten die Arbeit mit Menschen mit psychotischen Zuständen, Borderline-Persönlichkeiten oder Suchtpatientinnen/Suchtpatienten als schwieriger. Es ist anzunehmen, dass diese Personen nach einem kurzen stationären Klinikaufenthalt im Genesungsprozess noch nicht weit genug fortgeschritten waren und die Krankheitssymptome sehr viel Raum einnahmen.

Der Verfasserin dieser Masterarbeit fällt es schwer zu beurteilen, ob die poststationäre Netzwerkkoordination für und mit **abhängigkeitserkrankten Menschen** tatsächlich schwieriger ist. Tatsächlich wurde dies aber von den beiden Sozialarbeitenden so erlebt. Ein Grund dafür kann in dem oben erwähnten, zu kurzen stationären Klinikaufenthalt liegen. Aufgrund der im Kapitel 1.3.7 dargelegten, erfolgreichen Behandlungsansätze, kann davon ausgegangen werden, dass diese Patientinnen und Patienten im Anschluss an die körperliche Entgiftung eine mehrwöchige Entwöhnungsbehandlung gebraucht hätten, um ihr Konsumverhalten nachhaltig zu verändern, sich mit der Funktion des Konsums (Entspannung, Euphorie etc.) und entsprechenden Alternativen auseinanderzusetzen und den, zur Krankheit gehörenden Rückfällen, besser zu begegnen. Hinzu kommt, dass eine medikamentöse Unterstützung weitgehend fehlt. Die drei erfolgreichen Suchtpatientinnen und Suchtpatienten dieser Untersuchung beweisen aber, dass eine erfolgreiche poststationäre Netzwerkkoordination auch mit diesen Menschen möglich ist. Die Verfasserin dieser Arbeit tendiert daher zur Annahme, dass hier mit der nötigen Haltung, Psychoedukation und sehr viel Engagement, Wertschätzung und Ausdauer ebenso erfolgreich gearbeitet werden kann.

4.2.1 Hypothesen

Aufgrund der dargelegten Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung, lassen sich folgende Hypothesen ableiten:

- Erfolgreiche Netzwerkkoordination ist multifaktoriell bedingt.
- Ein Schlüsselfaktor für den Erfolg der poststationären Netzwerkkoordination ist die Beziehung zwischen sozialarbeitender Person und Patient/Patientin.
- Die Person/Persönlichkeit der Sozialarbeitenden ist ein entscheidendes Erfolgskriterium.
- Die Implementierung einer Netzwerkpilotin, eines Netzwerkpiloten hat keinen Einfluss auf den Erfolg der poststationären Netzwerkkoordination.
- Die Aktivierung und Involvierung naher Bezugspersonen beeinflusst den Erfolg der poststationären Netzwerkkoordination positiv.
- Das professionelle ambulante Helfersystem ist ein bedeutsamer Wirkfaktor der erfolgreichen poststationären Netzwerkkoordination.

- Psychoedukation wirkt! Ebenso bei Patientinnen und Patienten als auch bei wichtigen Bezugspersonen.
- Die Erfolgsquote bei Menschen mit einem guten Bildungsniveau ist höher.
- Die Arbeit mit Suchtpatientinnen/Suchtpatienten in der poststationären Netzwerkkoordination ist per se nicht schwieriger als mit anderen psychisch kranken Menschen.

4.3 Kritische Betrachtung der Methode und Gütekriterien

Für die Untersuchung der Fragestellung wurden Dokumente der Netzwerkkoordination (Checkliste, Netzwerkkarten, Verlaufsberichte), Testresultate aus der ZInEP-Studie sowie Interviews mit den Sozialarbeitenden der Netzwerkkoordination beigezogen. Dadurch war es möglich, die Beantwortung der Fragestellung auf mehrere Quellen abzustützen bzw. durch mehrere Quellen zu überprüfen. Die gewählte qualitative Methode hat sich für diese empirische Arbeit bewährt und war dem Untersuchungsgegenstand angemessen.

Während Checkliste, Netzwerkkarten und Testresultate «harte Fakten» lieferten, konnten in den Verlaufsberichten und Interviews auch feinere Zwischentöne evaluiert werden. Die Verfasserin dieser Arbeit sieht die Analyse der Verlaufsberichte aber auch kritisch. Hier konnte nur analysiert und interpretiert werden, was notiert wurde. Es stellt sich die Frage, ob dadurch dem Engagement der Sozialarbeitenden gebührend Rechnung getragen werden konnte, da die Verlaufsberichte nur einen Ausschnitt der Gespräche und Aktivitäten dokumentieren. Hinzu kommt, dass Notizen zum Verlauf oft unter Zeitdruck entstehen. Es könnte beispielsweise sein, dass ein Eintrag als wenig empathisch bewertet wurde, er tatsächlich aber so wirkte, weil er rasch zwischen zwei Terminen entstand. Umso wichtiger sind daher die Interviews, die mit beiden Sozialarbeitenden durchgeführt werden konnten. Subjektiven Aussagen, Wahrnehmungen und Erlebnissen konnten so genügend Raum gegeben werden, und auch Kritik und Wünsche fanden Platz.

Um die Ergebnisqualität zu erhöhen und auch die Sicht der Patientinnen und Patienten zu erfahren, hätten zusätzliche Interviews mit ihnen sicher noch weitere Aspekte der poststationären Netzwerkkoordination beleuchtet.

Aufgrund der kleinen Stichprobe lassen sich die vorliegenden Ergebnisse trotz dem Beiziehen verschiedener Methoden nicht verallgemeinern, sie zeigen aber gewisse Tendenzen auf. Eine zweite, parallele Auswertung und Interpretation der Dokumente hätte zur Überprüfung der Wissenschaftlichkeit der Arbeit beigetragen.

4.4 Fazit, Ausblick und weiterführende Überlegungen

In dieser Masterarbeit konnten diverse Kriterien als wichtig für den Erfolg/Misserfolg der poststationären Netzwerkkoordination identifiziert werden. Es wird interessant sein zu sehen, ob sich die Beantwortung der Fragestellung und die formulierten Hypothesen in der quantitativen Erhebung bestätigen.

Das für die Sozialarbeitenden wichtige Bildungsniveau wirft die Frage auf, wie die Information und Kommunikation zur poststationären Netzwerkkoordination noch einfacher verständlich gemacht werden könnte. Die Verfasserin dieser Arbeit sieht in diesem Zusammenhang auch die Thematik der Netzwerkpiloten. Eventuell war diese Idee für die Patientinnen und Patienten zu wenig nachvollziehbar und verständlich.

Die gewünschte Verlängerung der poststationären Netzwerkkoordination leuchtet auf den ersten Blick ein. Es wäre interessant zu überprüfen, ob eine längere Begleitung tatsächlich einen positiven Effekt auf die Erfolgsquote hat und wo der Cut-off Wert der Begleitungsdauer liegen müsste, um den Erfolg signifikant zu erhöhen.

In der bisherigen Forschung in Bezug auf Persönlichkeitsmerkmale von Abhängigkeits-erkrankten wurden Menschen mit einer Substanzproblematik mit Kontrollgruppen aus der allgemeinen Bevölkerung verglichen (s Kap. 1.3.6). Es stellt sich die Frage, ob eine Untersuchung, die substanzabhängige Personen mit anderen psychisch Erkrankten vergleicht, typische Unterschiede der Persönlichkeitsmerkmale identifizieren könnte.

Im Austausch mit der Referentin wurde wiederholt diskutiert, ob es denn einen idealen Typen für eine erfolgreiche Netzwerkkoordination gibt. Dies lässt sich aufgrund der Analyse der zehn Fälle und aufgrund der Aussagen der Sozialarbeitenden (Kap. 3.3.6) nicht verlässlich definieren. Im Sinne einer Hypothese könnte ein erfolgreicher Typus wie folgt beschrieben werden: Er arbeitet, hat ein gutes Bildungsniveau, ist in der Krankheitssymptomatik weitgehend stabil, holt sich die nötige, professionelle Hilfe, hat eine gute, unterstützenden Paarbeziehung, ohne zwangsläufig mit dem Partner/der Partnerin zusammenzuleben, und hat idealerweise keine Suchtproblematik.

5. Literatur/Quellen

- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (2001). Empirische Argumente für die alle Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 41-82). Dortmund: verlag modernes lernen.
- Bäuerle, S. (2011). Umsetzung einer bedarfsorientierten Entlassungsplanung für Patienten mit hoher Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems: eine Prozessevaluation (Dissertation). Zugriff am 15.09.2013. Verfügbar unter http://vts.uni-ulm.de/query/longview.meta.asp?document_id=8118
- Baumann, U. & Pflingstmann, G. (1986). Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Ein kritischer Überblick. *Nervenarzt* (57), 686-691.
- Becker, P. & Quinten, C. (2003). Persönlichkeitstypen und Persönlichkeitsstörungen bei stationär behandelten Alkoholabhängigen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32(2), 104-116.
- Becker, P. & Quinten, C. (2005). Replikation und Spezifität von vier Persönlichkeitstypen bei Alkoholabhängigen. *Sucht, die Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis* 51(3), 151-160.
- Bischof, G. (2012). Das „Community Reinforcement and Family Training“ CRAFT. *Sucht-Magazin*, 1, 30-32.
- Böhm, E. (1992). *Ist heute Montag oder Dezember? Erfahrungen mit der Übergangspflege*. Bonn: Psychiatrie-Verlauf.
- Bonsack, C., Ferrari, P., Gibellini, S., Gebel, S., Jaunin, P., Besse, Chr. & Morandi, S. (2013). *Le case management de transition: Assurer la continuité du rétablissement après une hospitalisation psychiatrique*. Lausanne: ARCOS.
- Bonsack, C., Pfister, T. & Conus, P. (2006). Insertion dans les soins après une première hospitalisation dans un secteur pour psychose. *Encephale*, 32, 679-685.
- Camenzind, P. & Frick, U. (2010). *Stationäre Psychiatrie der Schweiz im Wandel* (Obsan Bulletin 3/2010). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Dehmel, S. & Ortmann, K. (2006). *Soziale Unterstützung (Social Support) – ein Verstehens- und Handlungskonzept für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit*. Zugriff am 15.09.2013. Verfügbar unter <http://www.khsb-berlin.de/hochschule/personen/lehrende/hauptamtliche-lehrkraefte/ortmann-karlheinz/>
- Dieze, K. & Spicker, M. (2007). *Alkohol – kein Problem?* (2. vollst. überarb. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz.
- Dörpinghaus, S. & Weidner, F. (2004). *Überleitung und Case Management in der Pflege*. Köln: Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung dip.
- Driessen, M., Veltrup, C., Junghanns, K., Przywara, A. & Dilling, H. (1999). Kosten-Nutzen-Analyse klinisch-evaluiertes Behandlungsprogramme. Erweiterte Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit. *Nervenarzt*, 70, 463-470.

- Duden (2006). Die deutsche Rechtschreibung. Band 1 (24. neu bearb. u. erw. Aufl.) Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag
- Dürsteler-MacFarland, K.M., Prica, M. & Vogel, M. (2013). Psychotherapeutische Herausforderungen in der Behandlung von Substanzstörungen: alte und neue Erkenntnisse unter Berücksichtigung psychischer Komorbidität. *Abhängigkeiten*, (1), 60-84.
- Entlassungsplanung (2013). In *Wikipedia*. Zugriff am 06.01.2014. Verfügbar unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Entlassungsmanagement>
- Fleckenstein, M. & Heer, M. (2013). Wirksamkeitsüberprüfung der Kurzintervention: Der Sucht begegnen – Sicherheit durch Haltung (Masterarbeit). Zugriff am 11.01.2014. Verfügbar unter <http://recherche.nebis.ch/nebis/action/display.do?tabs=Fleckenstein>
- Fleischmann, H. (2001). Chronisch mehrfach beeinträchtigte Alkoholabhängige (CMA) im psychiatrischen Krankenhaus, Definitionsprobleme, Selektionsprozesse und Ergebnisse, therapeutische Prinzipien. In R. Olbrich (Hrsg.), *Suchtbehandlung – Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen* (S. 11-26). Regensburg: Roderer.
- Frick, U. & Frick, H. (2008). *Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen: Vertiefungsstudie «Heavy User». Literaturanalyse. Forschungsprotokoll 5*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönna-Böse, M. (2011). *Resilienz* (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Gainey, R. R., Wells, E. A., Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (1993). Predicting treatment retention among cocaine users. *Int J Addict*, 28(6), 487-505.
- Gebhardt, R.-P., Lüthi, R. & Dammann, G. (2013). Poststationäre Übergangsbehandlung in der Psychiatrie. Klammer zwischen «Drinnen» und «Draussen». *Psychiatriepflege*, (6), 20-23.
- Gekle, W. & Perrot, M.A. (2013). *Ehrenpreis Prix Perspectives 2013 für das Projekt NePTHun der Psychiatrischen Dienste Thun*. Zugriff am 17.1.2014. Verfügbar unter <http://www.spitalstsag.ch/index.php?CID=871&q=NePTHun>
- Götschi, A.S. (2006). Tanzen statt kämpfen – motivierende Gesprächsführung als Veränderungshilfe. *ARS MEDICI*, (7), 308-310.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel – von der Konfession zur Profession* (5. unver. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Guy, W. (1976). *Early Clinical Drug Evaluation Unit (ECDEU) assessment manual for psychopharmacology*. Revised. NIMH publication DHEW publ NO (Adm) 76-338. Bethesda MD: National Institute of Mental Health, 217-222.
- Häcker, H. & Stapf, K.-H. (Hrsg.). (2009). *Psychologisches Wörterbuch* (15., überarb. und erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Havassy, B.E., Hall, S.M. & Wasserman, D.A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16, 235-246.

- Jansen, D. & Diaz-Bone, R. (2011). Netzwerkstrukturen als soziales Kapital. In J. Weyer (Hrsg.), *Soziale Netzwerke. Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung* (2. Aufl., S. 71-108). München: Oldenbourg.
- Jing, J., Grant, E.S., Vernon, M.S.O. & Shu, C.L. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patients perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 4(1), 269- 286.
- Kappelhoff, P. (2002). Netzwerk. In G. Endruweit & G. Trommsdorff (Hrsg.), *Wörterbuch der Soziologie* (S. 383-385). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Kent, S., Fogarty, M. & Yellowlees, P. (1995). A review of studies of heavy users of psychiatric services. *Psychiatric Services* 46(12), 1247-1253.
- Klein, M. (2010, 10. Juni) *Vor 75 Jahren: Gründung der „Anonymen Alkoholiker“*. Überleben in der Gruppe. Zugriff am 10.01.2014. Verfügbar unter <http://www1.wdr.de/themen/archiv/stichtag/stichtag4888.html>
- Koch, U. & Weis, J. (1998). *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Der Förderschwerpunkt „Rehabilitation“ von Krebskranken*. Stuttgart: Schattauer.
- Körkel, J. & Veltrup, C. (2003). Motivational Interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 4, 115-124.
- Kruse, G., Körkel, J. & Schmalz, U. (2000). *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Mit literarischen Beispielen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Lambert, M.J., Hannover, W., Nisslmüller, K., Richard, M. & Kordy, H. (2002). Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie: Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31(1), 40-47.
- Lange, W., Reker, M. & Driessen, M. (2008). Community Reinforcement Approach (CRA) – Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. *Sucht*, 54(6), 20-30.
- Lindenmeyer, J. (2010). *Lieber schlau als blau* (8. überarb. Aufl.). Basel: Beltz.
- Lü, O. (2013). Vergleich von Persönlichkeitsmerkmalen bei Patienten mit multiplem Substanzgebrauch und Alkoholabhängigkeit (Dissertation). Zugriff am 20.10.2013. Verfügbar unter: http://edoc.ub.uni-muenchen.de/15967/1/Lue_Osman.pdf
- Mann, K. (2002). Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen. *Deutsches Ärzteblatt*, 99(10), A 632-644.
- Mann, K. & Stetter, F. (1991). Keine Entgiftung ohne psychotherapeutische Begleitung. *Psycho*, 5, 296-394.
- Maslow, A. H. (1943) A Theory of Human Motivation. *Psychological Review* 50, 370-396.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken* (5. Aufl.). Waldheim und Basel: Beltz.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11., aktualisierte und überarbeitete Auflage). Waldheim und Basel: Beltz.

- McCarty, D., Gustafson, D., Capoccia, V. A., & Cotter, F. (2009). Improving care for the treatment of alcohol and drug disorders. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(1), 52-60.
- Medikamentöse Optionen in der Langzeitbehandlung. (2014). Zugriff am 21.3.2014. Verfügbar unter <http://www.fosumos.ch/index.php/de/alkohol/medikamentoesee-optionen>.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Morisky, D., Green, L. & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1).
- Nein zur schizophrenen Sparübung! (2014). Zugriff am 06.01.2014. Verfügbar unter http://www.pzm.gef.be.ch/pzm_gef/de/index.assetref/content/dam/documents/GEF/PZM/de/Dokumente/Aktuelles/2013/pzm_flyer_nein.pdf
- Nelson, E.A., Maruish M.E. & Axler, J.L. (2000). Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatric Services*, 51(7), 885-889.
- Nestmann, F. (2000). Gesundheitsförderung durch informelle Hilfe und Unterstützung in sozialen Netzwerken. Die Bedeutung informeller Hilfe und Unterstützung im Alltag von Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung. In S. Sting & G. Zurhorst (Hrsg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit* (S. 128-146). Weinheim, München: Juventa
- Olfson, M., Mechanic, D., Hansell, S., Boyer, C.A., Walkrup, J. & Weiden P.J. (2000). Predicting Medication Noncompliance After Hospital Discharge Among Patients With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 51(2), 216-222.
- Olfson, M., Mechanic, D., Boyer, C.A. & Hansell, S. (1998). Linking inpatients with schizophrenia to outpatient care. *Psychiatric Services*, 49(7), 911-917.
- Pantucek, P. (2004). *Fallbesprechungen*. Zugriff am 07.01.2014. Verfügbar unter <http://www.pantucek.com/swmaterial/fallbesprechungen.pdf>
- Pantucek, P. (2005). *Netzwerkkarte. Soziale Diagnose*. Zugriff am 01.01.2014. Verfügbar unter <http://www.pantucek.com/diagnose/netzwerkkarte/index.html>.
- Priebe, S., Huxley, P., & Knight, S. & Evans, S. (1999). Application of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 7-12.
- Qin, P. & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: Evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 427-432.
- Reynolds, W., Lauder, W., Sharkey, S., Maciver, S., Veitch, T. & Cameron, D. (2004). The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 11(1), 82-88.
- Rödel, S. (2011). Compliance war gestern: von der Vielschichtigkeit der Adhärenz und den digitalen Möglichkeiten der Unterstützung. *Spirit Link Medical*. Zugriff am 17.01.2014. Verfügbar unter <http://www.healthcaremarketingblog.de/compliance-war-gestern-von-der-vielschichtigkeit-der-adhärenz-und-den-digitalen-möglichkeiten-der-unterstützung>

- Roick, C, Heider D, Kilian, R. & Angermeyer M.C. (2002). Patienten mit starker Inanspruchnahme stationärer-psychiatrischer Versorgung. Eine Analyse von Krankenkassendaten aus der Stadt. Leipzig. *Psychiatrische Praxis* 29, 343-349.
- Roick, C., Kilian, R., Matschinger, H., Bernert, S., & Mory, C. & Angermeyer, M.C. (2001). German adaption of the Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory. An Instrument for the Cost of Mental Health care. *Psychiatrische Praxis*, 28, 84-90.
- Salize, H., Rössler, W. & Becker, T. (2007). Mental health care in Germany: Current state and trends. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(2), 92-103.
- Schnell, T., Neisius, K., Daumann, J. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2010). Prävalenz der Komorbidität Psychose und Sucht. Klinisch-epidemiologische Ergebnisse aus verschiedenen Behandlungssettings in einer deutschen Grossstadt. *Nervenarzt*, 81, 323-328.
- Sowers, W.E. & Rohland, B. (2004). American Association of community Psychiatrists' Principles for managing Transitions in Behavioral Health Services. *Psychiatric Services*, 55, 1271-1274.
- Soyka, M. & Küfner, H. (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. Begründet von Wilhelm Feuerlein* (6. vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Steffen, S., Kalkan, R., Völker, K., Freyberger, H., Janssen, B., Ramacher, M., Klein, H. E., Sohla, K., Bergk, J., Grempler, J., Becker, T. & Puschner, B. (2011). Entlassungsplanung bei Menschen mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung in einer randomisierten kontrollierten Multicenterstudie: Durchführung und Qualität der Intervention. *Psychiatrische Praxis*, 38, 69-76. Zugriff am 23.10.13. Verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.de/ejournals/html/psychiat-praxis/doi/10.1055/s-0030-1248576>
- Steffen, S., Kösters, M., Becker, T. & Puschner, B. (2009). Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 1-9.
- Steinke, I. (2012). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung – Ein Handbuch* (9. durchges. und aktual. Aufl., S. 319–330). Reineck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Stengel, J.M. (2003). Verändertes Interaktionsverhalten Alkoholabhängiger als Indikator für erfolgreiche Rehabilitation (Dissertation). Zugriff am 11.01.2014. Verfügbar unter: <http://webdoc.sub.gwdg.de/ebook/dissts/Bochum/Stengel2003.pdf>
- Swanson, A.J., Pantalon, M.V. & Cohen, K.R. (1999). Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *J Nerv Ment Dis* 187(10), 630-635.
- Uchtenhagen, A. (2011). Stoffgebundene versus stoffungebundene Süchte. *Suchtmagazin*, 37(3), 12-14.
- Von Wyl, A. (2012). *Studienprotokoll: Elemente integrierter Versorgung: poststationäre Netzwerkkoordination* (Unveröff. Dokument). Zürich: Institut für Angewandte Psychologie.

- Warnke, I., Nordt, C., Ajdacic-Gross, V., Haug, A., Salize, H.J. & Rössler, W. (2010). Klinische und soziale Risikofaktoren für Wiederaufnahmen in die stationäre Psychiatrie bei Patienten mit Schizophrenie: Eine Langzeitanalyse. *Neuropsychiatrie*, 24(4), 243-251.
- Weis, J. (2013). *Krankheitsverarbeitung*. Zugriff am 12.12.2013. Verfügbar unter http://www.pso-ag.de/menue_forschung8.htm.
- WHO World Health Organisation (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Zugriff am 17.1.2014. Verfügbar unter http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
- Wikipedia, (2013). *Entlassungsmanagement*. Zugriff am 12.12.2013. Verfügbar unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Entlassungsmanagement#Entlassungsplanung.2FEntlassungsmanagement>
- Ziedonis, D. M., Smelson, D., Rosenthal, R. N., Batki, S. L., Green, A. I., Henry, R. J., Montoya, I., Parks, J., & Weiss, R. D. (2005). Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: consensus recommendations. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(5), 315-339.
- ZInEP (2014). *Elemente integrierter Versorgung: Poststationäre Netzwerkkoordination*. Zugriff am 06.01.2014. Verfügbar unter <http://www.zinep.ch/cm>
- Zweben, A. & Pearlman, S. (1983). Evaluating the Effectiveness of conjoint Treatment of alcohol complicated Marriages: Clinical and Methodological Issues. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(1), 61-72.

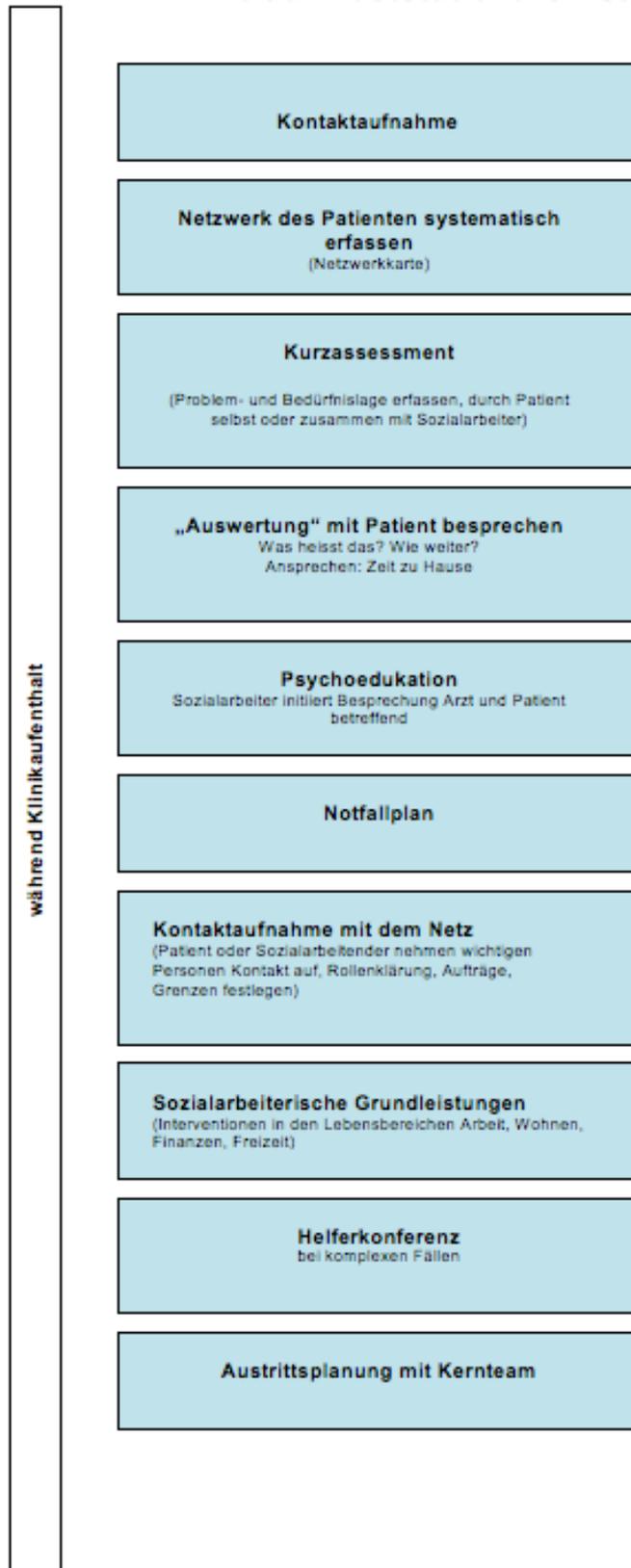
6. Anhang

Anhangsverzeichnis

<i>Anhang A.</i>	Ablauf Poststationäre Netzwerkkoordination	68
<i>Anhang B.</i>	Einschlusskriterien der ZInEP-Studie	70
<i>Anhang C.</i>	Checkliste: Poststationäre Netzwerkkoordination	71
<i>Anhang D.</i>	Auswertung Checkliste Poststationäre Netzwerkkoordination auf Patientinnen/Patienten-Ebene	73
<i>Anhang E.</i>	Kodierleitfaden Fallanalysen (Verlaufsberichte)	74
<i>Anhang F.</i>	Kodierung der Verlaufsberichte auf Patient/-innen-Ebene: Anzahl Nennungen bzw. Häufigkeiten	75
<i>Anhang G.</i>	Termin-Compliance	77
<i>Anhang H.</i>	Verlaufskurven der drei Subskalen des OQ-45	78
<i>Anhang I.</i>	Interviewleitfaden: Interviews mit den Sozialarbeitenden	81
<i>Anhang K.</i>	Kodierleitfaden: Interviews mit den Sozialarbeitenden	83

Anhang A. Ablauf Poststationäre Netzwerkkoordination

1

Ablauf Poststationäre Netzwerkkoordination

Anhang A. Ablauf Poststationäre Netzwerkkoordination (Fortsetzung)

2



3. 8. 2011

Anhang B. Einschlusskriterien der ZInEP Studie

Die ZInEP-Studie untersucht Patientinnen und Patienten mit weniger ausgeprägter Inanspruchnahme (s. Kap. 1.3.5). Die Einschlusskriterien waren durch das Forschungsteam wie folgt definiert worden (ZInEP, 2014):

1. GAF-Wert < 60
2. Aktueller Eintritt ist der erste, zweite oder dritte Eintritt in die Kliniken Schlosstal oder Hard in den letzten 36 Monaten
3. Anzahl Pflgetage < 60 in den letzten 36 Monaten
4. Patientin/Patient ist urteilsfähig
5. Alter ≥ 18 und ≤ 64 Jahre
6. Wohnhaft in der Psychiatrieregion Winterthur/Zürcher Unterland

Anhang C. Checkliste: Poststationäre Netzwerkkoordination

  		
Studien-ID: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SozialarbeiterIn: _____	Start: ___/___/___
Checkliste: Poststationäre Netzwerkkoordination		
Bitte ankreuzen: <input checked="" type="checkbox"/>		
*Datum	stationär	
	<input type="checkbox"/>	Patienten-Screening der FHNW ausgefüllt
	<input type="checkbox"/>	Netzwerkkarte nach Pantucek ist erstellt (Teil 1)
	<input type="checkbox"/>	CGI bei Eintritt ausgefüllt (t ₀)
	<input type="checkbox"/>	Mit den wichtigen Personen des Netzwerkes Kontakt aufgenommen
	<input type="checkbox"/>	Vorhandene Ressourcen eruiert:
	<input type="checkbox"/>	Wohnen
	<input type="checkbox"/>	Finanzen
	<input type="checkbox"/>	Arbeit / Alltag
	<input type="checkbox"/>	Migrationshintergrund
	<input type="checkbox"/>	Sozialarbeiterische Hilfestellung (Freitext):
	<input type="checkbox"/>	-----
	<input type="checkbox"/>	Psychoedukation durchgeführt
	<input type="checkbox"/>	Notfallplan erstellt
	<input type="checkbox"/>	Helferkonferenz vor Austritt eingeleitet
		TeilnehmerInnen:

	<input type="checkbox"/>	Termin für ersten Hausbesuch abgemacht:
Datum	poststationär	
	<input type="checkbox"/>	1. Besuch zuhause stattgefunden
	<input type="checkbox"/>	Abschluss- bzw. Zielkriterien definiert:
/	<input type="checkbox"/>	-----
/	<input type="checkbox"/>	-----
/	<input type="checkbox"/>	-----
	<input type="checkbox"/>	Abspraken / Rollenklärung zwischen den Netzwerkpartnern hat stattgefunden
	<input type="checkbox"/>	Identifikation Netzwerkpilot: _____ aus dem Helfernetzbereich:
	<input type="checkbox"/>	Freund
	<input type="checkbox"/>	Familie
	<input type="checkbox"/>	Schule/Beruf
	<input type="checkbox"/>	Professionelles Helfernetz
	<input type="checkbox"/>	Psychoedukation für Angehörige / Netzwerkpartner bzw. -pilot durchgeführt
	<input type="checkbox"/>	Helferkonferenz hat stattgefunden
		TeilnehmerInnen:

Checkliste_ZinEP_TP4_Version 01.09.2011 PAM 1/2

Anhang C. Checkliste: Poststationäre Netzwerkkoordination (Fortsetzung)

		Anzahl Treffen		Anzahl Telefonate		Anzahl Emails	
		Patient	Andere	Patient	Andere	Patient	Andere
<input type="checkbox"/>	1.Woche nach Austritt:						
<input type="checkbox"/>	2.Woche nach Austritt:						
<input type="checkbox"/>	3.Woche nach Austritt:						
<input type="checkbox"/>	4.Woche nach Austritt:						
<input type="checkbox"/>	5.Woche nach Austritt:						
<input type="checkbox"/>	6.Woche nach Austritt:						
<input type="checkbox"/>	7.Woche nach Austritt:						
<input type="checkbox"/>	8.Woche nach Austritt:						
<input type="checkbox"/>	9.Woche nach Austritt:						
<input type="checkbox"/>	10.Woche nach Austritt:						
<input type="checkbox"/>	11.Woche nach Austritt:						
<input type="checkbox"/>	12.Woche nach Austritt:						
<input type="checkbox"/>	Sozialarbeiterische Hilfestellung nach Austritt (Freitext):						
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
*Datum	Abschluss						
<input type="checkbox"/>	Beendigung der Netzwerkkoordination						
<input type="checkbox"/>	Dropout: Grund _____						
<input type="checkbox"/>	Alle Abschlusskriterien erfüllt						
<input type="checkbox"/>	max. 90 Tage erreicht						
	folgende Kriterien erfüllt:						
/	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
/	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
	folgende Kriterien nicht erfüllt:						
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Netzwerk bei Abschluss mit Netzwerkkarte von Pantucek erfasst.						
<input type="checkbox"/>	Netzwerkpilot wird übernommen von: _____ aus dem Bereich:						
<input type="checkbox"/>	Freund			<input type="checkbox"/> Familie			
<input type="checkbox"/>	Schule/Beruf			<input type="checkbox"/> Professionelles Helfernetz			
<input type="checkbox"/>	CGI bei Abschluss ausgefüllt (t _{Abschluss})						
	Falls Austritt in weniger als 60 Tagen ab Austritt stationär nachfolgende Fragebögen Patient abgeben und wieder einsammeln:						
<input type="checkbox"/>	MANSA durch Patienten ausgefüllt (t _{Abschluss})						
<input type="checkbox"/>	OQ-45 durch Patienten ausgefüllt (t _{Abschluss})						
<input type="checkbox"/>	F-SozU K-14 durch Patienten ausgefüllt (t _{Abschluss})						
<input type="checkbox"/>	Alle Fragebögen an die Assessorin geschickt (interne Post: Behandlungsevaluation Klinik Schlossal)						

*Das Datum ist nur bei den weissen Kästchen zu vermerken.

Anhang D. Auswertung Checkliste Poststationäre Netzwerkkoordination auf Patientinnen/Patienten-Ebene

Pat.	Erfolgreiche												Nicht-Erfolgreiche																		
	B			D			E			G			H			I			A			C			F			K			
	st	pst		st	pst		st	pst		st	pst		st	pst		st	pst		st	pst		st	pst		st	pst		st	pst		
stationär/postst. Kontakt mit wichtigen Personen des NW aufgenommen	ja			nein			nein			ja			nein			nein			nein			nein			ja						
Ressourcen	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓						
Soz. Hilfe.	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PsychoEdu.	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Nottalplan	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Helferkonferenz	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Aufenthaltsdauer	58			37			21			42			16			21			9			26			11			12			
1. Hausbesuch def. / stattgefunden	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Abschluss-/Zielkriterien*		60 %		100 %			80 %			86 %			80 %			86 %			100 %			28 %			100 %						50 %
Rollenklärung	nein			ja			nein			ja			nein			ja			nein			ja			nein						
Netzwerkpilot def./installiert	ja	nein	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein
Kontakte** Pat direkt	7	8 (8)	7	7 (2)	0	6 (2)	0	6 (2)	3	4 (2)	0	4 (16)	0	4 (16)	0	7 (3)	6	9 (4)	3	5 (4)	0	4 (8)	0	4 (8)	1	6 (16)	1	6 (16)	1	6 (16)	6 (16)
Kontakte** andere	5 (4)	3 (1)	0	5 (0)	0	3 (0)	0	3 (0)	0	1 (3)	0	0 (9)	0	0 (9)	0	1 (2)	1	3 (2)	0	6 (1)	0	1 (3)	0	1 (3)	1	2 (9)	1	2 (9)	1	2 (9)	2 (9)
Abschlussgrund***		90		90		A.e.		A.e.		90		90		90		90		90		Abbruch		A.e.		A.e.		90		90		90	90

*Abschluss- und Zielkriterien: % = Prozentualer Anteil der erreichten Abschluss- und Zielkriterien (im Verhältnis zu den definierten Zielen)

**Kontakte: Zahlen in () = Telefonate/E-Mails

***Abschlussgrund: 90 = 90 Tage erreicht; A.e. = Abschlusskriterien erfüllt, Abbruch = Begleitung wurde vorzeitig abgebrochen

Anhang E. Kodierleitfaden Fallanalysen (Verlaufsberichte)**Leitfaden für die Kodierung der Verlaufsberichte****Hauptkategorie 1 Netzwerkarbeit**

In dieser Kategorie sollen die Aspekte der Netzwerkkoordination erfasst werden.

Kategorie	Bereiche/Subkategorien	Unterkategorien
Netzwerkarbeit <i>Definition:</i> Gestaltung und Entwicklung der Netzwerkarbeit mit der Patientin/dem Patienten und ihrem privaten und professionellen Umfeld.	– Beziehung Sozialarbeitende/Patient/-in	– Offenheit und Vertrauen – Empathie – Wertschätzung – Compliance/Non-Compliance inkl. Termintreue
	– Netzwerkpilotin/Netzwerkpilot	– Aktivierung, Einbindung und Unterstützung
	– Wichtige Bezugspersonen der Patientin, des Patienten	– Aktivierung, Einbindung und Unterstützung
	– Professionelles Helfersystem	– Engagement und Aktivierung
	– Sozialarbeiterische Grundleistungen	– Unterstützung in den Bereichen Arbeit, Wohnen, Finanzen und Freizeit
	– (Un-)Zufriedenheit mit der Netzwerkarbeit	
– Abschluss der Netzwerkarbeit		

Hauptkategorie 2 Netzwerk des Patienten/der Patientin

In dieser Kategorie soll das Netzwerk der Patientin/des Patienten im Hinblick auf seine Wirkung erfasst werden.

Kategorie	Bereiche/Subkategorien	Unterkategorien
Wichtige Bezugspersonen <i>Definition:</i> Wer sind wichtige Bezugspersonen und wie erlebt der Patient/die Patientin das Verhalten bzw. die Beziehung zu dieser Person.	– Positiv, unterstützende Beziehungen – Negativ, belastende Beziehungen	– Angehörige – Netzwerkpilot/-in – Kolleginnen und Kollegen – Professionelles Helfersystem – Freunde und Bekannte

Anhang F. Kodierung der Verlaufsberichte auf Patient/-innen-Ebene: Anzahl Nennungen bzw. Häufigkeiten

Hauptkategorie 1 Netzwerkarbeit

Gestaltung und Entwicklung der Netzwerkarbeit mit der Patientin/dem Patienten und deren privaten und professionellen Umfeld.

Kategorie	Unter-kategorien		Erfolgreiche							Nicht-Erfolgreiche				
			B	D	E	G	H	I	Total	A	C	F	K	Total
Beziehung Soz./Pat.	Offenheit und Vertrauen	pos	8	5	5	3	7	2	30	5	2	5	3	15
		neg	3	0	2	0	1	0	6	3	3	1	1	8
	Empathie	pos	2	1	0	0	2	2	7	1	2	1	4	8
		neg	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	4
	Wertschätzung		2	2	0	0	2	0	6	0	0	0	1	1
	Compliance	pos	3	0	1	2	3	3	12	0	0	1	6	7
		neg	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	3	7
	Netzwerkpilot/-in		pos	0	2	0	4	1	2	9	3	0	3	0
		neg	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4	0	6
Wichtige Bezugspersonen der Pat.		pos	14	3	1	0	0	0	18	1	2	0	1	4
		neg	0	0	3	0	0	0	3	10	2	0	0	12
Prof. Helfersystem			0	1	0	0	9	1	11	2	3	3	3	11
Soz. Grundleistungen			4	8	1	6	0	1	20	2	0	3	12	17
(Un-)Zufriedenheit mit der Netzwerkarbeit		pos	6	3	0	2	1	1	13	1	0	1	0	2
		neg	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	2
Abschluss der Netzwerkarbeit		pos	1	1	1	1	1	1	6	0	0	1	1	2
		neg	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
Total Nennungen			43	26	14	18	28	13	142	38	18	23	35	114

Anhang F. Kodierung der Verlaufsberichte auf Patient/-innen-Ebene: Anzahl Nennungen bzw. Häufigkeiten (Fortsetzung)

Hauptkategorie 2 Netzwerk des Patienten/der Patientin

Welche Personen werden im Verlauf der Netzwerkkoordination durch die Patientinnen und Patienten erwähnt und wie erleben die Betroffenen deren Verhalten (positiv/unterstützend bzw. negativ/belastend).

Kategorie	Unterkategorie	Erfolgreiche							Nicht-Erfolgreiche				
		B	D	E	G	H	I	Total	A	C	F	K	Total
Angehörige	positiv	3	5	3	0	2	2	15	3	0	3	0	6
	belastend	2	2	2	0	0	1	7	3	1	4	1	9
Netzwerkpilot/-in	positiv	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0
	belastend	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kollegen (Arbeit)	positiv	9	0	1	0	0	0	10	0	0	0	0	0
	belastend	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prof. Helfersystem	positiv	3	2	1	1	1	4	12	8	2	2	0	12
	belastend	0	0	0	1	1	1	3	0	1	0	0	2
Freunde/Bekannte	positiv	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1
	belastend	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Total Nennungen		17	9	7	5	4	10	52*	15	4	9	1	29**

**Davon 41 positiv/unterstützend, 11 negativ/belastend*

***Davon 19 positiv/unterstützend, 10 negativ/belastend*

Anhang G. Termin-Compliance

Für die Auswertung wurden folgende Unterkategorien definiert: Terminabsagen, nicht zum Termin erschienen, nicht erreichbar, Terminklärung /-verschiebung, Unterbrechungen (infolge Krankheit, Ferien etc.). Aufgrund eines «Ausreissers» bei den Erfolgreichen werden die Resultate nachfolgend auf der Patienten-Ebene dargestellt, um die Ergebnisse besser nachvollziehen zu können.

Tabelle 8. Termin-Compliance der Patientinnen und Patienten

	Patient/-in	Terminabsage	Nicht erscheinen	Nicht erreichbar	Terminklärung /-verschiebung	Unterbrechung	Total pro Patient/-in
Erfolgreiche (n6)	B	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	E	0	0	0	1	0	1
	G	0	0	0	0	0	0
	H	3	3	3	2	0	11
	I	0	0	0	0	3	3
	Total	3	3	3	3	3	15
Nicht-Erfolgreiche (n4)	A	0	0	4	1	1*	5
	C	0	2	0	0	0	2
	F	3	2	2	2	0	9
	K	0	0	1	1	1*	2
	Total	3	4	7	4	2*	18

**Diese Termine wurden durch die Sozialarbeitenden infolge Krankheit bzw. Ferienabwesenheit verschoben und daher beim Total nicht mit eingerechnet.*

Die Termintreue war bei den Erfolgreichen ausgesprochen hoch, mit einer Ausnahme: 11 der 15 Terminschwierigkeiten waren auf eine einzige Person zurückzuführen. Bei den anderen Patientinnen und Patienten wurde einzig eine Terminverschiebung sowie drei Unterbrechungen infolge einer längeren Krankheitsperiode notiert, niemand sagte einen Termin ab, erschien nicht zum Termin oder war nicht erreichbar.

Anders präsentierte sich das Bild bei den Nicht-Erfolgreichen, die alle Terminschwierigkeiten hatten. Eine Person sagte drei Termine ab, zwei Personen erschienen je zweimal nicht zum vereinbarten Termin, drei der vier Patientinnen und Patienten waren insgesamt sieben Mal nicht erreichbar und verschoben ihre Termine. Zu Unterbrechungen von Seiten der Patientinnen und Patienten kam es nicht.

In den Verlaufsberichten waren keine Schwierigkeiten in Bezug auf Unterbrechungen (Ferienabwesenheiten/Krankheiten) festzustellen. Gemäss Auskunft der Sozialarbeitenden führte dies zwar zu organisatorischen Problemen, hatte aber keine Auswirkung auf den Verlauf der poststationären Netzwerkkoordination.

Anhang H. Verlaufskurven der drei Subskalen des OQ-45

Der OQ-45 erfasst die allgemeine psychische Beeinträchtigung der Patientinnen und Patienten. Die Gesamtskala wurde auf S. 42 dargestellt und besprochen. Nachfolgend finden sich die Verlaufskurven der drei Subskalen Symptombelastung (SD), zwischenmenschliche Beziehungen (IR) und soziale Integration (SR).

OQ-45 Symptom Distress (SD) Score

In dieser Dimension des OQ-45 wird die Symptombelastung erfasst. Die Bandbreite umfasst Werte von 0 – 100, der Cut-off liegt bei ≥ 36 . Als reliabel wird eine Veränderung von 10 oder mehr Punkten erachtet. Je höher der Wert, je stärker die Belastung der Patientinnen und Patienten durch die Symptomatik.

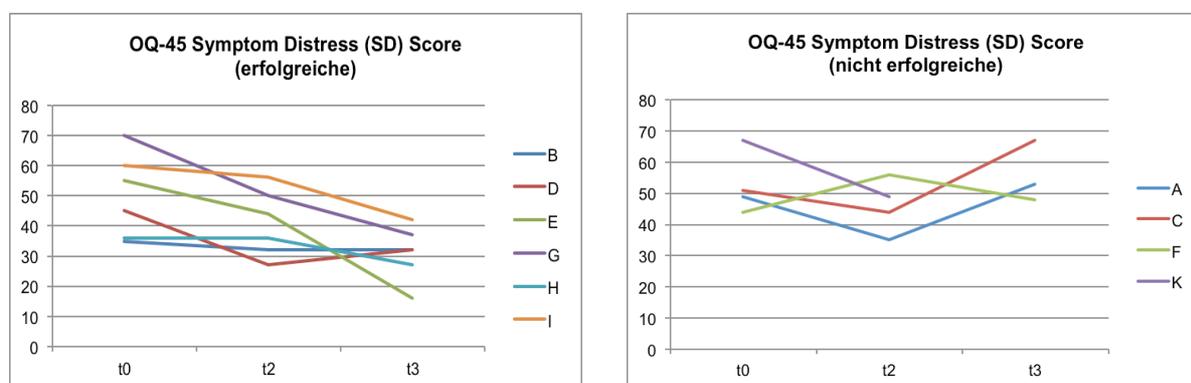


Abbildung 5. OQ-45: Entwicklung der erlebten Symptombelastung

Die erlebte Belastung durch die Symptomatik zeigte bei allen Erfolgreichen grundsätzlich eine abnehmende Tendenz. Während mit Ausnahme von Patient B bei allen Fällen der Wert bei t_0 über dem Cut-off Wert lagen (36 – 70), reduzierte sich die erlebte Symptombelastung bei der zweiten Messung (t_2) bei drei Patienten (D, E und G) deutlich um mehr als 10 Punkte (-11 bis -20). Die drei anderen Patienten (B, H und I) blieben weitgehend stabil. Patienten B und D lagen bei dieser Messung unterhalb des Cut-off Wertes (32). Bis zur abschliessenden Messung (t_3) setzte sich der positive Trend weitgehend fort, vier der sechs Fälle lagen bei Abschluss unterhalb des Cut-off Wertes (B 32, D 32, E 16, H 27). Die Werte der Patienten G (-13) und I (-14) reduzierten sich bis zur abschliessenden Messung ebenfalls deutlich, lagen aber noch leicht über dem Cut-off Wert (37 bzw. 42).

Ein anderes Bild zeigt sich bei den Nicht-Erfolgreichen. Von der ersten zur zweiten Messung zeigten sich bei den Patienten A (-14), C (-7) und K (-18) eine positiv, abnehmende Symptombelastung. Bei Patientin F stieg der Wert in dieser Messperiode um 12 Punkte an. Nach Abschluss der poststationären Netzwerkkoordination stiegen die Werte bei Patientin A (+ 18) und Patient C (+ 23) deutlich an, während sich der Wert bei Patientin F leicht reduzierte (- 8).

Anhang H. Verlaufskurven der drei Subskalen des OQ-45 (Fortsetzung)**OQ-45 Interpersonal Relations (IR) Score**

Bei dieser Dimension des OQ-45 werden mögliche Probleme in den zwischenmenschlichen Beziehungen erfasst (Beziehungsprobleme, Konflikte mit Anderen, Einsamkeit). Die Bandbreite bewegt sich von 0 – 44, der Cut-off Wert liegt bei ≥ 15 . Veränderungen von ≥ 8 werden als reliabel bewertet. Je höher der Wert, je grösser die Probleme. Ein tiefer Wert weist auf wenige oder fehlende zwischenmenschliche Probleme hin bzw. zeigt eine Zufriedenheit mit den bestehenden Beziehungen.

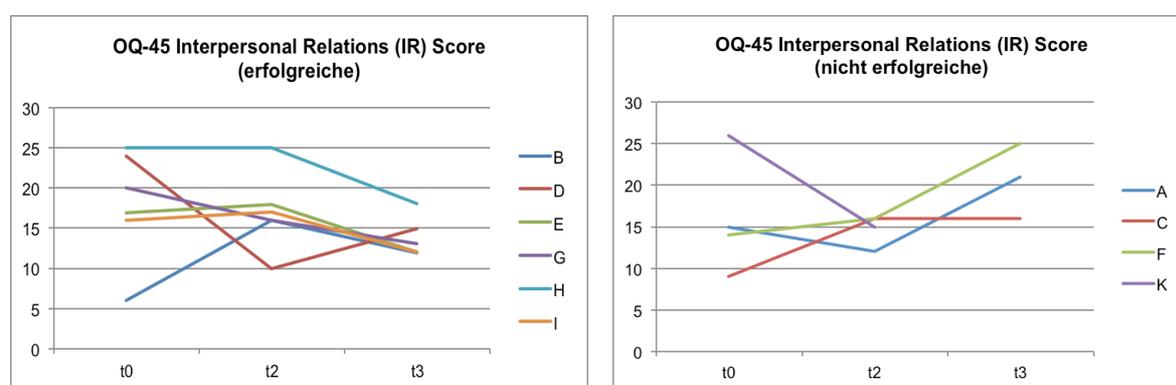


Abbildung 6. OQ-45: Veränderung der zwischenmenschlichen Beziehungen

Mit Ausnahme von Patient B (6) lagen bei allen Erfolgreichen die Werte bei der Eintrittsmessung (t_0) im klinisch relevanten Bereich (Range 16 – 25). Die Werte verbesserten sich bis zur Messung t_2 bei Patient D (-14) deutlich und bei Patient G (-4) kaum. Bei Patient B verschlechterte sich der Wert klar (+ 10), bei den Patienten E, H und I bleibt der Wert stabil. Mit Ausnahme von Patient D verbesserten sich die Werte bis zur Abschlussmessung bei allen Patientinnen und Patienten (-3 bis -7). Vier Patienten (B, E, G und I) lagen unterhalb des Cut-off Werts (Range 12 – 13), Patient D und Patientin H waren noch knapp im klinisch relevanten Bereich (15 bzw. 18).

Zwei der vier Nichterfolgreichen lagen bei der Eintrittsmessung unterhalb des Cut-off Wertes (C 9, F 14), Patientin A startete bei 15 Punkten, Patient K lag mit 26 Punkten deutlich im klinisch relevanten Bereich. Bei der zweiten Messung (t_2) wies Patient K eine reliable Veränderung aus (-11), die anderen Patienten verändern sich leicht (A -3, C +7, F +2). Bei dieser Erhebung lag nur Patientin A unterhalb des Cut-off Wertes. Während der Wert bei Patient C bei der Schlussmessung stabil blieb (16), verschlechterten sich die Werte von Patientin A und Patientin F deutlich (+ 9). Alle drei Patienten lagen beim Abschluss im klinisch relevanten Bereich (Range 16 – 25).

Anhang H. Verlaufskurven der drei Subskalen des OQ-45 (Fortsetzung)**OQ-45 Social Role (SR) Score**

Die dritte Dimension des OQ-45 erfasst die soziale Integration der Patientinnen und Patienten. Der Range liegt bei 0-36, der Cut-off Wert bei ≥ 12 . Eine Veränderung von ≥ 7 wird als reliabel bewertet. Hohe Werte weisen auf Schwierigkeiten in der sozialen Rolle hin, während tiefere Werte ein adäquates Rollenerleben darstellen. Da der Test insbesondere die Rolle im Arbeitsumfeld erfasst, können tiefe Werte auch in Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit stehen.

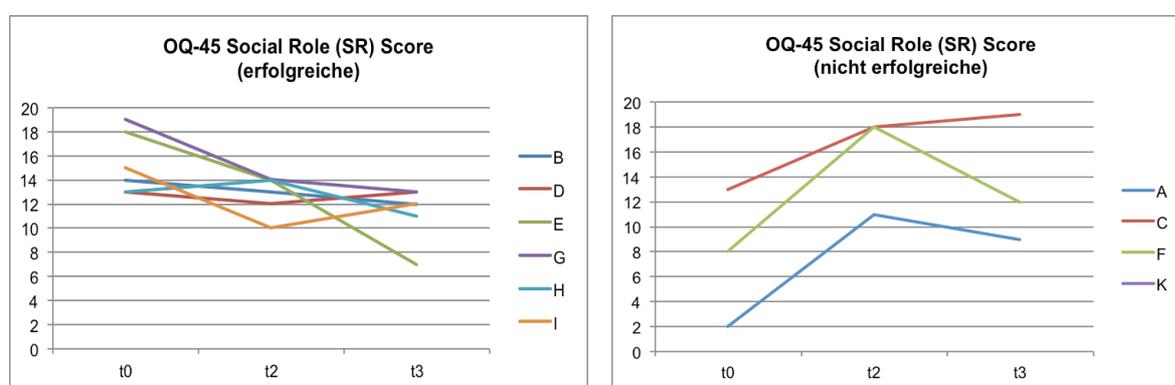


Abbildung 7. OQ-45: Entwicklung des Erlebens der sozialen Integration/sozialen Rolle

Bei der Eintrittsmessung lagen alle Erfolgreichen im klinisch relevanten Bereich (Range 13 – 19). Die Entwicklung verlief in der Tendenz positiv, mit Ausnahme von Patientin H (+1) verbessert sich die soziale Integration bei allen Patientinnen und Patienten bei der zweiten Messung, jedoch nur unwesentlich (Range -1 bis -5). Patientin I lag bei dieser Messung unterhalb des Cut-off Bereichs (10). Bei der letzten Messung verzeichnete Patient E eine reliable Verbesserung (-7), alle anderen Patienten blieben weitgehend stabil (Range -3 bis + 2). Patient E und Patientin H waren bei der Abschlussmessung unterhalb des Cut-off Werts (7 bzw. 11), die anderen vier Patienten lagen nahe beim Cut-off Wert (12 bzw. 13).

Patientin A wies bei der Eintrittsmessung einen sehr tiefen Wert aus (2), auch Patientin F lag mit 8 Punkten unterhalb des klinisch relevanten Bereichs. Die Patienten C und K waren knapp im klinisch relevanten Bereich (13 bzw. 12). Bei der zweiten Messung verschlechterten sich die Werte der Patientinnen A und F deutlich (+ 9 bzw. + 10), Patientin A war mit 11 Punkten jedoch noch unterhalb des Cut-off Bereich. Auch bei Patient C stieg der Wert an (+ 5), der Wert von Patient K fehlt. Bei der Abschlussmessung lag Patientin A unterhalb des Cut-off Werts (9), Patientin F reduzierte den Wert um 6 Punkte und lag mit 12 Punkten noch knapp im relevanten Bereich. Patient C blieb mit 19 Punkten (+ 1) stabil im klinisch relevanten Bereich.

Anhang I. Interviewleitfaden: Interview mit den Sozialarbeitenden**Interviewleitfaden Poststationäre Netzwerkkoordination****Masterarbeit Ursula Sutter****Erfolg- und Misserfolgskriterien der poststationären Netzwerkkoordination**

Einstieg

- Kontaktaufnahme
 - kurzes gegenseitiges Vorstellen
 - Erläuterung über Ziel und Zweck der Masterarbeit, in deren Zusammenhang das Interview durchgeführt wird
 - Angaben zum zeitlichen Rahmen (max. 45'), Sprache (Redesprache/Mundart)
 - Ablauf des Interviews (12 Fragen plus einige fallspezifische Klärungsfragen)
 - Einverständnis Aufnahme, Umgang mit Daten
-

Kurzinterview mit den Sozialarbeitenden

1. Diese Masterarbeit soll ja wenn möglich Schlüsselkriterien für den Erfolg oder Misserfolg der Netzwerkkoordination erkennen. Welche Faktoren sind aus deiner Sicht entscheidend für den Erfolg/Misserfolg in der Netzwerkkoordination bzw. für die Aktivierung des Netzwerkes?
2. Du hast ja gewisse Patient/-innen Verläufe der Netzwerkkoordination als „erfolgreich“, andere als „nicht erfolgreich“ bezeichnet. Wie hast du für dich Erfolg/Misserfolg in Bezug auf die Netzwerkkoordination definiert? Welche Merkmale waren für dich ausschlaggebend für diese Einteilung?
3. Gibt es frühzeitige Hinweise auf erfolgreiche bzw. nicht erfolgreiche Betreuungsverläufe?
4. Was denkst du hätte dazu beigetragen bzw. was hat gefehlt, dass nicht erfolgreiche Begleitungen erfolgreich hätten werden können? Was würden diese Patient/-innen sonst brauchen?
5. Lassen sich die Patientinnen/Patienten, deren Betreuungsverlauf gut/positiv verlaufen irgendwie beschreiben/charakterisieren?
6. Hattest du gefühlsmässig/aufgrund deiner Wahrnehmung den Eindruck, dass die Arbeit mit Suchtpatientinnen/-patienten weniger erfolgreich oder schwieriger war? Wenn ja, warum?
7. Was glaubst du, welche Rolle spielt die Person des Netzwerkkoordinators bei erfolgreichen/nicht erfolgreichen Betreuungsverläufen?
8. Wie würdest du die Beziehung zwischen Patientin/Patient und Netzwerkkoordinator/-in beschreiben?

Anhang I. Interviewleitfaden: Interview mit den Sozialarbeitenden (Fortsetzung)

9. Wenn Du heute neu starten würdest mit der Netzwerkkoordination, gibt es Dinge, die du anders machen würdest, als zu Beginn der Arbeit? Oder generell: was müsste/könnte man anders machen in der Netzwerkkoordination?
 10. Wie schätzt du den Anteil der sozialarbeiterischen Arbeit (Sachhilfe) im Vergleich zur Netzwerkkoordination ein (Skalafrage Sachhilfe – Netzwerkkoordination).
 11. Was möchtest du sonst noch sagen zum Projekt Netzwerkkoordination?
 12. Ergänzende ad-hoc Fragen, die sich im Gespräch ergeben.
-

Anhang K. Kodierleitfaden: Interviews mit den Sozialarbeitenden

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele
Schlüsselkriterien für den Erfolg/Misserfolg in der poststationären Netzwerkkoordination	Aussagen zu Merkmalen/Kriterien, die den Erfolg/Misserfolg beeinflussen.	(X) Also spontan „verhebt“ es, wenn man in Beziehung treten konnte, wenn man eine Beziehung hat aufbauen können. (Y) Für mich ein Kriterium, das dann einfach nicht poststationär ist, sondern auch stationär schon ist, ist, wenn Klienten befragt werden, motiviert werden für das Projekt und sie psychotisch sind.
Definition Erfolg	Diese Kategorie erfasst die individuelle Einschätzung der Sozialarbeitenden zu erfolgreicher Netzwerkkoordination.	(X) Ja, also, es ist wieder darum gegangen, dass man, wie kann man ein bisschen nachhaltig arbeiten auf der Beziehungsebene, dass da, dass sie eben aufs Mal in ein Beschäftigungsprogramm gegangen sind, was sie vorher nicht gegangen sind. Und dass man das hat beobachten können, dass das über kürzere Zeit auch „verhebt“. Ja, das sind Erfolge für mich. (Y) Also wenn ich das Gefühl, oder wenn wir sehen, dass ein Mensch ruhiger ist, dass er überlegter ist, dass der oder die Klientin sich besser konzentrieren kann, eine Tagesstruktur hat, die vertretbar ist. Oder dann eine Masse von Problemen nicht mehr so massenhaft ist, ehm, denke ich, dass ist Erfolg.
Definition Misserfolg	Hier wird die individuelle Beurteilung der Sozialarbeitenden zu nicht erfolgreicher Netzwerkkoordination festgehalten.	(X) Wenn ich die Leute aber eigentlich fast gleich dort habe stehen lassen müssen, wo ich sie übernommen habe, dann sind die also, also nicht erfolgreich. (Y) Nicht erfolgreich ist eine Verschlechterung, das ist, passt. Alles andere ist erfolgreich.
Hinweise auf den Erfolg/Misserfolg im Verlauf der Arbeit	Aussagen auf frühzeitige Hinweise, frühzeitiges Erkennen über die Entwicklung des Verlaufs der Netzwerkarbeit.	(X) Es ist vor allem bei Patienten gewesen, Boderliner. Und Suchtpatienten. Die schon lange in der Sucht waren, da wo sich zum Teil auch nicht krank gefühlt haben, und alle anderen sind krank, oder so. Dort, dort habe ich gedacht, oh nein.... das ist ganz ganz schwierig, ja. So ja, das ist es. (Y) Schwierig, schwierig. Die Zeit ist einfach zu kurz.
Fehlendes in der Netzwerkkoordination	Hinweise darauf, was für einen erfolgreichen Abschluss, für die Patientinnen/Patienten gefehlt hat.	(X) Und von der ZInEP Studie, so wie wir sie gemacht haben, ähm, finde ich, drei Monate ist viel zu knapp bemessen. Viele Male konnte ich erst richtig, oder hatte das Gefühl jetzt könnten wir anfangen zu arbeiten, dann musste ich sie abgeben. Und die Leute waren auch immer enttäuscht. Sie haben gesagt, was, ist es schon vorbei, äh, jetzt habe ich mich grad so schön an sie gewöhnt ... Und da habe ich bei vielen gedacht, wenn wir jetzt dran bleiben könnten, dann... (Y) ...wäre es besser gewesen oder einfach sagen, maximal sechs Monate. Gewisse hätten es länger benötigt, andere kürzer.
Charakterisierung/Typisierung der erfolgreichen Pat.	Aussagen über Persönlichkeitsmerkmale erfolgreicher Patientinnen und Patienten.	(X) Nein, so Kriterien gibt es nicht. (Y) Das ist eine ganz schwierige Frage. (...) Es gibt keine Gruppe, die mehr Chancen hat als andere.

Anhang K. Kodierleitfaden: Interviews mit den Sozialarbeitenden (Fortsetzung)

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele
Suchtpatientinnen und -patienten	Aussagen über die Arbeit mit Suchtpatientinnen und -Patienten.	<p>(X) Sie sind einfach so Substanzabhängig, dass sie wieder aussteigen, nicht schaffen, wie den Hebel umpolen, das ist relativ schwierig. Und bei den psychisch Kranken, da muss man den Hebel ja gar nicht finden, man muss sie eher motivieren, dass sie bessere Lebensqualität hätten, damit sie die Medikamente nehmen, oder. Ja, etwa so, das ist der Unterschied, ja (Dass man mit Medikamenten bei Suchtpatienten weniger bewirken kann).</p> <p>(Y) Also, ich habe ja zwei drei wo es dann parallel gelaufen ist, das ist erfolgreich gewesen. Was es braucht, ist Compliance, die Bereitschaft wirklich, oder die Einsicht, Selbsterkenntnis, so geht es nicht mehr weiter. Also wirklich merken, ich muss für mich jetzt etwas anderes machen, das geht so nicht mehr weiter. Dann besteht durchaus eine Chance.</p>
Rolle der Sozialarbeitenden	Aussage über Merkmale der Person des Sozialarbeitenden	<p>(X) Ja, das ist ganz eine wichtige Rolle. Ja, was für eine Person, wie sie kommuniziert, wie sie sich zeigt, wie sie nach aussen kommt. Ich bin ja jemand, der sehr ja direkt ist und auch mal etwas laut, oder auch Freude oder, ehm, ich nehme Anteil und ich denke, das, das ist schon etwas ganz wichtiges, ja. Ist anstrengend, aber ganz wichtig.</p> <p>(Y) (...) ..das ist so meine Meinung, du musst emotional, wie soll ich jetzt sagen, ich muss schwingungsfähig sein. (...) aber meine Grenzen behalten. Ganz klar ist, ich darf keinesfalls die Probleme des Klienten übernehmen. Mich mit diesen befassen ja, aber das ist eine Gefahr. Wenn man bei den Leuten zuhause ist, dann solidarisiert man sich noch mehr; ist ja gut. Aber noch mehr aufpassen.</p>
Beziehung Sozialarbeitende – Patientin/Patient	Beziehungsaufbau, -verlauf, Vertrauen.	<p>(X) Ich denke einfach einmal, da ist jemand, der sich interessiert, eh, der etwas „verhebt“, der trägt, das haben sie geschätzt. Und auch die, die eher vereinsamt gelebt haben, die haben angefangen Freude zu bekommen: „da kommt jede Woche mal jemand zu mir nach Hause. Ich muss nichts, der kommt einfach und fragt: wie geht’s und müssen wir etwas, oder was ist“.</p> <p>(Y) Beim Suchtpatient ist es so, dass er ehm, ich merke, dass der Suchtpatient wirklich vertrauen fassen konnte, wenn Rückfälle passieren und er es mir sagen konnte.</p>
Anteil sozialarbeiterische Hilfestellung : Netzwerkkoordination	Aussagen zum Zeitaufwand Netzwerkkoordination - sozialarbeiterische Hilfestellung (Skalafrage).	<p>(X) Die Hauptarbeit war die Netzwerkkoordination (...) schon etwa 70 % war Netzwerk. Und der sozialarbeiterische Teil, vielleicht, ja, 70 zu 30. Es hat schon ein paar wenige gegeben, bei denen man noch etwas überprüfen musste oder klären oder so, aber der grösste Teil, 70 % sicher, war Netzwerkarbeit.</p> <p>(Y) Da habe ich ein Problem, weil ich das nicht so auseinandernehme. (...) Also, ich denke nicht so strukturiert. Mein Fehler. Möglich. Aber ich ticke so. Es ist so, ich schaue meine Arbeit nicht so fächliweise an, sondern ich sehe einfach, dass ich Lebensberatung mache.</p>

Anhang K. Kodierleitfaden: Interviews mit den Sozialarbeitenden (Fortsetzung)

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele
Netzwerkpilot	Informationen zur Aktivierung eines Netzwerkpiloten.	<p>(X) Ja, und die Idee wäre gewesen auch, also wenn es jetzt die Kioskfrau wäre, dass wir wie den Support machen, ehm, ihr erklären, warum der nicht aufhört schwatzen zum Beispiel. Der ist wohl sympathisch und alles. Und ihr wie auch Handwerkszeug in die Hände geben könnten, wie kann man ihn unterbrechen. Oder einfach, Hilfe anbieten, so. Ehm, und ich habe, ich vergesse den Pantucek nicht, es ist eine sackgute Idee. (...) Aber er hat uns auch gewarnt und uns gesagt, in drei Monaten.., er habe, also er hat nicht gerade gesagt, das scheitert, aber er hat einfach so ein wenig ... gesagt es würde schwierig. Ja. Das brauche viel Zeit.</p> <p>(Y) Ja. Also, wenn dann ist einfach das Beziehungsnetz nicht geeignet und fällt weg, oder dann ist es so, dass dann der Klient einfach die Bereitschaft nicht mehr dazu hat. Und das einfach lieber unter vier Augen gelöst haben will.</p>
Kritik an der Netzwerkkoordination	Allgemeine Aussagen und Wünsche zur Arbeit in der poststationären Netzwerkkoordination.	<p>(X) Oder man müsste es so ein bisschen ausweiten können. So viele Kriterien braucht es ja, natürlich, aber wie auch sagen, wir sind nicht so steif an diesen Kriterien, wenn wir wie finden, okay, der ist jetzt halt schon das dritte Mal in der Klinik innerhalb von den zwei Jahren oder so, aber da finden wir jetzt wirklich, da packen wir zu.</p> <p>(Y) Also rein die von der Administration (...) ist eigentlich eine Checkliste gewesen, die am Anfang nicht als, mehr wirklich als Checkliste gedacht war, und dann nachher musste es immer genauer aufgeschrieben werden, wo ich fand, was schreibst du wo, wie ist das usw. Es gibt ganz andere Situationen, die da gar nicht drin sind usw. und das ist etwas schade und das würde ich heute anders gestalten.</p>
Zufriedenheit mit der Netzwerkkoordination der Patientinnen, des Patienten aus Sicht der Sozialarbeitenden.	Aussagen darüber, was Patientinnen und Patienten bei der poststationären Netzwerkkoordination geschätzt haben.	<p>(X) Ja, dass wenn ich, wenn ich sage, am Mittwoch habt ihr Austritt auf Akut, ich komme am anderen Montag oder Dienstag bereits zu ihnen nach Hause, oder schon am Donnerstag, gerade nachher. Das hat ihnen Sicherheit gegeben und Halt, und das haben viele auch formuliert. Ja, und „sie, es geht mir im Fall nicht so gut und ich hätte nicht gedacht, dass es so einfährt und so“.</p> <p>(Y) Die Rückmeldungen bei den, wenn jemand mir nach einem Jahr einen Gruss ausrichten lässt von der Assessorin, ist das das Zeichen, dass da etwas gegangen ist.</p>
Compliance	Erleben der Compliance der Patientinnen und Patienten.	<p>(X) Eigentlich muss man ihnen ein Kompliment machen. Da kommt ein wildfremder Mensch und sie müssen auf den sich einlassen. Aber im Grossen und Ganzen, sie lassen es wirklich zu, sie sind offen. Erstaunlich. Da hätte man mit mehr Widerstand rechnen können.</p> <p>(Y) Ja, also, wenn ich sagen muss, man hätte mehr erreichen können, es wäre mehr drin gewesen, aber wenn der Klient die Hand nicht gibt dafür, ist das, er hat soviel gewollt, und soviel hat er bekommen, und das ist auch Erfolg.</p>

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: