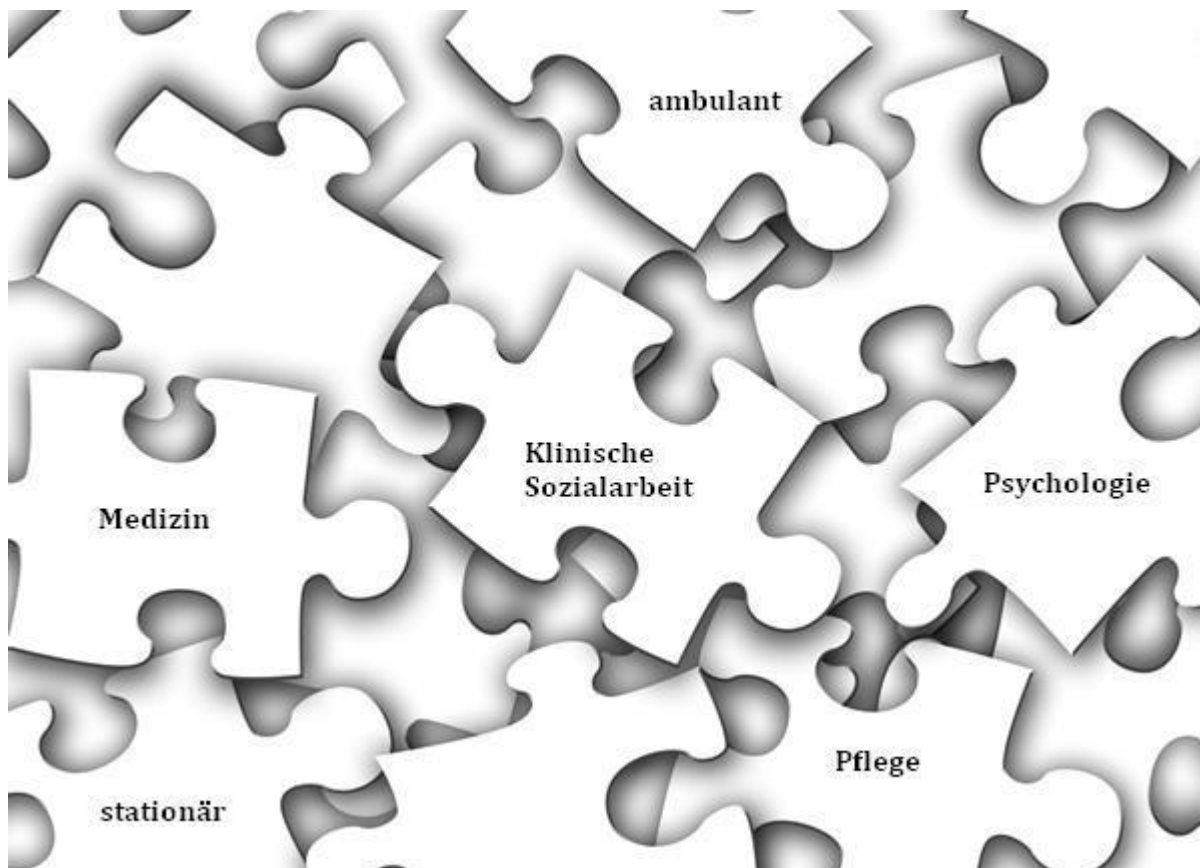


KLINISCHE SOZIALARBEIT IN DER SCHWEIZ

METHODISCHE ANSÄTZE IM SUCHTBEREICH



Bachelorarbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

von Angelika Breschan und Christina Boog

Bachelorarbeit
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**
Kurs **TZ 2005 - 2010**

Angelika Breschan
Christina Boog

Klinische Sozialarbeit in der Schweiz

Methodische Ansätze im Suchtbereich

Diese Bachelorarbeit wurde eingereicht im Januar 2010 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelorarbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelorarbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomantinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelorarbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2010

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Wenn immer mehr KlientInnen der Sozialarbeit gesundheitlich und psychisch erkranken, ist eine Beratung und Unterstützung durch Sozialarbeitende gefordert, die einem bio-psycho-sozialen Verständnis von Gesundheit, Störung und Krankheit entspricht. Die Berücksichtigung aller drei Faktoren gründet auf einem systemischen Denkansatz. Mit besonderem Fokus auf die soziale Dimension handelt Klinische Sozialarbeit lebensweltorientiert. Sie bietet soziale Unterstützung, um eine schwer erreichbare Klientel durch ihre Niederschwelligkeit adäquat begleiten zu können. Klinische Sozialarbeit weist eine Reihe von Merkmalen auf, die sie gegenüber der Sozialarbeit spezialisieren. Es kann von einem ‚Plus‘ gesprochen werden, wenn klinisch Sozialarbeitende mit ihrem ganzheitlichen Blick und zusätzlichen Wissen aus den Disziplinen Medizin und Psychologie ihre Klientel behandeln. Seit 2003 gilt Klinische Sozialarbeit in Deutschland als Fachsozialarbeit.

Die Autorinnen gehen in dieser Forschungsarbeit den Fragen nach, worum es in der Theorie Klinischer Sozialarbeit geht, auf welchen Konzepten und Modellen sie gründet und mit welchen Methoden sie handelt. Anhand von Leitfadeninterviews wurden sieben Sozialarbeitende aus Institutionen im Suchtbereich zu ihrer Arbeitsweise befragt und daraus abgeleitet, ob in der Schweiz bereits Klinische Sozialarbeit geleistet wird. Die Forschung ergab, dass Konzepte, Modelle und Methoden Klinischer Sozialarbeit in der Praxis ansatzweise zu finden sind. Weiter zeigte sich, dass Klinische Sozialarbeit gerade im Suchtbereich mit ihrer Haltung, ihrem Wissen und Können besondere Beachtung und Verbreitung verdient.

Inhaltsverzeichnis

ABSTRACT	1
TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS	5
VORWORT	7
MOTIVATION	7
DANK.....	8
1 EINLEITUNG	10
1.1 AUFBAU DER ARBEIT	10
1.2 ADRESSATINNEN.....	11
1.3 ZIEL.....	11
1.4 AUSGANGSLAGE.....	11
1.4.1 DIE BEGRIFFE „GESUNDHEIT“ UND „KRANKHEIT“	12
1.4.2 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SOZIALER BENACHTEILIGUNG UND KRANKHEITSRISIKO.....	14
1.5 AKTUELLER STAND DER FACHDISKUSSION.....	15
1.5.1 EIN KURZER RÜCKBLICK.....	15
1.5.2 HEUTIGER STAND UND AUSBLICK.....	16
1.6 HYPOTHESEN UND FRAGESTELLUNGEN	17
1.7 BERUFSRELEVANZ.....	18
1.7.1 GRÜNDE FÜR EINE SPEZIALISIERUNG.....	19
1.7.2 WOZU EINE FACHSOZIALARBEIT?	20
2 KLINISCHE SOZIALARBEIT – WORUM GEHT ES?.....	23
2.1 GEGENSTAND KLINISCHER SOZIALARBEIT	23
2.1.1 DIFFERENZIERUNG ZWISCHEN KLINISCHER SOZIALARBEIT UND KLINIKSOZIALARBEIT	23
2.1.2 DEFINITIONEN KLINISCHER SOZIALARBEIT	25
2.1.3 TÄTIGKEITSFELDER UND ZIELGRUPPE.....	26
2.1.4 AUFGABEN UND ZIELE KLINISCHER SOZIALARBEIT	27
2.1.5 ABGRENZUNG ZU ANDEREN BERUFSGRUPPEN.....	29
2.1.6 DAS ‚PLUS‘ KLINISCHER SOZIALARBEIT.....	30
2.2 KONZEPTE UND MODELLE.....	32
2.2.1 DAS BIO-PSYCHO-SOZIALE KRANKHEITSMODELL	32
2.2.2 DAS SALUTOGENESE KONZEPT	36
2.2.3 DAS KONZEPT DER PERSON-IN-DER-SITUATION/PERSON-IN-ENVIRONMENT	38
2.2.4 DAS KONZEPT DER SOZIALEN UNTERSTÜTZUNG	40
2.2.5 PSYCHOSOZIALE BEHANDLUNG	41

2.3	METHODEN	42
2.3.1	PSYCHOSOZIALE BERATUNG	43
2.3.2	SOZIALE DIAGNOSE.....	45
2.3.3	SOZIALE THERAPIE.....	47
2.3.4	PSYCHOSOZIALE REHABILITATION	48
2.3.5	PSYCHOEDUKATION UND ANGEHÖRIGENARBEIT	49
2.3.6	NETZWERKARBEIT/CASE MANAGEMENT	51
2.3.7	INTERDISZIPLINÄRE TEAMARBEIT	52
2.3.8	KRISENINTERVENTION	53
2.3.9	WIRKFAKTOREN METHODISCHEN HANDELNS	54
2.4	PERSÖNLICHE STELLUNGNAHME ZUR KLINISCHEN SOZIALARBEIT.....	56
3	METHODISCHES VORGEHEN	59
3.1	FORSCHUNGSTHEMA.....	59
3.2	SAMPLING	59
3.2.1	FORSCHUNG IM SUCHTBEREICH	59
3.2.2	BEGRÜNDUNG FÜR DIE STICHPROBENWAHL	60
3.3	DATENERHEBUNG	61
3.3.1	LEITFADENINTERVIEWS	61
3.3.2	BEGRÜNDUNG DER METHODENWAHL	62
3.4	DATENAUSWERTUNG	62
4	ERGEBNISSE UND INTERPRETATION	65
4.1	FORSCHUNGSERGEBNISSE.....	65
4.1.1	FACHWISSEN UND IDENTITÄT.....	65
4.1.2	ZIELGRUPPE, AUFGABEN, ZIELE UND ROLLEN.....	66
4.1.3	KONZEPTE UND MODELLE	67
4.1.4	METHODEN	68
4.1.5	WIRKFAKTOREN, EVALUATION UND OPTIMIERUNGSWÜNSCHE	72
4.1.6	BEKANNTHEIT KLINISCHER SOZIALARBEIT.....	74
4.2	INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	74
4.2.1	FACHWISSEN UND IDENTITÄT.....	74
4.2.2	ZIELGRUPPE, AUFGABEN, ZIELE UND ROLLEN.....	75
4.2.3	KONZEPTE UND MODELLE	76
4.2.4	PSYCHOSOZIALE BERATUNG	77
4.2.5	SOZIALE DIAGNOSE.....	78
4.2.6	SOZIALE THERAPIE.....	78
4.2.7	PSYCHOSOZIALE REHABILITATION	79
4.2.8	PSYCHOEDUKATION UND ANGEHÖRIGENARBEIT	80

4.2.9 NETZWERKARBEIT/CASE MANAGEMENT	80
4.2.10 INTERDISZIPLINÄRE TEAMARBEIT	81
4.2.11 KRISENINTERVENTION	82
4.2.12 WIRKFAKTOREN, EVALUATION UND OPTIMIERUNGSWÜNSCHE.....	82
4.3 PERSÖNLICHE STELLUNGNAHME ZUR FORSCHUNG.....	84
4.3.1 ERFOLGE.....	84
4.3.2 SCHWIERIGKEITEN UND FEHLERQUELLEN	84
5 SCHLUSSFOLGERUNGEN	87
5.1 BEANTWORTUNG DER HYPOTHESEN UND FRAGESTELLUNGEN	87
5.2 FOLGERUNGEN FÜR DIE BERUFLICHE PRAXIS DER SOZIALARBEIT	90
5.3 AUSBLICK	92
QUELLENVERZEICHNIS	95
ANHANG.....	101
ANHANG A - KATEGORIEN	102
ANHANG B - LEITFADEN.....	105
ANHANG C - MASTERSTUDIENGANG KLINISCHE SOZIALARBEIT	107

Die gesamte Arbeit wurde von beiden Studentinnen gemeinsam verfasst.

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tab. 1: Übersicht der befragten Institutionen	S.60
Abb. 1: Kontinuum (Darstellung der Autorinnen)	S.13
Abb. 2: Das bio-psycho-soziales Krankheitsmodell	S.34
Abb. 3: Ab- und Aufwärtseffekte im somato[bio]-psycho-sozialen Modell	S.35
Abb. 4: Kohärenzgefühl	S.37
Abb. 5: Der Einfluss der Person auf die Beziehung von Umwelt und Verhalten	S.39
Abb. 6: Auswertungsschritte	S.63
Abb. 7: Themen in den Beratungsgesprächen	S.66
Abb. 8: Wirkfaktoren in der Arbeit	S.73

VORWORT

Vorwort

Im Vorwort lassen die Autorinnen ihre Motivation für das Verfassen dieser Bachelorarbeit erkennen und bringen ihre Dankbarkeit denjenigen Personen zum Ausdruck, die sie dabei unterstützten, die Arbeit in dieser Form präsentieren zu können.

Motivation

Das Thema „Klinische Sozialarbeit“ ist für mich (Angelika Breschan) die Antwort auf meine Fragen, die ich mir seit dem Praktikum als Sozialarbeiterin in der Psychiatrie, Abteilung legale und illegale Süchte, gestellt hatte. Meine Erfahrungen als Administratorin einer Amtsvormundschaft, also im Bereich gesetzlicher Sozialarbeit, waren für den Entscheid, das Praktikum in einer Psychiatrischen Klinik zu absolvieren, auslösend. Was ich dort gesehen und gelernt habe, liess mich Vieles hinterfragen. Zum Beispiel ‚Wo fängt Sozialarbeit an, wo hört sie auf? Wieviel Sozialarbeit ist genug, wie viel zu wenig? Was wirkt und wenn dann eine Wirkung zu sehen oder spüren ist, warum wirkt es?‘ Die Arbeit in einem interdisziplinären Team und die Erfahrung, wie Ärzte und Ärztinnen mit Sozialarbeitenden umgehen, haben mich geformt. Die Auseinandersetzung mit den Grundlagen Klinischer Sozialarbeit half mir, die Antworten zu erhalten, die meine Erfahrungen bestätigten. Klinische Sozialarbeit ist von genau der Haltung geprägt, wie ich Sozialarbeit sehe: Ganzheitlich. Unter Berücksichtigung, dass Menschen eben ‚Menschen‘ sind, die mit all ihren Sorgen und Nöten, Krankheiten und Süchten *mehr* sind, als nur Kranke und Süchtige. Dass sie irgendwo leben oder zu überleben versuchen, Sinn suchen und dabei manchmal unsinnig handeln. Dass sie oft unbeabsichtigt in prekäre Situationen geraten und Auswege suchen. Die Menschen, die ich kennen lernte und denen ich nun auch bei meiner heutigen Arbeit in der Ausrichtung wirtschaftlicher Hilfe begegne, versuchen häufig, das Beste aus ihrer Situation zu machen. Sie suchen für ihr Problem eine Lösung und häufig gelingt ihnen die Lösung nicht oder nicht wirklich, da sie keine oder keine geeigneten Bewältigungsstrategien (kennen-)gelernt haben. Oft verstehen sie auch Hintergründe und/oder Zusammenhänge ihres Verhaltens nicht und können diese nicht deuten. Ihr Verhalten dahingehend zu beeinflussen, ihnen aufzuzeigen, wie sie Veränderungen vornehmen können, sie aber auch mit all ihren Widersprüchlichkeiten manchmal einfach nur zu ertragen, ist mit Klinischer Sozialarbeit möglich – mit ihrer Haltung und ihren Methoden – nicht nur für KlientInnen und PatientInnen, sondern auch für mich als Sozialarbeiterin. Diese Selbsterfahrung und Selbstreflexion bewiesen mir, dass Klinische Sozialarbeit auch ein Geben und Nehmen ist, ein gegenseitiges Wachsen an und in Situationen, die besser gelöst werden wollen.

Meine Motivation, die Bachelorarbeit zu diesem Thema zu schreiben, war nebst meinen Erfahrungen vor allem, Klinische Sozialarbeit bekannter zu machen und andere Sozialarbeitende, aber auch Personen in führenden Positionen sozialer Institutionen für diese Fachsozialarbeit sensibler zu machen und Möglichkeit zu bieten, das ‚Plus‘ bzw. den ‚Mehrwert‘ einer Spezialisierung nachzuvollziehen.

Ich (Christina Boog) habe aus meinem Berufsleben keine vergleichbaren Erfahrungen machen können, war aber sofort begeistert und motiviert, als Angelika Breschan und ich nach einem gemeinsamen Gespräch zum Schluss kamen, zum Thema „Klinische Sozialarbeit“ zu schreiben. Aus meinen persönlichen Erfahrungen im Praktikum habe ich die Notwendigkeit einer umfassenden Sozialarbeit gesehen und könnte mir vorstellen, später im Bereich Klinischer Sozialarbeit zu arbeiten. Das Wissen zu haben, wie Menschen ‚funktionieren‘, dieses dann aber auch bewusst in der Arbeit anzuwenden, muss gelernt und erfahren werden. In diesem Sinne hat mir die Arbeit und Forschung zu diesem Thema wirklich Freude gemacht und mich viel über Theorie und Praxis erfahren lassen. Die Interviews gaben mir einen Einblick in gelebte Sozialarbeit und bestätigten meinen Wunsch, mich im Bereich Klinischer Sozialarbeit zu engagieren.

Dank

Wir danken allen Personen herzlich, die uns beim Forschen und Schreiben dieser Arbeit unterstützt und inspiriert haben. Besonderen Dank möchten wir den Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen aussprechen, die sich die Zeit nahmen, um uns einen Blick in ihre vielseitige und spannende Arbeit zu ermöglichen. Ihre Offenheit und Wohlwollen, unsere Fragen zu beantworten, hat uns sehr motiviert. Weiter geht ein grosses Dankeschön an alle Fachpersonen, Dozierenden und LektorInnen für ihre Unterstützung sowie ihr Engagement.

1. KAPITEL

EINLEITUNG

1 Einleitung

Die Bachelorarbeit beginnt mit dem Aufbau der Arbeit, zeigt dann auf, an wen sie sich in erster Linie richtet und was sie für ein Ziel verfolgt und geht schliesslich in die Ausgangslage über. In der Ausgangslage sollen zuerst die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ geklärt werden. Dann wird ein Blick auf den wichtigen Zusammenhang von Gesundheit und Krankheit im Alltag der KlientInnen der Sozialarbeit geworfen sowie die Verkettung von sozialer Benachteiligung und erhöhtem Krankheitsrisiko aufgezeigt. Zum aktuellen Stand der Fachdiskussion wird erst ein kurzer Rückblick in die Geschichte der Klinischen Sozialarbeit getätigt sowie darauf, was bis heute erreicht wurde. Auf dieser Basis gründen die Hypothesen und die Fragestellungen, welche dann durch die im Kapitel 4 beschriebene Forschung verifiziert oder falsifiziert bzw. beantwortet werden. Das Kapitel „Berufsrelevanz“ vermittelt einen kurzen Einblick in die Diskussion über die Notwendigkeit einer Fachsozialarbeit.

1.1 Aufbau der Arbeit

Der Aufbau der Arbeit ist durch zwei markante Teile erkennbar. Es handelt sich um einen Theorie- und um einen Forschungsteil. Im ersten Teil (Kapitel 1.4 bis 2.3.9) werden die wichtigsten Grundlagen Klinischer Sozialarbeit erörtert. Dabei wird zuerst dargelegt, wie die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ verstanden werden, wie diese sozial benachteiligte Menschen beeinflussen und wie Klinische Sozialarbeit definiert wird. Den Autorinnen ist es wichtig zu betonen, dass es bei der Beschreibung der Konzepte und Modelle (Kapitel 2.2) sowie der Methoden (Kapitel 2.3) darum geht, einen Einblick in diese Fachsozialarbeit zu geben, sowie das ‚Plus‘ dieser spezialisierten Sozialarbeit aufzuzeigen. Der in den Kapiteln 1 und 2 beschriebene Theorieteil soll ermöglichen, die anschliessende Forschung in Bezug auf die Fragestellungen nachzuvollziehen.

Im zweiten Teil (Kapitel 3 und 4) wird die Forschungsarbeit beschrieben, d.h. mit welchen Methoden gearbeitet wurde und zu welchen Ergebnissen die Forschung führte. Die Interpretation der Ergebnisse leitet schliesslich zu den Schlussfolgerungen und dem Ausblick (Kapitel 5) über.

1.2 AdressatInnen

Die Bachelorarbeit richtet sich an Sozialarbeitende im Gesundheitsbereich und andere interessierte Fachpersonen der Sozialen Arbeit. Sie soll aber auch weiteren Personen, die im Bereich Gesundheit arbeiten, einen Einblick zum Thema „Klinische Sozialarbeit“ gewähren.

1.3 Ziel

Beiden Autorinnen war der Begriff „Klinische Sozialarbeit“ nicht bekannt. Mit der Auseinandersetzung zum Thema wurde das Interesse für diese spezialisierte Sozialarbeit geweckt. Das Ziel der Bachelorarbeit besteht darin, Klinische Sozialarbeit bekannter zu machen und aufzuzeigen, inwiefern Institutionen im Bereich „Sucht“ heute bereits klinisch arbeiten. Angesichts der immer komplexer werdenden Situationen von KlientInnen, die in der täglichen Sozialarbeit zu unterstützen und zu bewältigen sind, helfen die Erkenntnisse dieser Fachsozialarbeit, adäquater mit Problemen umzugehen. Mit Komplexität der Situationen ist gemeint, dass bei der Bearbeitung von Problemen der KlientInnen häufig nicht nur ein Thema berücksichtigt werden darf. Wenn beispielsweise der Arbeitsplatz aufgrund von Mobbing verloren ging und dadurch finanzielle Schwierigkeiten entstehen, sind es nicht lediglich diese Umstände, die in der Beratung berücksichtigt werden sollen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass im psychischen Erleben der Person Verletzungen stattgefunden haben, die von aussen nicht auf den ersten Blick wahrnehmbar sind. Die Berücksichtigung mehrerer Faktoren – im erwähnten Beispiel auf die sozialen Auswirkungen gesundheitlicher Folgen wegen psychischer Belastungen – ist eines der Merkmale, die Klinische Sozialarbeit auszeichnen. Das ‚Plus‘ an Wissen über Hintergründe und Zusammenhänge der Person in ihrer Umwelt ist für die Arbeit mit KlientInnen ebenso hilfreich wie für Sozialarbeitende, die mit komplexen Fällen konfrontiert werden und sich mit Hilfe der Methoden Klinischer Sozialarbeit einen Behandlungsplan zurechtlegen können.

1.4 Ausgangslage

In der Ausgangslage werden als erstes die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ näher erläutert. Im Anschluss wird der wichtige Zusammenhang von sozialer Benachteiligung und erhöhtem Krankheitsrisiko beschrieben, der unter anderem die Grundlage für das bio-psycho-soziale Verständnis (siehe Kapitel 2.2.1) von Gesundheit und Krankheit bildet.

1.4.1 Die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“

Da Klinische Sozialarbeit gemäss Brigitte Geissler-Piltz, Albert Mühlum und Helmut Pauls (2005) den Fokus auf die bio-psycho-soziale Gesundheit richtet und als Fachdisziplin im Gesundheits- und Sozialwesen gesehen wird (S. 12-13), ist es hilfreich, sich über die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ ein Bild zu machen, resp. sich zu fragen, was Gesundheit ist, was Krankheit ist und was darunter verstanden wird. Ist Gesundheit bloss Abwesenheit von Krankheit oder „Ist Gesundheit die Summe aller Krankheiten, die man nicht hat“ wie Gerhard Uhlenbruck (zit. in Martin Hafen, 2006, S.6) es ausdrückt?

Martin Hafen (2006) beschreibt den Begriff der Gesundheit, wie ihn beispielsweise die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1986 definiert, als wenig hilfreich, da sie Gesundheit als einen Zustand umfassenden Wohlbefindens sowohl in körperlicher, psychischer als auch sozialer Hinsicht darstellt. Seine Argumentation beinhaltet, dass mit der Fokussierung auf ‚Wohlbefinden‘ der Gesundheitsbegriff vollständig individualisiert wird, was die Erarbeitung von Massnahmen zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit erschwert. Weiter lässt sich Wohlbefinden nicht bestimmen, wenn keine Vorstellung davon vorhanden ist, wovon es sich unterscheidet. (Hafen, 2006, S.5) Im Gegensatz dazu lässt sich Nicht-Wohlbefinden oder Krankheit sehr gut anhand von Symptomen erklären. Gesundheit dagegen ist eher ein Prozess und hat keine klaren Symptome wie Krankheiten. Zudem ist auch entscheidend, wie Gesundheit in der Gesellschaft, in der wir leben, konstruiert wird. Gesundheit und Krankheit sollen niemals isoliert betrachtet werden, sondern als eine Differenz zur Nicht-Gesundheit resp. Nicht-Krankheit. (Hafen, 2007a, S.39) Dazu bemerkt Hafen (2007a) weiter, dass dies nicht zu bedeuten habe, Nicht-Krankheit sei zwangsläufig gleich Gesundheit. Dies hänge immer von der Beobachtung ab und davon, welche Bedeutung eine Person der Gesundheit gibt. (S.39, Fussnote)

Weiter geht es auch darum, welche Einflussfaktoren auf die Gesundheit wirken, was zum Konzept der Salutogenese (siehe Kapitel 2.2.2) führt. Zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit bedient sich Hafen (2007a) dem Modell des Kontinuums, das von Aaron Antonovsky in Zusammenhang mit der Salutogenese entwickelt wurde. Dahinter steht die Feststellung, dass weder Gesundheit noch Krankheit als absoluter Zustand zu sehen sind, sondern sich wechselseitig bedingen (S.58). Das Bild des Kontinuums (siehe Abb. 1) symbolisiert das Verhältnis von Gesundheit und Krankheit. Die Positionierung eines Menschen auf diesem Kontinuum verändert sich, wenn seine Gesundheit durch Krankheit beeinflusst wird, resp. Krankheiten verschwinden. Hafen (2007b) bezeichnet Faktoren, die vor Krankheiten schützen, als Schutzfaktoren bzw. Widerstandsressourcen. Als Stressoren versteht er Umwelteinflüsse, die auf die Gesundheit belastend wirken können (S.98). Gemäss Karlheinz Ortmann und Dieter Röh

(2008) ist seit langem bekannt, dass Gesundheit und Krankheit in hohem Masse durch soziale Faktoren (z.B. Freunde, Familie, Armut, Isolation, etc.) beeinflusst werden (S.10). Soziale Faktoren können demnach sowohl als Widerstandsressourcen als auch als Stressoren auftreten.

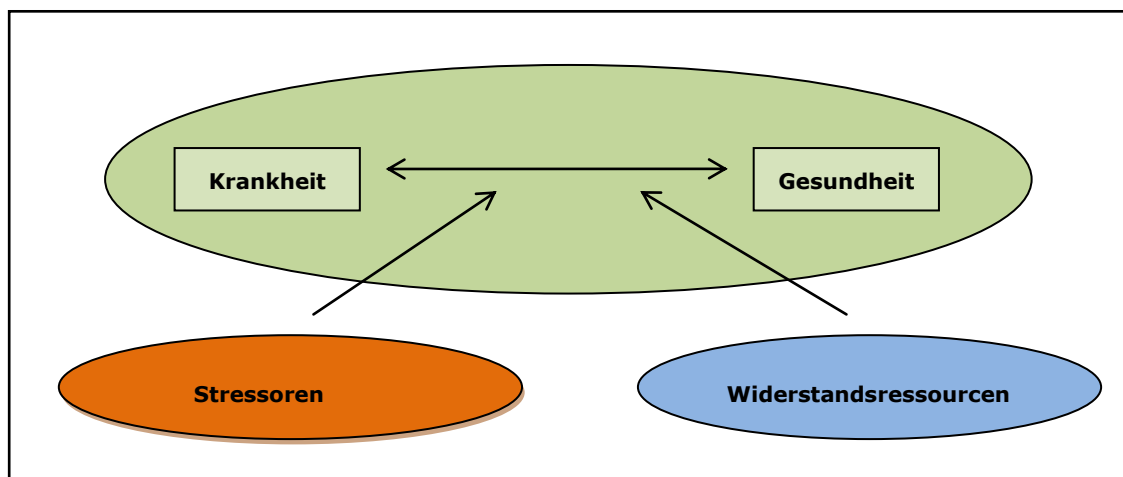


Abb. 1: Kontinuum (Darstellung der Autorinnen)

Felix Wettstein (2008) stellt dem Kontinuum, bei dem sich Menschen von einer Belastung (Krankheit) weg hin zu mehr Gesundheit bewegen, das Modell der Unabhängigkeit von Gesundheit und Krankheit gegenüber. Beim Unabhängigkeitsmodell lassen sich Gesundheit und Krankheit im Gegensatz zum Kontinuum unabhängig voneinander betrachten:

Ein Ausbau an Gesundheit lässt sich auch bei gleich bleibender Belastung erreichen. Die Vermehrung von Gesundheit kann auch dann ein erstrebenswertes Ziel sein, wenn gar keine Gefährdung oder Belastung vorliegt. Umgekehrt ist eine Reduktion von Gefährdung für sich gesehen eine lohnende Perspektive, auch wenn dabei keine gesund erhaltenden Faktoren ausgebaut werden. (S.43)

In dieser Arbeit werden die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ so verstanden und verwendet, wie es Hafén (2007a) in Anlehnung an Antonovsky formuliert hat, nämlich als kein absoluter Zustand, sondern als Kontinuum, in dem sich Gesundheit und Krankheit wechselseitig bedingen und von verschiedenen physischen, psychischen und sozialen Faktoren beeinflusst werden (S.98).

Wie bereits erwähnt, haben neben den physischen und psychischen Faktoren auch soziale Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf Gesundheit bzw. Krankheit. Dies soll anhand einer Analyse des US-amerikanischen Center for Disease Control (CDC) veranschaulicht werden. Gemäss dieser Analyse sind zu 50% die Lebensweisen, 20% die biologische Prädisposition, zu 20% die Umwelt (physische, chemische) und zu 10% Krankheiten für vorzeitige Sterblichkeit verantwortlich. (CDC 1984, zit. in Horst R. Noack, 1994)

Diese Erkenntnis ist interessant und es fragt sich weiter, warum zu 50% die Lebensweisen Ursache vorzeitiger Sterblichkeit sind. Dies kann anhand einer Veröffentlichung der WHO (2004) zu den Sozialen Determinanten auf die soziale Ungleichheit in einer Gesellschaft zurückgeführt werden, was ins nächste Unterkapitel überleitet.

1.4.2 Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und Krankheitsrisiko

Richard Wilkinson und Kate Pickett (im Druck, zit. in Holger Schmid, 2009) beschäftigen sich mit den Sozialen Determinanten von Gesundheit. Sie halten fest, dass je ausgeprägter die Ungleichheit in einer Gesellschaft ist – unabhängig vom finanziellen Reichtum eines Landes – desto gravierender sind ihre Probleme im Gesundheits- und Sozialbereich (S.17). Gemäss Helmut Pauls (2004) wird unter sozialer Ungleichheit die ungleiche Verteilung von Einkommen, Konsumgütern, Eigentum, Bildung, Ansehen und Macht verstanden (S.80). Wilkinson und Pickett führen weiter aus, dass je grösser die soziale Ungleichheit ist, desto härter ist der Kampf um sozialen Status und desto häufiger stehen alle Probleme im Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Mangel bzw. Entbehrung (S.17).

Auch Geissler-Piltz et al. (2005) schreiben, dass Belastungen, Krisen und Erkrankungen der Zielgruppe Klinischer Sozialarbeit in komplexer Weise sozial relevant, wenn nicht sogar sozial bedingt sind. Weiter führen sie aus, dass soziale Gegebenheiten wie Arbeitslosigkeit, Armut oder soziale Isolation zu schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können. Sie nennen es das „pathogene Potenzial dieser prekären Lebenssituationen“ (S.48), welches die Gesundheit längerfristig nachteilig beeinflusst.

Diese Ausführungen verdeutlichen, wie gross der Einfluss sozialer Faktoren insbesondere der sozialen Ungleichheit auf Gesundheit und Krankheit ist. Deshalb kann Gesundheit als Aufgabe der Sozialarbeit gesehen werden, da sie Menschen in schweren Lebenslagen, in prekären Lebensverhältnissen sowie in sozialer Ungleichheit Orientierung in ihrer Lebenswelt gibt. Indem sie KlientInnen ressourcenorientiert begleitet und unterstützt, verfolgt sie das Ziel, deren Lebensweisen zu beeinflussen und dadurch

Gesundheit zu fördern. Nach Pauls (2004) basiert auch die Haltung Klinischer Sozialarbeit auf dem Verständnis, dass Menschen sich in komplexen Systemen orientieren und handeln müssen (S.75).

1.5 Aktueller Stand der Fachdiskussion

Klinische Sozialarbeit hat ihren Ursprung in den USA, wo sich seit den 1960er Jahren die Disziplin der Clinical Social Work zu etablieren begann. Brigitte Geissler-Piltz (2006) beschreibt die Geschichte und die Entwicklung Klinischer Sozialarbeit sehr detailliert. Sie zeigt auf, weshalb Klinische Sozialarbeit in Deutschland erst seit den 1990er Jahren in den näheren Fokus gerät und weshalb ihre Geschichte in Europa grössere Hindernisse überwinden musste. (S.7-11) Dies soll nachfolgend kurz umrissen werden.

1.5.1 Ein kurzer Rückblick

Für den Versuch eines umfassenderen Verständnisses Klinischer Sozialarbeit ist es wichtig, ihre Wurzeln wenigstens grob zu kennen. Diese gründen im Case Work (Einzelfallarbeit) und der Sozialen Diagnose, bei welchen Mary Richmond in den USA und Alice Salomon in Deutschland eine grosse Rolle spielten. Über die Methode des Social Case Work, welche als erste einen systemischen Ansatz in der Sozialarbeit zeigte, bildete sich auch der Ansatz der Person-in-der-Situation/person-in-environment. Richmond (1917, zit. in Geissler-Piltz, 2006) definierte in ihrem Werk „Social Diagnosis“ den Kern der damaligen Sozialarbeit, wenn sie schreibt, dass die soziale Diagnose ermöglicht, die Situation und Persönlichkeit eines Menschen mit bestimmten sozialen Bedürfnissen in seinem Umfeld zu beschreiben, von dem dieser Mensch wie auch seine Mitmenschen abhängig sind. (S.7-8)

Alice Salomon lernte bei ihren Besuchen in den USA 1923 und 1924, Mary Richmond als gedankliche Mitstreiterin kennen und übersetzte die Methode der „Social Diagnosis“ für Deutschland. Aufgrund der beiden Weltkriege kam es dann aber zur wissenschaftlichen Isolierung Deutschlands, was sich auch auf die Entwicklung der Sozialarbeit auswirkte. Die Einzelfallarbeit, wie sie nach dem 2. Weltkrieg genannt wurde, traf in den folgenden Jahren einerseits bei der Sozialwissenschaft auf Widerstand, andererseits färbte die Kritik der 60/70er Jahre an den diskriminierenden Methoden der Medizin und Psychiatrie auf die Sozialarbeit ab. Nachdem sich die Medizin ihrer fehlenden sozialen Dimension bewusst geworden war, holte sie sich Unterstützung bei der Sozialarbeit, der es aber an psychosozialen Behandlungskonzepten sowie an klinischen Erklä-

rungs- und Verstehensmodellen für Gesundheit und Krankheit fehlte. Erst in den 1990er Jahren wurde die Frage nach den Kompetenzen der Sozialarbeit gestellt, um in einem multidisziplinären, komplexen Arbeitskontext bestehen zu können. (Geissler-Piltz, 2006, S.8-10)

1.5.2 Heutiger Stand und Ausblick

Bis heute sind gemäss Geissler-Piltz (2006) folgende Eckpunkte, resp. Meilensteine in Bezug auf die Entwicklung Klinischer Sozialarbeit in Deutschland erreicht worden:

- 1998: Erstes Themenheft „Clinical Social Work“
- 2000: Fachkongress der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) und der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
- 2001: Plädoyer für Klinische Sozialarbeit, unterzeichnet von 19 Hochschullehrern und Hochschullehrerinnen
- 2003: Masterstudiengang für Klinische Sozialarbeit an der Alice-Salomon-Fachhochschule (ASFH) Berlin zusammen mit der Fachhochschule (FH) Coburg
- 2003: Gründung der Sektion Klinische Sozialarbeit in der DGS
- 2005/06: Fachzeitschrift „Klinische Sozialarbeit“ und weitere Literatur folgte (S.11)

Diese Aufzählung kann mit dem 2007 gegründeten European Centre for Clinical Social Work (ECCSW) ergänzt werden. (Weitere Informationen finden sich auf der Homepage des ECCSW, <http://www.io-zone.de/ECCSW>.)

Roland Fürst (2008) schreibt, dass sich Klinische (gesundheitsorientierte) Sozialarbeit in Österreich nicht mehr als Untertan der Medizin versteht, sondern als eigene gleichberechtigte Profession mit einem eigenen Verständnis von Gesundheit und Krankheit (S.12). An der 2. Fachtagung in Olten vom 4. und 5. Juni 2009 zur „Klinischen Sozialarbeit“ zeigte sich, dass die Diskussion über die Akzeptanz oder Etablierung Klinischer Sozialarbeit als Fachsozialarbeit in Deutschland noch immer Thema ist. Laut Brigitte Geissler-Piltz (2009), einer Referentin an dieser Fachtagung, zeigen die momentanen Veränderungen im Gesundheitsbereich eher eine Tendenz zu Fallübernahmen durch Psychologen und Psychologinnen und auch die Pflege rüstet sich, indem auch sie sozialarbeiterische Aufgaben übernehmen soll. Diese Verdrängung hat nach Geissler-Piltz schon länger Tradition. Sie begründete diese damit, dass die Akademisierung der Sozialarbeit erst seit kurzer Zeit im Gange ist. Auf die Frage, ob es eine Fachsozialarbeit braucht, antwortete sie, dass Klinische Sozialarbeit im Pionierstatus ist. Gemäss Geiss-

ler-Piltz hat die Evaluation des Masterstudienganges in Deutschland in Bezug auf die Identität klinisch Sozialarbeitender gezeigt, dass er das Vertrauen der Sozialarbeitenden steigert und in den multiprofessionellen Arbeitskontexten für Expertise und Anerkennung im Hinblick auf Diagnostik sorgt. Weiter zitierte sie Albert Mühlum (2003, zit. in Geissler-Piltz, 2009), der schrieb: „Wenn die Sozialarbeit nicht zum Getriebenen der Entwicklung werden will, muss sie umgehend selbst Entscheidungen treffen“ (S.16). Dazu meinte Geissler-Piltz, dass dies im Rahmen der (Klinischen) Fachsozialarbeit geschehen ist, sie aber noch einen langen professionspolitischen Weg vor sich hat.

Matthias Hüttemann, Klaus Fetscher und Beat Leuthold (2007) fügen dem für die Situation in der Schweiz hinzu, dass der Begriff „Klinische Sozialarbeit“ in der Schweiz noch nicht weit verbreitet ist, obwohl einige Entwicklungen in den Bereichen Ausbildung, Weiterbildung, Forschung und professioneller Praxis bereits sichtbar sind. (S.8)

1.6 Hypothesen und Fragestellungen

Aus dem aktuellen Stand der Fachdiskussion sowie aus der Auflistung der Meilensteine Klinischer Sozialarbeit, wie sie im vorherigen Kapitel ersichtlich sind, entwickelten sich folgende Hypothesen:

- Klinische Sozialarbeit wird auch in der Schweiz geleistet, aber nicht so benannt.
- Methoden, die denen Klinischer Sozialarbeit entsprechen, werden in der Schweiz in der Praxis angewendet.

Dazu passend kann Anna Kottler (2004, Buchrückseite) zitiert werden, wenn sie schreibt, dass selbst nach der Generierung des ersten Masterstudiengangs „Klinische Sozialarbeit“ in Deutschland im Jahr 2003 viele im Bereich Klinischer Sozialarbeit selbst nicht wüssten, dass es sich bei ihrer Tätigkeit um Klinische Sozialarbeit handelt. Wolf Rainer Wendt (2002) geht noch weiter, wenn er ausführt, dass auch dann von Klinischer Sozialarbeit gesprochen werden kann, wenn „einschlägig tätige Sozialarbeitende“ diese Bezeichnung selbst nicht gebrauchen (S.40).

Die bereits erwähnten Autoren Hüttemann et al. (2007) bezeugen für die Schweiz, dass der Begriff „Klinische Sozialarbeit“ noch nicht so bekannt ist (S.8). Nichts desto trotz ist die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit als Fachsozialarbeit notwendig

(siehe Kapitel 1.7), wenn Beat Leuthold (2008) berichtet, dass degenerative Erkrankungen durch ungünstige Verhaltensweisen zunehmen und je länger je mehr die Lebensumstände einer Person Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden haben (S.21). Damit wird die Aussage aus Kapitel 1.4 unterstrichen, dass die Lebensweisen zu 50% für vorzeitige Mortalität verantwortlich sind. Leuthold schreibt weiter, dass eine Entwicklung nicht nur zu begrüßen, sondern ein selbstbewusstes und sichtbares Auftreten Klinischer Sozialarbeit geradezu erstrebenswert ist. Dies angesichts der aktuellen Veränderungen, welche im Gesundheitsbereich zu beobachten sind. (S.22)

Eine interessante Bemerkung zum Aspekt des selbstbewussten und sichtbaren Auftretens wird von Wolf Rainer Wendt bereits im Jahr 2002 beschrieben, wenn er sagt, dass dieses von der „Selbstentfaltung ihrer Fachlichkeit und von der Akzeptanz abhängt, die sie im Berufsfeld und interprofessionell findet (S.40).

Ausgehend von den beiden Hypothesen ergaben sich nachstehende Fragestellungen:

- Entsprechen die Konzepte, Modelle und Methoden, mit denen in der ambulanten und stationären Suchtbehandlung im Kanton Luzern gearbeitet wird, dem Verständnis Klinischer Sozialarbeit?
- Ist der Begriff „Klinische Sozialarbeit“ in der Praxis bekannt?

Im Kapitel 2.1.3 wird aufgezeigt, dass Klinische Sozialarbeit in verschiedenen Tätigkeitsfeldern geleistet werden kann. Da es den Autorinnen nicht möglich war in allen Feldern zu forschen, ob Methoden, die denjenigen Klinischer Sozialarbeit entsprechen, in der Praxis angewendet werden, wurden nur Institutionen im Suchtbereich untersucht. (Detaillierte Erläuterungen zum Sampling finden sich in Kapitel 3.2.)

1.7 Berufsrelevanz

Die Praxis der Sozialarbeit bestätigt die Zunahme einer Klientel, die häufig schwer erreichbar ist und die oft mit den Anforderungen der Gesellschaft in Bezug auf Anpassung und Entwicklung nicht mithalten kann (Geissler-Piltz, 2004, S.1). Wenn Klinische Sozialarbeit durch ihre Spezialisierung geeignet ist, diese Klientel in ihrem Alltag zu unterstützen, ihr subjektives Wohlbefinden zu erhöhen sowie sie in ihrem sozialen und

beruflichen Umfeld besser zu integrieren, fragt sich, weshalb Klinische Sozialarbeit nicht schon bekannter ist. Damit einher geht auch häufig die Frage nach der Rolle von Sozialarbeitenden im interdisziplinären Arbeitskontext, wenn nicht gar um die Frage der Identität.

1.7.1 Gründe für eine Spezialisierung

Diese einleitende Aussage kann durch die Ausführungen von Pauls (2004) gestützt werden, wenn von der Sozialarbeit erwartet wird, dass sie Antworten auf (sich verändernde) gesellschaftliche Problemlagen hat. Seine Begründung für eine Spezialisierung der Sozialarbeit basiert auf den Grenzen, auf die „generalistisch orientierte Sozialarbeit“ (S.11) stösst, wenn zunehmend mehr Menschen psychisch stark belastet und chronisch krank sind (S.11-12). Er spricht von Klinischer Sozialarbeit als „Expertise in psychosozialer Beratung“ (S.12), welche eine spezialisierte Behandlung bei schweren Belastungen, Krisen und weiteren damit zusammenhängenden Probleme fordert. Diese Expertise bedeutet eine professionelle Kompetenz, die mit wissenschaftlich fundierten Methoden arbeitet und zusammen mit handlungs- und entscheidungsfähigen Menschen versucht, ihre Lebenslagen und –weisen gemäss ihrem Willen zu verändern. (S.11-12) Gleichermassen spricht Leuthold (2008) von Klinischer Sozialarbeit als einer professionellen Expertenschaft für gesundheitsbezogene sozialarbeiterische Beratung, Behandlung und Intervention, welche gezielt auf die Verbesserung der sozialen Passung zwischen KlientIn und Umwelt hin wirkt. (S.21)

Der Inhalt der Ottawa-Charta der WHO (1986) steht mit dem Aufgabenbereich Klinischer Sozialarbeit in Übereinstimmung, wenn es bei der Gesundheitsförderung um einen Prozess geht,

allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen soll. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. (¶3)

Beruflich relevant ist auch die Aussage von Pauls (2004), dass psychosoziale Integration und soziale Unterstützung die besten Schutzfaktoren vor körperlicher und psychischer Erkrankung sind. Somit stellt die Integration bzw. Re-Integration in die soziale

Umgebung, welche zur Erlangung bzw. Wiedererlangung psychischen und sozialen Wohlbefindens führt, das Ziel Klinischer Sozialarbeit dar. (S.35) Nach dem bio-psycho-sozialen Verständnis (siehe Kapitel 2.2.1) bringt Klinische Sozialarbeit die soziale Dimension von Krankheit bzw. Gesundheit ein und zeigt sich laut Leuthold (2008) als wichtige Partnerin neben Medizin und Psychologie im Gesundheitswesen (S.22). Passend als letzte Bemerkung zum Thema Kompetenzen ist die Aussage von Franz Hierlemann (2008), wenn er von der Sozialarbeit im interdisziplinären Rahmen schreibt, dass sie „die Kompetenz in der Bewältigung von Ungewissheit und das kreative Finden von Gestaltungsmöglichkeiten erfordert“ (S.36).

1.7.2 Wozu eine Fachsozialarbeit?

An der bereits in Kapitel 1.5.2 erwähnten Tagung Klinischer Sozialarbeit in Olten vom 4. und 5. Juni 2009 referierte Brigitte Geissler-Piltz zum Thema „Fachsozialarbeit“. Sie erklärte, dass es bei einer Fachsozialarbeit darum gehe, in einem bestimmten Sachbereich Expertenwissen zu besitzen, welche über bereits erworbenes sozialarbeiterisches Wissen hinausgehe und verweist auf weitere Fachsozialarbeiten wie z.B. in den Bereichen Schule und Schuldenberatung. Dem obenerwähnten Veränderungsdruck der Gesellschaft ist laut Geissler-Piltz (Referat vom 4. Juni 2009) letztendlich nur mit einer Spezialisierung zu begegnen, da Sozialarbeit ohne eine solche ersetzbar wird. Dazu gehört auch das Thema der Identität von Sozialarbeitenden im interdisziplinären Rahmen. Geissler-Piltz machte dazu auf die noch in diesem Jahr erscheinende Studie von Susanne Gerull und ihr mit dem Titel „Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings.“ aufmerksam und betonte, dass diese Identität immer wieder gestärkt werden muss. Es fragt sich, welchen Platz Sozialarbeitende im multiprofessionellen Rahmen des Gesundheitssystems einnehmen werden. Geissler-Piltz führte dazu aus, dass das Ziel der Fachsozialarbeit in diesem Zusammenhang ist, einen Status und eine berufliche Identität herzustellen und die Grenzen der Tätigkeitsfelder Klinischer Sozialarbeit abzustecken. Dies wiederum soll professionspolitisch dazu führen, dass die Sozialarbeitenden bessere Arbeitsbedingungen, bessere Arbeitsmarktchancen, bessere Bezahlung und ein Mehr an Expertenwissen und soziale Anerkennung erhalten.

Klinische Sozialarbeit hat aber nicht nur BefürworterInnen, es sind auch kritische Stimmen zu hören. KritikerInnen weisen auf verschiedene Gefahren einer Spezialisierung hin. Hauptargumente der GegnerInnen sind laut Kottler (2004) Begriffe wie „Patientisierung, Therapeutisierung und Medikalisierung des Sozialen“(S.26). Somit besteht von Seiten der KritikerInnen die Befürchtung, dass sich Klinische Sozialarbeit zu weit in den Medizinischen Bereich vorwagen und dabei ihre Kernaufgaben aus den Augen verlieren könnte. Weiter wird gemäss Kottler befürchtet, dass die Sozialarbeit

durch eine Spezialisierung entwertet wird und dass die Defizitorientierung wieder in den Vordergrund rücken könnte. Schliesslich wird als Gegenargument angeführt, dass die „klinische Fachlichkeit“ und auch ihre Methoden zu wenig entwickelt sind und sie sich dadurch kaum von der Sozialarbeit abgrenzen lässt. (S.26)

2. KAPITEL

KLINISCHE SOZIALARBEIT – WORUM GEHT ES?

2 Klinische Sozialarbeit – Worum geht es?

Dieses Kapitel liefert den theoretischen Hintergrund für die durchgeführte Forschung (siehe Kapitel 3 und 4) und soll aufzeigen, wie Klinische Sozialarbeit definiert wird, in welchen Tätigkeitsfeldern man auf klinisch Sozialarbeitende trifft und welche Aufgaben und Ziele diese Fachsozialarbeit beinhaltet. Im zweiten Teil dieses Kapitels werden die vier wichtigsten Konzepte und Modelle vorgestellt, die anschliessend zu den zentralen Methoden Klinischer Sozialarbeit führen, welche den dritten Teil bilden. Abgerundet wird das Kapitel mit einer persönlichen Stellungnahme der Autorinnen zur Klinischen Sozialarbeit.

2.1 Gegenstand Klinischer Sozialarbeit

In den folgenden Unterkapiteln wird zuerst die Differenzierung zwischen Klinischer Sozialarbeit und Kliniksozialarbeit erläutert, dann Klinische Sozialarbeit definiert und schliesslich aufgezeigt, in welchen Tätigkeitsfeldern sie anzutreffen ist sowie mit welcher Zielgruppe sie arbeitet. Es werden die Aufgaben und Ziele Klinischer Sozialarbeit ausgewiesen und in einem vierten Teil die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen umrissen. Zum Schluss wird das ‚Plus‘ Klinischer Sozialarbeit skizziert.

2.1.1 Differenzierung zwischen Klinischer Sozialarbeit und Kliniksozialarbeit

Die Unterscheidung dieser doch unterschiedlichen Zweige der Sozialarbeit soll dem häufig gehörten Missverständnis Rechnung tragen, Klinische Sozialarbeit sei gleichbedeutend mit Kliniksozialarbeit.

Während unter Kliniksozialarbeit nach Geissler-Piltz (2005) die Sozialarbeit gemeint ist, die innerhalb eines Krankenhauses geleistet wird (S.1), geht Klinische Sozialarbeit viel weiter, wie nachfolgende Ausführungen zeigen.

In einer Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit führen Pauls und Mühlum (2005) zur Definition (siehe Kapitel 2.1.2) aus, dass sich Klinische Sozialarbeit vor allem über ihre methodischen Kompetenzen, weniger über die Klientel (z.B. PatientInnen) oder über die Arbeitsfelder (z.B. Kliniken) definiert und auch nicht an medizinische Krankheitsdefinitionen gebunden ist (S.6). Weiter betont Mühlum (2004, zit. in Barbara Fäh & Urs Kaegi, 2005), dass Klinische Sozialarbeit „Expertenschaft in sozialer Beratung, Behandlung und Begleitung sei, die das biomedizinische Paradigma des Gesundheitswesens um die psychosoziale Perspektive und einen ganzheitlichen Handlungsansatz erweitere“ (S.7). So geht es nach dieser Definition bei Klinischer Sozialar-

beit weder um Kliniksozialarbeit noch um eine „Medikalisierung des Sozialen“ (Geissler-Piltz et al., 2005, S.79), sondern um eine umfassende Behandlung mit dem Fokus auf die psychosozialen Faktoren.

Auf der Homepage des European Centre for Clinical Social Work (ECCSW, ohne Datum) wird unter dem Selbstverständnis Klinischer Sozialarbeit die Herkunft des Wortes „klinisch“ kurz beleuchtet. Es leitet sich vom griechischen „kliné“ ab, was Lager oder Bett bedeutet. In der Entwicklung wurde dann der Begriff „klinisch“ später generell für die therapeutische Behandlung von Menschen verwendet. So geht es auch in der Klinischen Sozialarbeit um das Hervorheben der (Heil-)Kunst des psychosozialen Helfens, unabhängig vom Setting. (¶2)

Weiter kann unter „klinisch“ auch von einer besonderen Qualifikation für die unmittelbare Arbeit an und mit betroffenen Menschen gesprochen werden, da die Fachlichkeit Klinischer Sozialarbeit Sozialarbeitende für psychosoziale Störungen, psychische Erkrankungen und Behandlungen in ihrem sozialen Zusammenhang spezialisiert. (Kottler, 2004, S.31)

Wenn von Kompetenzen gesprochen wird, darf auf keinen Fall die Sozial- und Selbstkompetenz der klinisch Sozialarbeitenden vergessen werden. Sie spiegelt sich vor allem in der Haltung gegenüber ihrer Klientel wider, welche von Wertschätzung geprägt und davon überzeugt ist, dass die Förderung ihrer Gesundheit und ihre selbstverantwortliche Entscheidung das Wichtigste in der Behandlung ist. Dies fordert Selbsterfahrung und -reflexion der klinisch Sozialarbeitenden, ständig zwischen Nähe und Distanz, Fachlichkeit und Mitmenschlichkeit zu entscheiden, gerade auch im Hinblick auf eigene Erfahrungen und eigene Bewältigungsstrategien im Leben. Zu wissen, dass sie Teil des therapeutischen Prozesses sind, dies zu begreifen und auch zu reflektieren. (Pauls & Mühlum, 2005, S.8).

Die Dozentin Elke Brusa (Interview vom 27. Mai 2009) bemerkte in einem Interview, dass der Ausdruck „klinisch“ in der Schweiz zugegebenermaßen etwas schwierig sei, da dieser sofort mit dem Begriff ‚Klinik‘ assoziiert werde und insofern ‚medizinisch besetzt‘ sei.

Es kann zusammengefasst werden, dass Klinische Sozialarbeit und Kliniksozialarbeit zwei unterschiedliche Bereiche der Sozialarbeit betreffen, dass wohl Klinische Sozialarbeit im Krankenhaus oder einer Klinik geleistet werden kann, Klinische Sozialarbeit aber nicht mit Kliniksozialarbeit gleichzusetzen ist.

2.1.2 Definitionen Klinischer Sozialarbeit

Es gilt festzuhalten, dass es DIE Definition Klinischer Sozialarbeit wohl nicht gibt. Anhand einiger Aussagen von Fachpersonen wird versucht, die wichtigsten Aspekte bzw. den Gegenstand Klinischer Sozialarbeit herauszufiltern. Die im Folgenden genannten Ausschnitte sind Teil-Aspekte Klinischer Sozialarbeit, da in Kapitel 2.1.3 die Tätigkeitsfelder und Zielgruppe sowie in Kapitel 2.1.4 die Aufgaben und Ziele separat erwähnt werden. Dasselbe gilt für die Konzepte und Modelle (siehe Kapitel 2.2), die Klinischer Sozialarbeit zugrunde liegen.

Klinische Sozialarbeit ist gemäss Pauls (2002, zit. in Kottler, 2004) eine gesundheits-spezifische Fachsozialarbeit, deren generelles Ziel die Einbeziehung der sozialen und psychosozialen Aspekte in die Beratung, sozialtherapeutische Behandlung und psychopädagogische Unterstützung ist. Fokus ist die „Person-in-ihrer-Welt“ im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Verständnisses von Gesundheit, Störung und Krankheit. (S.31)

Gemäss Geissler-Piltz et al. (2005) wird von Klinischer Sozialarbeit gesprochen, wenn die Sozialarbeit eigene Beratungs- und Behandlungsaufgaben wahrnimmt (S.10). Im Fokus liegen dabei der Alltag und die Lebenswelt der erkrankten Menschen (S.28). Dazu ergänzend sagt Wendt (2000, zit. in Hildegard Hegeler, 2008):

Gegenstand Klinischer Sozialarbeit sind psychosoziale Störungen und körperliche Beeinträchtigungen in ihrem sozialen Zusammenhang, wobei mit der professionellen Kompetenz Sozialer Arbeit auf Heilung, Linderung und Besserung hingewirkt wird. Entweder setzt Klinische Sozialarbeit im System Gesundheitsversorgung an, wenn Erkrankungen eine soziale Problematik mit sich bringen, die behandelt werden muss, oder therapeutisches, präventives oder rehabilitatives Handeln ist in einem sozialen Kontext angebracht, um Gesundheit wiederherzustellen, zu bessern oder zu erhalten. (S.127)

Kirsten Becker-Bikowski (2005) schreibt dazu, dass das Spezielle Klinischer Sozialarbeit ist, dass sie den psychosozialen Kontext der Behandlung von Störung und Krankheit in den Mittelpunkt stellt. (S.7)

Karlheinz Ortmann und Heinz-Alex Schaub's (2002, zit. in Mathias Lindenau, 2008) Definition erweitert den Blick insofern, in dem sie schreiben, dass Klinische Sozialarbeit ein „interdisziplinäres gesundheitsbezogenes Handeln in sozialen Situationen für

und mit Menschen ist, die von gesundheitlichen Problemen bedroht oder erkrankt sind“ (S.193).

Brusa (Interview vom 27. Mai 2009) definierte für diesen Teil-Aspekt der Definition, dass Klinische Sozialarbeit die sozialarbeiterische Unterstützung bei Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen beinhalte. Sozialarbeitende arbeiten mit einem bio-psycho-sozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit, dies mit einem besonderen Fokus auf die soziale Dimension. Typisch sei auch die enge Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und -disziplinen, wodurch sie jedoch immer vor die Herausforderung der Abgrenzung zu den anderen Disziplinen gestellt wird.

Fasst man diese Schwerpunkte zusammen, ist Klinische Sozialarbeit eine gesundheitsbezogene Fachsozialarbeit, die eigene, methodengeleitete Beratungs- und Behandlungsaufgaben wahrnimmt und interdisziplinär handelt, wenn Menschen von gesundheitlichen Problemen und Beeinträchtigungen bedroht oder erkrankt sind. Die professionelle Kompetenz klinisch Sozialarbeitender besteht in der Kunst psychosozialen Helfens, wenn es darum geht, Gesundheit wiederherzustellen, zu verbessern oder auch zu erhalten, dies im Kontext der Lebenswelt der erkrankten Menschen.

2.1.3 Tätigkeitsfelder und Zielgruppe

Klinische Sozialarbeit findet in vielfältigen Behandlungskontexten statt, da es sich nicht nur, wie oft verstanden und zu Beginn des Kapitels 2 erwähnt, um Kliniksozialarbeit handelt. Tätigkeitsfelder der Klinischen Sozialarbeit sind gemäss Pauls (2004, S.15-16):

- Kinder- und Jugendhilfe
- psychosoziale Beratung und Therapie verschiedenster ambulanter Beratungseinrichtungen
- Kern- und Vorfelder der Psychiatrie
- ambulante und stationäre Suchtbehandlung
- Fach- und Akutkrankenhäuser
- Einrichtungen des Massnahmenvollzuges und der Resozialisierung
- gerontologische Arbeit, Geriatrie und Gerontopsychiatrie

Menschen, welche aufgrund ihrer Erkrankung psychisch und sozial leiden oder aufgrund ihrer sozialen Situation erkranken, sind nach Geissler-Piltz et al. (2005) zentrale Zielgruppe Klinischer Sozialarbeit (S.14). Aufgrund ihrer Situation ist es nachvollziehbar, dass sie sich oft von der Gesellschaft zurückziehen und dadurch schwer zu erreichen sind. Pauls (Interview vom 5. Juni 2009) wie auch Geissler-Piltz et al. verwenden

dazu den Begriff „hard-to-reach-KlientInnen“ („schwer-zu-erreichen“), welcher gemäss Geissler-Piltz et al. so zu verstehen ist, dass diese Menschen „mit schweren, oft chronischen Belastungen und Erkrankungen in multiplen Problemsituationen leben“ (S.48). Pauls betonte, dass der Begriff „hard-to-reach“ nicht als Stigmatisierungsbegriff gehandelt werden darf. „Schwer-zu-erreichen“ sei eine Definitionssache. Personen, welche für die Sozialarbeit zentrale KlientInnen sind, sind für PsychotherapeutInnen eher schwer zu erreichen, da sie eine andere Schwelle haben und ihre Strukturen dafür nicht gleich geeignet sind. Klinische Sozialarbeit zeichnet sich durch ihre Niederschwelligkeit aus und ihre aufsuchende Arbeit. Pauls (Interview vom 5. Juni 2009) verwendet analog Geissler-Piltz et al. den Begriff „Menschen in Multiproblem-Situationen“.

Da diese Multiproblem-Situationen in verschiedenen Behandlungskontexten auftreten, liegt die Schlussfolgerung nahe, dass deren Behandlung auch durch multiprofessionelle Teams (siehe Kapitel 2.3.7) ausgeführt wird.

Ein weiteres Merkmal Klinischer Sozialarbeit betrifft das systemische Verständnis der Integration von Menschen. Das führt gemäss Geissler-Piltz et al. (2005) dazu, dass Störungen und Krankheit als Passungsstörung aufgefasst werden. Einerseits sind Passungsprobleme erforderliche Prozesse des Lebens, dies meint, dass die biologische Konstitution eines Menschen, die psychischen Potenziale, die ständig gestellten Entwicklungsanforderungen und die Umweltaforderungen nur *relativ* günstig aufeinander abgestimmt sind. Das Individuum kann im günstigen Fall durch erlernte Bewältigungskompetenzen und soziale Unterstützung neue Lösungen für solche Passungsprobleme entwickeln, d.h. sich der veränderten Situation anpassen. Im ungünstigen Fall können diese Bereiche jedoch gegeneinander wirken und damit Blockierungen verursachen und zu problematischen Lösungsversuchen führen. Diese missglückten Lösungsversuche führen dann zu körperlichen und/oder psychischen Krankheiten sowie aber auch zur ‚Erkrankung‘ der sozialen Dimension, beispielsweise zum Rückzug aus der Gesellschaft, was zu sozialer Isolation führen kann. Klinische Sozialarbeit versucht diese Passungsstörungen zu erkennen und im Sinne der Salutogenese (siehe Kapitel 2.2.2) Gesundheit wieder herzustellen. (S.49-50)

2.1.4 Aufgaben und Ziele Klinischer Sozialarbeit

Aus den vorherigen Kapiteln ist ersichtlich, dass es Aufgabe Klinischer Sozialarbeit ist, gesundheitsrelevantes abweichendes Verhalten zu erkennen und die Ursachen zu beheben. Dieses abweichende Verhalten wird von Robert Feinbier (1997, zit. in Pauls, 2004) durch „psychosoziale Problemlagen, sozialstrukturelle Lebensbedingungen mit ihren Ausgrenzungen und Benachteiligungen, psychosozialen Defizitentwicklungen,

Belastungen und Entwicklungen, körperliche und geistige Behinderungen verursacht und/oder aufrechterhalten“ (S.17). In diesem Sinne hat Klinische Sozialarbeit gemäss Pauls (2004) einen „doppelten Auftrag“, auf der einen Seite die Unterstützung der Einzelnen und Änderung der Lebensbedingungen bzw. Gesellschaft auf der anderen Seite (S.18-19).

Klinische Aufgaben gibt es gemäss Pauls und Mühlum (2005) dort, „wo Menschen missbraucht, verwaorlost, krank, misshandelt, (...) in Krisensituationen oder in anderer Weise in psychosozialer Not sind, deren Belastung reduziert und deren Problembewältigungsverhalten durch methodisch geleitete Einflussnahme verbessert werden soll“ (S.7).

In Verbindung mit der Arbeit mit Suchtkranken äussern sich Geissler-Piltz et al. (2005) zum Auftrag dahingehend, dass gerade dort der Ansatz Klinischer Sozialarbeit sehr gut repräsentiert wird. Wenn Ärzte und Ärztinnen sich um die Entgiftung der KlientInnen kümmern, Psychologen und Psychologinnen im Bereich psychologischer Diagnostik und Psychotherapie arbeiten, stellt die suchtttherapeutische Klinische Sozialarbeit weitere Angebote zur Verfügung, z.B. die Steigerung bzw. den Aufbau individueller Kompetenzen zur Bewältigung von Suchtproblemen, die Prävention durch allgemeine Stärkung psychischer Gesundheit und Entwicklung und Angebot funktioneller Alternativen zum Konsum suchterzeugender Substanzen auf individueller und gesellschaftlicher Ebene (S.54). Anhand dieser drei erwähnten Bereiche kann die Ressourcenorientierung in der Arbeit mit Suchtkranken erkannt werden.

Brusa (Interview vom 27. Mai 2009) bemerkte zur Zielaufgabe, dass es im Sinne einer Exklusionsvermeidung darum gehe, „psychosoziale Dysfunktionalität“ zu reduzieren. Mit anderen Worten beinhaltet die Aufgabe Klinischer Sozialarbeit, dass ihre KlientInnen nicht aus dem System Gesellschaft ‚ausgeschlossen‘ werden. Damit knüpft Brusa an Pauls (2004) Zieldefinition an, wenn er darstellt, dass sowohl die betroffenen Personen unterstützt sowie die Umwelt und die Lebensbedingungen verändert werden müssen (S.18-19), um eine Exklusionsvermeidung zu erreichen.

Als übergeordnetes Ziel Klinischer Sozialarbeit kann laut Pauls (2004) die Aufrechterhaltung resp. Stabilisierung der psychosozialen Situation von Einzelnen, Familien und Kleingruppen genannt werden (S.14), woraus sich dann die vielfältigsten Unterziele ergeben, die die Lebenswelten der KlientInnen im Alltag in ihrer Multiproblemsituationen mit sich bringen. Die leitende Zielsetzung dabei ist gemäss Pauls (ohne Datum) die soziale Integration des Menschen (S.3).

So kann festgehalten werden, dass die Aufgabe Klinischer Sozialarbeit darin besteht, die Situation einer Person in ihrer Umwelt zu erfassen und ihre Problemlagen zu erkennen. Ziel ist einerseits, die Lebensbedingungen der Person zu ändern und andererseits ihre psychosoziale Situation zu stabilisieren und zu festigen, so dass sie in ihrer Lebenswelt bestehen kann. Mit dem Fokus auf die Ressourcen und Stärken der Person soll soziale Integration unterstützt werden.

2.1.5 Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen

Klinische Sozialarbeit ist in vielen Arbeitsfeldern tätig, vor allem im Gesundheitsbereich (siehe Kapitel 2.1.3). Dort arbeitet sie gemäss Geissler-Piltz (Interview vom 5. Juni 2009) multiprofessionell – neben bzw. mit Ärzten und Ärztinnen und anderen Gesundheitsberufen. Der zentrale Punkt für die Abgrenzung ist deren Gesundheitsverständnis, welches den sozialen Aspekt nicht umfasst, sondern eher biomedizinisch oder psychosomatisch ist. In der folgenden Argumentation wird nur auf die Abgrenzung gegenüber der Psychotherapie eingegangen. Weiter besteht die Abgrenzungsthematik aber auch gegenüber dem Pflegebereich, die in dieser Arbeit nicht behandelt wird, weil es den Rahmen der Bachelorarbeit sprengen würde.

Im Brennpunkt der Diskussion um die Berechtigung Klinischer Sozialarbeit steht häufig das Argument, dass Sozialarbeitende keine TherapeutInnen sind, wobei der Ausdruck TherapeutInnen oft gleich gesetzt wird mit *PsychotherapeutInnen*. Die Grundlagen Klinischer Sozialarbeit bestätigen dieses Argument insofern, wenn Heiko Kleve (1999, zit. in Pauls, 2004) zur Differenzierung „klassischer, nicht-klinischer Sozialarbeit“ (S.121) zur klassischen Psychotherapie schreibt, dass erstere versucht, psychosoziale Probleme nicht nur zu individualisieren, sondern den sozialen Kontext im Auge zu behalten (S.121-122). Psychotherapie dagegen steht gemäss Hans Strotzka (1975, zit. in Pauls, 2004) für den „bewussten und geplanten interaktionellen Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen“ (S.124). Ein zweites Argument ist, so Strotzka, im Unterschied der Zielsetzung festzustellen, bei der die Psychotherapie zwei grundlegende Ziele verfolgt, nämlich Symptomminimierung und Strukturänderung der Persönlichkeit (S.126). Kottler (2004) fasst diesen Aspekt so zusammen, dass Psychotherapie für die Heilung der kranken Seele zuständig ist, während Klinische Sozialarbeit ihre KlientInnen dabei unterstützt, ein ‚gelingenderes‘ Leben in der Gemeinschaft zu führen, indem sie Lösungen für psychische und soziale Konflikte sucht. (S.32)

Pauls (2004) leitet vom erstgenannten Argument weiter ab, dass Klinische Sozialarbeit mit ihrer Offenheit für den psychotherapeutischen Blickwinkel die äusserst wichtige Grundlage für die psychosoziale Behandlung legt, ohne die eine positive Beeinflussung von Einzelpersonen und deren Lebensweisen unmöglich ist. Er schreibt, dass psychosoziale

therapeutische Methoden für die Gesprächsführung sowie Hilfe bei der Erlebnisverarbeitung und Verhaltensänderung in der Beratung notwendig sind. (S.122)

Zum zweiten Argument kann auf den bereits unter Kapitel 2.1.4 erwähnten doppelten Auftrag zurückgekommen werden, wenn Pauls (2004) die Schnittstellenkompetenz Klinischer Sozialarbeit anspricht. Er bestätigt oben Erwähntes, führt diesen Gedanken aber so weiter aus, dass Psychologie sich vorwiegend auf die innerpsychischen Störungen und Ressourcen bezieht, sozusagen mit der „inneren Realität“ arbeitet. Die Sozialarbeit hat dem gegenüber generell den Auftrag, Menschen zu befähigen, in ihrem Umfeld zu bestehen, sie lebensweltorientiert dafür zu stärken, ihren Alltag zu bewältigen, also einen Auftrag in Bezug auf die „äussere Realität“. Das Aufeinandertreffen und Zusammenwirken dieser beiden Realitäten bildet das Feld, in dem Klinische Sozialarbeit ihre Kompetenz zeigt. (S.19)

Eine aktuelle Erweiterung erfährt diese Differenzierung des doppelten Auftrags, wenn Fürst (2008) bereits über ein trifokales Handlungsmodell Klinischer Sozialarbeit schreibt, das einerseits den Fokus auf die fallbezogene Unterstützung der Klientel zur Optimierung ihrer Lebensweise legt, andererseits die fallbezogene Veränderung ihrer Lebensbedingungen und als dritten Punkt die fallunabhängige und fallübergreifende Optimierung der sozialen Infrastruktur integriert. (S.12)

Es kann festgehalten werden, dass eine Abgrenzung gegenüber der Medizin und der Psychologie über ein anderes Gesundheitsverständnis stattfindet, da Klinische Sozialarbeit den sozialen Aspekt fokussiert. Ein Verständnis und Wissen über die „inneren und äusseren Realitäten“ des Menschen sind hilfreich, um das Ziel der Integration in ihre Umwelt zu erreichen. Wenn Klinische Sozialarbeit in ihrer Arbeit auch die innere Realität der Person berücksichtigt und damit eine psychotherapeutische Behandlung unterstützen kann, ist dies als ‚Plus‘ zu bezeichnen, wie das nächste Unterkapitel aufzeigen will.

2.1.6 Das ‚Plus‘ Klinischer Sozialarbeit

Mit Bezug auf die Definition, die Zielgruppe und die weiteren soeben beschriebenen Punkte stellt sich die Frage, ob es ein ‚Plus‘ Klinischer Sozialarbeit gegenüber der Sozialarbeit, wie sie derzeit an den Fachhochschulen gelehrt wird, gibt.

Kottler (2004) definiert als besonderes Merkmal den „klinischen Blick“, welcher als ‚Plus‘ gesehen werden kann. Dieser Blick hilft, die ganzheitliche Situation eines Menschen in seiner Umgebung zu erfassen, um dann entsprechend zu handeln. (S.33)

Die Frage, was das ‚Plus‘ ist, war auch Gegenstand von zwei Interviews mit Brigitte Geissler-Piltz und Helmut Pauls während der Fachtagung „Klinische Sozialarbeit“ in Olten vom 4. und 5. Juni 2009. Dabei kristallisierten sich zwei wichtige Aspekte heraus. Ein Aspekt, den Brigitte Geissler-Piltz erwähnte, war die Verbindung mit der Herkunft Klinischer Sozialarbeit aus den USA, wo klinisch Sozialarbeitende das ‚Therapy plus‘ verwenden. Dies meint, dass die Professionellen nebst der physischen und psychischen Dimension vor allem die soziale Dimension in der Fallarbeit oder im Gesundheitsgeschehen anschauen und aus dieser Perspektive heraus handeln. Sie sagte weiter, dass die Sozialarbeit Methoden hat, die häufig der Psychologie entlehnt sind, was sich dann psychosoziale Arbeit nennt, aber ohne den eigentlichen Effekt zu haben. Es gilt, diese Methoden zu erweitern und zu vertiefen, um ganz bestimmte KlientInnen (siehe Kapitel 2.1.3) zu erreichen. Es braucht ein anderes Methodeninstrumentarium und ein *Mehr*-Wissen über psychische Störungen, damit man den Hintergrund der Menschen erfassen und verstehen kann. Für Geissler-Piltz ist das Besondere Klinischer Sozialarbeit, dass sie die Beratung aus der Sozialarbeit her ausübt. Weiter betonte sie, dass Klinische Sozialarbeit nicht glorifiziert werden darf, es ist eine Fachsozialarbeit, die sozialtherapeutisch orientiert ist, andere sind spezialisiert auf Schuldenberatung, Schule, etc. Der wesentliche Unterschied zu TherapeutInnen oder anderen Berufsgruppen sei, – und daher könne auch von einem ‚Plus‘ gesprochen werden – dass Klinische Sozialarbeit, wenn sie therapeutisch arbeitet, das Soziale nie aus dem Blick verliere.

Helmut Pauls (Interview vom 5. Juni 2009) erwähnte als ‚Plus‘ in ähnlicher Weise wie Geissler-Piltz (Interview vom 5. Juni 2009), dass Klinische Sozialarbeit aus der „generalistisch orientierten Sozialarbeit“ sozusagen herauswächst, was sich in einer spezialisierten Vertiefung von Wissensbeständen und methodischen Kompetenzen zeigt. Er zieht den Vergleich heran, wie er sich in der Psychologie zeigt, in der es Klinische Psychologie seit Anfang des 20. Jahrhundert gab und sie bis heute gibt. Dazu sagte er, dass „kein klinischer Psychologe sagen würde, Klinische Psychologie sei etwas Anderes als Psychologie“, es braucht die allgemeine Psychologie. Aber es braucht auch eine Weiterentwicklung der Psychologie und deren Kompetenzen mit dem Ziel, sie auf die Problemstellungen von psychischer Erkrankung, Gesundheit, Krise usw. auszurichten, in den Bereichen Diagnostik, Beratung und Therapie. Und in ähnlicher Weise muss man dies auch für die Sozialarbeit tun. Aus den weiteren Ausführungen in Verbindung mit der Zielgruppe Klinischer Sozialarbeit ergibt sich der zweite wichtige Aspekt, der im Kapitel 2.1.3 bereits erwähnt wurde, dass die Sozialarbeit eine andere Schwelle hat als die Psychotherapie. Gemäss seinen Worten ist die Niederschwelligkeit ein zentrales Kennzeichen der Sozialarbeit, die aber von klinisch Sozialarbeitenden noch mehr beachtet wird.

Das ‚Plus‘ Klinischer Sozialarbeit kann folgendermassen zusammengefasst werden: Klinische Sozialarbeit besitzt vertieftes Wissen im Bereich Psychologie, insbesondere über Diagnostik und Beratungs- bzw. Therapiemethoden sowie im Bereich der Medizin, über psychiatrische Grundlagen und chronische Erkrankungen. Den Fokus richtet Klinische Sozialarbeit aber immer auf die soziale Dimension. Dank ihres Fachwissens und ihrer zusätzlichen Methodenkompetenz kann sie Menschen erreichen, die aufgrund ihrer Multiproblemsituationen besonderer Vorgehensweisen bedürfen und eher schwer zu erreichen sind und aufgrund ihrer Niederschwelligkeit eine Möglichkeit bekommen, adäquate Hilfe in ihrer Situation zu erhalten.

2.2 Konzepte und Modelle

Als Grundlagen Klinischer Sozialarbeit dienen verschiedene Konzepte und Modelle, von denen vier zentrale in den nächsten Abschnitten aufgezeigt werden. Es handelt sich um das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell, die Salutogenese, das Konzept der Person-in-der-Situation/person-in-environment und die soziale Unterstützung. Pauls (2004) meint dazu, dass Klinische Sozialarbeit sich als Teildisziplin der Sozialarbeit auf theoretische Konzepte und Modelle der beteiligten Bezugswissenschaften bezieht, ja angewiesen ist. So wird die Auswahl der Theorie über den Praxisbezug, d.h. im Kontext, in dem man arbeitet, und mit dem Ziel der Anwendungsrelevanz getroffen. (S.35)

Nebst den vier Konzepten und Modellen wird noch ein weiteres Unterkapitel der psychosozialen Behandlung (siehe Kapitel 2.2.5) gewidmet. Psychosoziale Behandlung ist ein Über- oder Sammelbegriff, der eigentlich die verschiedenen Methoden Klinischer Sozialarbeit integriert, aber weder als Konzept oder Modell noch als Methode bezeichnet werden kann. Sondern eher als Grundlage, auf welche sich die klinisch-methodischen Interventionen stützen und deshalb eine gesonderte Beachtung verdient. Die psychosoziale Behandlung wird daher unter diesem Kapitel erwähnt und nicht bei den Methoden.

2.2.1 Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell

Aufbauend auf dem in der Ausgangslage erwähnten Verständnis von Gesundheit und Krankheit (siehe Kapitel 1.4.1), ist das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell Grundlage methodengeleiteter Klinischer Sozialarbeit. Für das Modell wird auch der Ausdruck bio-psycho-soziales Verständnis von Gesundheit und Krankheit verwendet, was die Defini-

tion nicht beeinflusst, höchstens die Sichtweise weg von Krankheit hin zur Gesundheit hat, also mehr ressourcenorientiert ist.

Aus der Erforschung von Risikofaktoren für die Entstehung von Krankheiten wurden gemäss Pauls (2004) seit der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts auch soziale und psychologische Faktoren einbezogen. Dabei wurde festgestellt, dass u.a. die genetische Disposition, niedrige soziale Schicht, kritische Lebensereignisse oder gesundheitsschädigendes Verhalten Faktoren sind, die die Entstehung, Entwicklung und den Verlauf einer Erkrankung beeinflussen. Weiter hat sich das Krankheitsspektrum aufgrund der Förderung hygienischer Versorgungsmassnahmen und Massenimpfungsprogrammen verschoben. Es wurde eine starke Abnahme der Infektionskrankheiten und gleichzeitig eine starke Zunahme der chronischen und chronisch-degenerativen Erkrankungen verzeichnet. (S.85) Klaus Hurrelmann & Ulrich Laaser (1998, zit. in Pauls, 2004) stellten zudem fest, dass „immer mehr ökosomatisch, soziosomatisch und psychosomatisch verankerte Störungen, stressartige Belastungen, Sucht und Abhängigkeit, Immunschwächen, (...) zunehmen“ (S.85).

Diese Aussagen werden von Günter Zurhorst (2005) bestätigt und zugleich erweitert, wenn er zum Gesundheitspotential der Gesellschaft sieben Jahre später schreibt, dass längst nicht mehr nur Randgruppen, sondern alle sozialen Schichten zunehmend von chronisch-degenerativen Krankheiten betroffen sind, die vom akut- und biomedizinisch ausgerichteten Gesundheitssystem kaum beeinflussbar sind. Obwohl dieses in den letzten Jahren einen massiven Ausbau erfahren hat. Lediglich Klinische Sozialarbeit nimmt die psychosoziale Natur von Gesundheit und Krankheit in Verbindung mit sozialer Ungleichheit ernst. (S.4)

Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell (siehe Abb. 2) wurde von George Engel (1970, zit. in Pauls, 2004) beschrieben. Dessen Grundgedanke besteht darin, die drei Faktoren (biologische, psychologische und soziale) für sich genommen und in ihrer komplexen Wechselwirkung in Verbindung mit der Entstehung und dem Verlauf von Krankheiten zu berücksichtigen (S.86-87). So gesehen ist der Mensch Teil umfassender Systeme, aber auch selbst ein System. Darauf folgt die Erkenntnis, dass Kommunikation in Systemen unterschiedlich verläuft. (Hafen, 2007b, S.24-25) Nach Pauls (2004) ist es daher entscheidend, wie die Person „Krankheit“ wahrnimmt, dementsprechend ist auch der Umgang mit einer Krise, der interpersonal, familial und gesellschaftlich geprägt ist. Sozialwissenschaftliche, psychologische und psychosomatische Forschungen belegen, dass psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung, dem Verlauf und Heilung von Krankheiten entscheidend sind. (S.86-87)

Nachfolgende Abbildung stellt das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell als Dreieck dar. Die biologischen/körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren bilden die Eckpunkte, die sich wechselseitig beeinflussen.

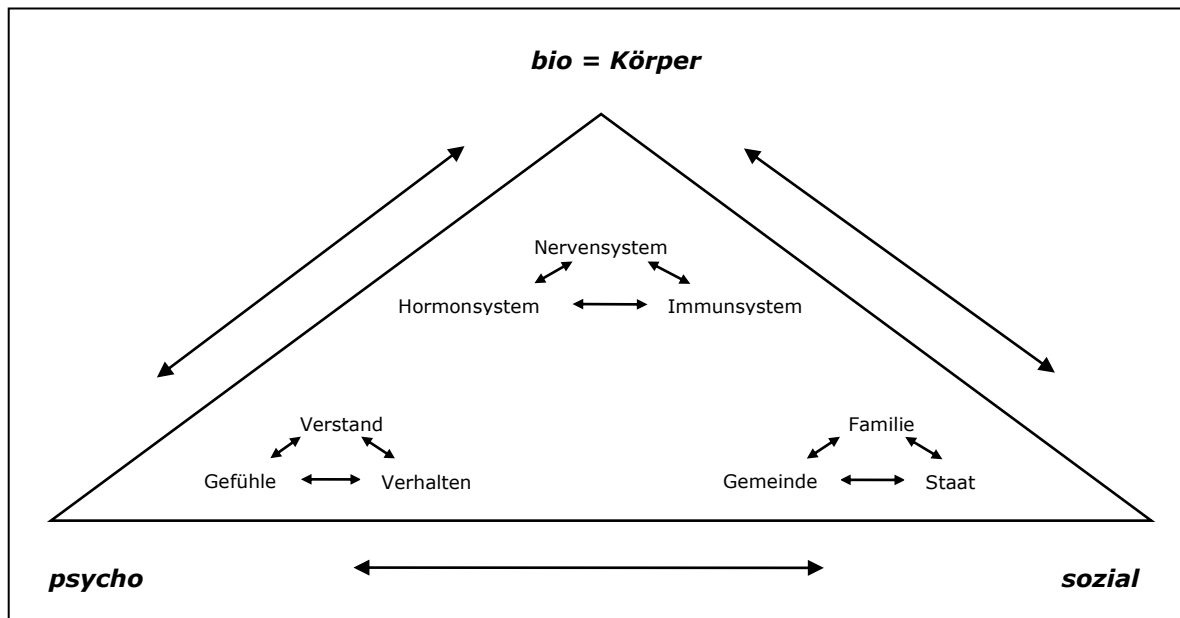


Abb. 2: Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell¹

Der Gedanke vom Menschen als System wird auch von Jakob Uexküll und Wolfgang Wesiack (1996, zit. in Ulrich Binner & Karlheinz Ortmann, 2008) getragen, wenn sie von „Menschen als bio-psycho-soziale Einheit“ (S.74) sprechen. Sie ordnen gesundheitliche Problemlagen physiologischen (biologischen), psychologischen und sozialen Systemebenen zu, die miteinander kommunizieren. Weiter führen sie an, dass diese drei Ebenen gleichrangig zu bewerten sind und leiten daraus einen klaren Auftrag für die Behandlung gesundheitlicher Störungen für die Sozialarbeit ab. (S.74)

Psychosozial kann auch als Schlüsselbegriff bezeichnet werden. Wenn sich die Medizin auf das Körperliche bezieht, muss Sozialarbeit umso nachdrücklicher das (Psycho-) Soziale betonen, wie es Albert Mühlum (2002) ausdrückt. Sozialarbeit hat die Kompetenz für psychosoziale Anliegen. Mühlum hebt damit auch die Ressourcenorientierung hervor, wenn er ausführt, dass sich die Sozialarbeit von der „Fixierung auf Krankheit löst und stattdessen Gesundheit ins Zentrum rückt, sich an Kompetenzen und Ressourcen orientiert anstelle von Defiziten und Risikofaktoren, an Teilhabe und Autonomie statt Entmündigung durch Experten“ (S.13).

¹ Abbildung gefunden unter <http://www.frederich.de/kbild/mager.htm>

Zum Schluss könnte ein Beispiel als Veranschaulichung dienen. Die Abbildung 3 zeigt die Zusammenhänge und Wechselwirkungen von sozialen, psychischen und somatischen Vorgängen auf. Spannungen am Arbeitsplatz und in der Familie können sich bei den Betroffenen auf der psychischen Ebene auswirken. Nicht geäußerte Wut und Traurigkeit belasten die Person und statt darüber zu sprechen, zieht sie sich zurück, was zu körperlichen Symptomen wie beispielsweise Stressgeschwüren führen kann. Dieses Zusammenspiel verschiedener Faktoren begünstigt eine depressive Verstimmung (wieder auf der psychischen Ebene) und führt weiter in die Isolation. Schlussendlich kann sich durch diese Wechselwirkung von psychischen, somatischen und sozialen Vorgängen eine Berufsunfähigkeit entwickeln, wenn die Person (aufgrund der Überforderung) einen Schlaganfall erleidet.

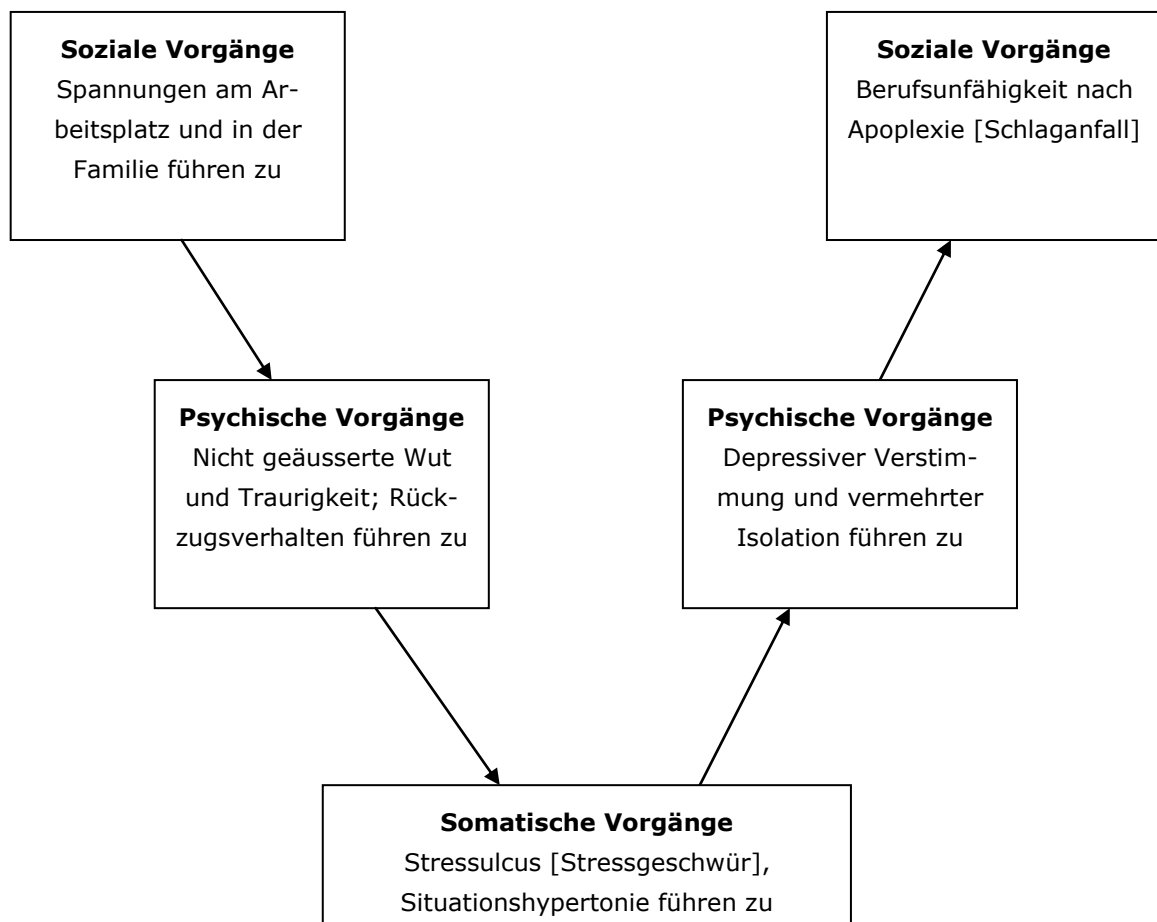


Abb. 3: Ab- und Aufwärtseffekte im somato[bio]-psycho-sozialen Modell nach Uexküll & Wesiak (1997, zit. in Heinz-Alex Schaub, 2008, S.47)

2.2.2 Das Salutogenese Konzept

Die Salutogenese kann als Einflussfaktorenkonzept betrachtet werden, da sie laut Hafén (2007b) Schutzfaktoren fördern und Risikofaktoren bzw. Stressoren vermindern will (S.97). Gerade in der Suchtarbeit ist die Förderung von Schutzfaktoren besonders zu gewichten, da die Sorge um die eigene Gesundheit eines der stärksten Motive ist, Suchtmittelkonsum einzuschränken (Ambros Uchtenhagen, 2000, zit. in Jörg Häfeli, 2008, S.5).

Dem Wortstamm entnommen steht „Saluto“ für die Gesundheit und „Genese“ für die Entstehung von Gesundheit und bedeutet nicht „Förderung oder Entwicklung von etwas Bestehendem“ (Hafén, 2007a, S.56), was vielfach unter Salutogenese verstanden wird. Diese freie Übersetzung von Gesundheitsförderung wird von Hafén in Frage gestellt, wenn er im Vergleich der Salutogenese vs. Pathogenese darüber spricht, dass eine Genese (Generierung, Erschaffung) von Gesundheit gar nicht möglich ist. Er stellt fest, dass es schwierig ist, Faktoren zu bestimmen, die Gesundheit fördern. Wenn nun Antonovsky von einem Salutogenese Konzept spricht, meint er damit ein Schutzfaktorenkonzept, das die beiden Fragen stellt: Was macht uns krank? und gleichzeitig: Was hält uns gesund? Wichtiger Faktor dabei ist das Kohärenzgefühl, das, wenn es positiv ist, zu Widerstandsressourcen führt. Dieses Kohärenzgefühl besteht aus drei Komponenten: der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit einer Situation, in der ein Mensch sich befindet. (Hafén, 2007a, S.52-58)

Zu diesem Thema bemerkt Pauls (2004), dass Gesundheit als ein „anfälliger, labiler und aktiver Prozess, der sich in dynamischer Weise selbst reguliert“ (S.92) zu sehen ist, wobei entscheidend ist, über welche Fähigkeiten eine Person verfügt, ihre Gesundheit wieder herzustellen. Der grundlegende Gedanke oder Ansatz für die Salutogenese gemäss Antonovsky (1993, zit. in Pauls, 2004) ist die Betrachtung, dass Gesundheit über einen permanenten und nie ganz erfolgreichen Kampf erreicht werden kann (S.92). Diese eher etwas negative Ansicht von Gesundheit fängt Antonovsky mit dem Konzept des Kohärenzgefühls auf, das zu Widerstandsressourcen führt und mit diesen soziale Teilhabe des Individuums ermöglicht werden kann (Pauls, 2004, S.94). Die drei Komponenten, die zum Kohärenzgefühl (siehe Abb. 4) führen, werden nachfolgend kurz beschrieben.

Die erste Komponente umfasst das Gefühl der Verstehbarkeit einer Situation (sense of comprehensibility), in der man sich befindet. Bei dieser Komponente geht es um kognitive Verarbeitungsmuster bzw. Wissen, wie jemand sich die Welt erklärt. Es geht darum, wie mit den Erfahrungen innerhalb eines Lebens umgegangen wird, wie Wachstum oder Altern, Heirat, Geburt, berufliche Veränderungen, Schicksalsschläge

usw. erlebt werden und wie offen – psychologisch gesehen – eine Person für Veränderungen ist. (Pauls, 2004, S.92-93)

Die zweite Komponente beschreibt das Gefühl der Handhabbarkeit/Beherrschbarkeit (sense of manageability) der konkreten Situation, was vor allem die Bewältigungsstrategien einer Person meint. Es fragt sich, ob geeignete Ressourcen für die Bewältigung eines Problems wie z.B. eigene Kompetenzen, soziale Unterstützung, materielle Ressourcen und ähnliches vorhanden sind und wie die Belastungsbalance aussieht. (Pauls, 2004, S.93)

Die dritte Komponente geht von einem Gefühl der Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness) für die Situation oder dem zu bewältigenden Problem aus. Einen Sinn oder eine Bedeutung in der Bewältigung des Problems zu sehen, führt schlussendlich dazu, ob jemand das Lösen des Problems als positive Herausforderung seines Lebens oder als Qual wahrnimmt. Darin eingeschlossen sind besonders religiöse, spirituelle und lebensphilosophische Ansichten. (Pauls, 2004, S.93)



Abb. 4: Kohärenzgefühl²

Interessanterweise basiert die dritte Komponente gemäss Antonovsky (1997, zit. in Pauls, 2004) auf der „Partizipation an der Gestaltung der Handlungsergebnisse“ (S.93), womit gefragt wird, inwiefern eine Person mitentscheiden kann, ob sie eine Erfahrung machen will oder nicht, nach welchen Regeln es laufen soll und ähnlichen Fragen. Nach Antonovsky wird es für das Individuum eine Welt ohne Bedeutung, wenn es seine Handlungen darin als gleichgültig erlebt. Es ist zentral, dass Menschen die

² Abbildung gefunden unter <http://www.geonteam.de/index.php?sid=11&pid=16>

Herausforderungen des Lebens bejahen können und mitbestimmen können. Erst dadurch können sie auch Verantwortung für ihr Handeln übernehmen und tragen. (S.94)

Pauls (2004) definiert das Kohärenzgefühl auch als „globale Orientierung“ (S.92) im Leben eines Menschen, mit einem grundlegenden Vertrauen, den Anforderungen des Lebens gewachsen zu sein, über die nötigen Ressourcen verfügen zu können und in der Bewältigung der Anforderungen auch einen Sinn zu sehen. Zentral ist daher, dass ein starkes und positives Kohärenzgefühl Personen befähigt, in einer Situation adäquat zu reagieren. Mit den dadurch erworbenen (oder gewonnenen) Widerstandsressourcen ist die Person dann in der Lage, mit den zum Leben gehörenden und zu erwartenden Belastungen und Risiken umzugehen. (S.94)

So gesehen kann das Konzept der Salutogenese als ressourcenorientiert gesehen werden, da es nach gesundheitsunterstützenden Faktoren fragt (Mühlum, 2002, S.14). In der Zusammenfassung seiner Überlegungen zur Salutogenese schreibt Hafén (2007a), dass sich sowohl Prävention als auch Behandlung an den Ressourcen orientieren muss, wenn Ziele der Heilung, Verhinderung von Krankheit und von Verletzungen erreicht werden wollen (S.112).

2.2.3 Das Konzept der Person-in-der-Situation/person-in-environment

Wie aus der Geschichte der Klinischen Sozialarbeit ersichtlich, war der Ansatz der person-in-environment bereits vor gut 80 Jahren zu sehen. Salomon (1926, zit. in Geissler-Piltz, 2006) schrieb damals, dass „alle Fürsorge“ (S.7) darin besteht, einem Menschen zu helfen, sich in der gegebenen Umwelt einzuordnen, zu behaupten und zurechtzufinden – oder dass man seine Umwelt entsprechend verändert, dass er sich darin bewahren und entfalten kann.

Pauls (2004) fordert auf, für das Konzept der person-in-environment eine breite systemische Orientierung zu haben, die alle drei Systemebenen (bio-psycho-sozial) berücksichtigt (S. 68). Diese Sichtweise wird von Dieter Röh (2008) unterstützt, wenn er bei der gegenseitigen Abhängigkeit von Systemen hervorhebt, dass Systeme zwar eine Eigenwelt haben, womit die Fähigkeit zur Selbstorganisation gemeint ist, diese aber auch den Einflüssen der Umwelt ausgesetzt sind (S.41). In dem Sinne beruht dieses Konzept auf dem bio-psycho-sozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit und bildet den Bezugsrahmen Klinischer Sozialarbeit (Geissler-Piltz et al., 2005, S.100).

Für die Grundlage des Konzeptes verweist Pauls (2004) auf den Umstand, der von Richmond bereits 1922 betont wurde, wenn sie zur Haltung auffordert, „Klienten als

Handelnde in multiplen sozialen Milieus oder Systemen zu betrachten“ (S.68), wobei die gegenseitige Wechselwirkung nicht vergessen werden darf (siehe Abb. 5). Pauls greift tief in psychologisches Erklärungswissen, wenn er zusammenfasst, dass Menschen durch direktes Lernen oder Beobachten im Verlauf ihres Lebens Informationen über die Welt erwerben und über die Beziehungen zu ihr die Kompetenz ausbilden, Kognition (Denken) und Verhalten zu entwerfen. Diese Kompetenz beinhaltet Verhaltensregeln und Konzepte über sich Selbst und über andere Personen. Ein wichtiger Aspekt daraus ist, dass das Verhalten einer Person immer unter dem Einfluss ihrer Interpretation von Situationen steht. (S.70-71)

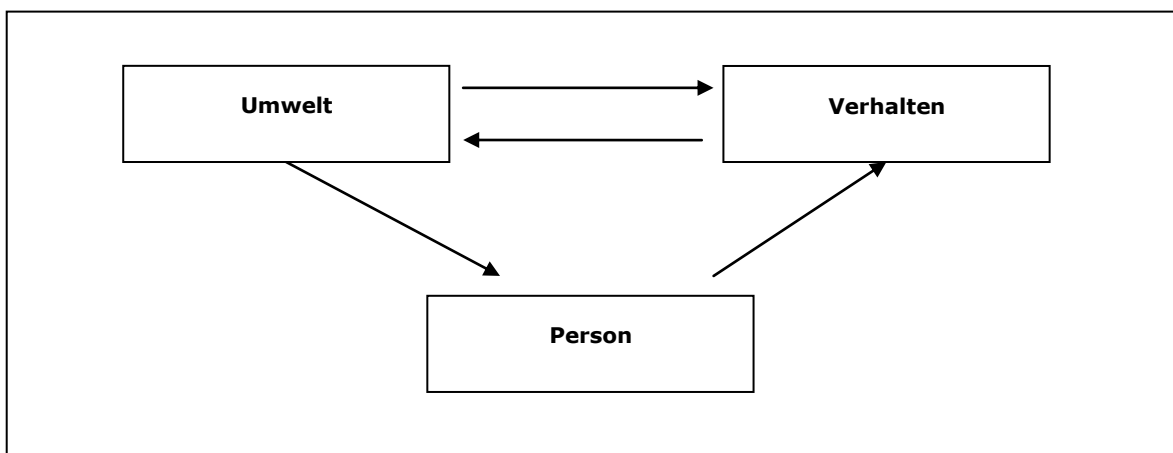


Abb. 5: Der Einfluss der Person auf die Beziehung von Umwelt und Verhalten³

Ein weiterer Gesichtspunkt der person-in-environment ist der Zusammenhang von „Erleben-Verhalten“. Dazu schreibt Ernst Heinrich Bottenberg (1995, zit. in Pauls, 2004), dass alles, was in einer Situation geschieht, für das beteiligte Subjekt ein „Ereignis“ darstellt. Was in einer konkreten Situation unter sozialen und materiellen Gegebenheiten geschieht, kann als „Ereignis-in-Situation“ bezeichnet werden. Da der Mensch immer erlebt und gleichzeitig handelt, spricht Bottenberg von „Erleben-Verhalten“ (S.73). Diese Erkenntnis ist deshalb wichtig, weil Klinische Sozialarbeit häufig mit einer Klientel zu tun hat, die sich aufgrund sozialer Ungleichheit in benachteiligten, defizitären sozialen und materiellen Umgebungen befindet und ihre Handlungsweise auf extreme Lebenssituationen zurückgeführt werden kann. Abweichendes Verhalten kann eine Reaktion auf ungünstige Lebensbedingungen oder auch eine psychische Disposition sein, ist aber keinesfalls eine Rechtfertigung für normabweichendes Verhalten. Doch hilft die Sichtweise, dass (abweichendes) Verhalten oft nachvoll-

³ Abbildung gefunden unter http://de.wikibooks.org/wiki/Sozialklima_von_Groupen:_Umwelttheorien

ziehbar wird, da es als Reaktion auf extrem unglückliche Lebensumstände, Situationen und Lernbiographien schliessen lässt. (S.74)

Dieses Verständnis, resp. diese Haltung ist hilfreich, um den Alltag der Klientel „gelingender“ zu gestalten, wie das Hans Thiersch (1993, zit. in Michael Galuske, 2005) ausdrückt. Der Ansatz der Person-in-der-Situation kann deshalb als lebensweltorientierte Sozialarbeit gesehen werden. So schreibt Thiersch, dass diese Orientierung den „Alltag der Adressaten mit einbezieht“ und den „Ort sozialarbeiterischen Geschehens, wo Probleme entstehen, wo die Adressaten leben und mehr oder minder angemessene Strategien der Lebensbewältigung gebrauchen“ meint (S.145). Nach Juliane Wahren (2008) geht es beim Konzept der person-in-environment genau darum, in dieser Lebenswelt Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern, indem Verhalten beobachtet, nachvollzogen und Lösungsansätze gefunden werden (S.179).

2.2.4 Das Konzept der sozialen Unterstützung

In der nachfolgenden Beschreibung des Konzeptes der sozialen Unterstützung wird die Verbundenheit zu den anderen eben beschriebenen Konzepten und Modellen, vor allem zum Konzept der Person-in-der-Situation deutlich.

Das Konzept der sozialen Unterstützung geht vom Mensch als soziales Wesen aus. Pauls (2004) geht gar noch weiter, wenn er schreibt, dass es kein ‚Selbst‘ gibt ohne sozialen Bezug oder soziale Erfahrungen (S.66). Oder nach Bertolt Brecht (1957): „Die kleinste gesellschaftliche [soziale] Einheit ist nicht der Mensch, sondern zwei Menschen“ (S.131). Die gesunde Entwicklung von Identität und Selbstbild verlangt eine letztendlich positive Auseinandersetzung mit den bereits in Kapitel 2.1.3 erwähnten Entwicklungsaufgaben im Leben eines Menschen und ist eine fortwährende Aufgabe (Pauls, 2004, S.65).

In seinem Grundlagenbuch geht Pauls (2004) zur Erklärung des „Selbst-in-der-Welt“ zurück auf die acht Entwicklungsphasen nach Erik Erikson (1965, zit. in Pauls, 2004), der die Weiterentwicklung im Leben des Individuums vom Ergebnis der Bewältigung der vorangegangenen Aufgabe abhängig macht (S.63). So entsteht ein Selbstkonzept, wie ein Mensch sich selber erklärt, sozusagen der Rahmen, wie eine Person denkt, fühlt und sich verhält. Das Selbstwertgefühl kann gemäss Pauls (2004) als die „Summe der verschiedenen, situations- und personenabhängigen – positiven und negativen – Selbsteinschätzungen (...)“ (S.66) definiert werden. Dieses Selbstwertgefühl ist von enormer Bedeutung, wenn man berücksichtigt, dass ohne ein Minimum an Selbstwertgefühl ein Weiterleben sinnlos erscheint, wie Befunde der Selbstkonzeptforschung von Thomas Schauder (1996, zit. in Pauls, 2004) belegen. Weiter zeigte diese Forschung,

dass das Selbstwertgefühl vorwiegend durch aktive oder passive Vergleiche unter Menschen der sozialen Umwelt beeinflusst wird. (S.66-67)

Wenn festgehalten werden kann, dass der Mensch in grundlegender Hinsicht Teil seiner Mitwelt und er selbst existentiell von ihr abhängig ist, kann nachvollzogen werden, dass sich gewährte oder verweigerte Unterstützung des Umfelds direkt auf ihn auswirkt, wie Binner und Ortmann (2008) das Konzept der sozialen Unterstützung zusammenfassen. Sie betonen weiter, dass soziale Netzwerke deshalb so bedeutungsvoll sind, weil „Gesundheit und Krankheit in ihnen gelebt werden und sie eine Vielzahl unterschiedlicher Ressourcen für Gesundheit und Gesundung beinhalten.“ (S.76)

Pauls (2004) rundet das Thema mit den Worten ab, dass Klinische Sozialarbeit in der psychosozialen Beratung und Behandlung immer auch mit dem Selbstbild und der Selbstbewertung ihrer Klientel in deren Umfeld in Kontakt kommt. Wenn dieses ‚Selbst‘ durch die vielfältigen Belastungen des Alltags niedergedrückt ist, ist es oft besonders wichtig, ihm langfristige Bindung und Halt gebende – heilende – Hilfen zu bieten. Dies kann im Idealfall zu einem stabilisierten Selbstkonzept und einem erhöhten Selbstwertgefühl führen und KlientInnen befähigen, sich in ihrer Umwelt besser zu orientieren und zu handeln. (S.67)

Um zum Schluss nochmals die gesundheitswissenschaftliche Forschung sprechen zu lassen, die Pauls (2004) zu den bio-psycho-sozialen Zusammenhängen erwähnt, zeigt sie in überzeugender Weise auf, dass „psychosoziale Integration und soziale Unterstützung die besten Schutzfaktoren vor körperlicher und psychischer Erkrankung sind. (...) Die Gesellschaft wird niemals mit Medikamenten ausgleichen können, was an Krankheiten aus Mangel an sozialer Zuwendung und psycho-sozialem Wohlbefinden entsteht.“ (S.35)

2.2.5 Psychosoziale Behandlung

In den folgenden Abschnitten geht es darum, psychosoziale Behandlung als wichtigen Bestandteil Klinischer Sozialarbeit zu erklären, wenn auch das Wort Behandlung mit vielen Missverständnissen und Verwechslungen belastet ist.

Ein Teil wurde bereits in Kapitel 2.1.1 beschrieben, wenn die Herleitung des Wortes „klinisch“ für die (Heil-)Kunst des psychosozialen Helfens steht. Auch hier ist es wieder Pauls (2004), der auf die Unterschiede sowie auf die gemeinsamen Ziele einer ganzheitlichen Behandlung hinweist, wenn er sagt, dass „behandeln primär zielgerichtetes, planmässiges und methodisches Handeln“ bedeutet (S.197). Dem fügt er hinzu, dass Behandlung (gleichsam ‚Therapie‘) in der Gesellschaft mit der Krankenbehandlung in

Verbindung gebracht wird. Ein wesentlicher Unterschied ist, dass die (psychotherapeutische) Krankenbehandlung in Deutschland aufgrund ihrer gesetzlichen Anerkennung über Krankenkassen abgerechnet werden kann, diejenigen, die zum klinischen Aufgabenbereich der Sozialarbeit gehören jedoch nicht. Gemeinsam hingegen sind die Ziele einer ‚Behandlung‘, wenn sie die Heilung und Förderung der Gesundheit, Rehabilitation, Unterstützung bei Lebens- und Reifungskrisen usw. im Fokus hat. (S.197-198) Das in Kapitel 2.1.6 bereits erwähnte ‚Plus‘ Klinischer Sozialarbeit ist, dass sie sich nicht nur auf die Unterstützung des Individuums betreffend seiner Lebensweise bezieht, sondern gleichzeitig die individuelle Lebenslage bei den Interventionen mitberücksichtigt (S.202). Anders formuliert sagt Pauls an anderer Stelle, dass die Sichtweise der klinisch Sozialarbeitenden eine klientenzentrierte ist, jedoch ohne die Sozialsystemorientierung aus dem Blick zu verlieren, also die systemische Perspektive integriert (S.265).

Mit anderen Worten definiert Pauls (2004) aufgrund dieser Elemente psychosoziale Behandlung als zielgerichteten, beratenden, therapeutischen und unterstützenden Prozess, der mit entsprechenden Interventionen zwischen den Betroffenen, ihrem sozialen Umfeld und Fachkräften durch eine professionelle und helfende Beziehung getragen wird. In Anbetracht der Komplexität der Aufgabe ergibt es sich, dass eine Kooperation der verschiedenen Disziplinen wie Medizin, Psychologie, Erziehungs- und Pflegewissen nötig wird (S.203).

Da nun geklärt ist, dass psychosoziale Behandlung auf die heilsamen Veränderungen der Lebensweise und der Lebenslage der Klientel abzielt, werden nachfolgend die verschiedenen Methoden genauer betrachtet.

2.3 Methoden

Die in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Konzepte und Modelle bilden die Grundlage für die ausgewählten Methoden Klinischer Sozialarbeit. Die Methoden beinhalten oder widerspiegeln auch die Haltung, die aus den Konzepten und Modellen für die klinisch Sozialarbeitenden ersichtlich wird. Die folgenden Unterkapitel beschreiben wichtige Aspekte von acht Methoden, die Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit auszeichnen. Es sind psychosoziale Beratung, Soziale Diagnose, Soziale Therapie, Psychoedukation, psychosoziale Rehabilitation, Netzwerkarbeit/Case Management, Interdisziplinäre Teamarbeit sowie Krisenintervention. Abschliessend werden noch wichtige Wirkfaktoren methodischen Handelns betrachtet.

2.3.1 Psychosoziale Beratung

Psychosoziale Beratung ist gemäss Geissler-Piltz et al. (2005) die Kernkompetenz Klinischer Sozialarbeit, da sie als „primärer Interventionsansatz“ (S.107) für die Problem- und Konfliktlösung gesehen werden kann. Erst in der Beratung können auch andere Methoden Klinischer Sozialarbeit zur Lebensbewältigung angewandt werden, die eine angestrebte Veränderung des Verhaltens der KlientInnen bewirken.

Pauls (2004) bezeichnet psychosoziale Beratung als Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs- und Handlungshilfe unter Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte psychischer und somatischer Krankheiten (S.272). Geissler-Piltz et al. (2005) sehen sie auch als Haltefunktion, die häufig mit sozial- und psychotherapeutischen Anteilen auf Klärung von Konflikten und Ressourcenaktivierung zielt (S.107).

Nach Wendt (2002) handelt es sich bei der psychosozialen Beratung um eine spezielle, gesundheitsbezogene Beratung, die dann als klinisch bezeichnet werden kann, wenn in der Beratung direkt auf den somatischen, psychischen bzw. psychosozialen Gesundheitszustand Einfluss genommen wird. Im Unterschied zu sozialer Beratung ohne klinische Aufgabenstellung zeigt sich der psychosoziale Charakter, wenn innere und äussere Belastungen das Leben der Klientel erschweren und Krisen oder Konflikte auslösen und wenn „in die Beratung [eben diese] Umstände in Betracht gezogen werden, die „kränken“, krank gemacht haben oder krank machen können.“ (S.42)

Beratungsaufgaben erfolgen als weiteres Merkmal psychosozialer Beratung aus Passungsproblemen, die bereits im Kapitel 2.1.3 erklärt wurden. Nach Pauls (2004) führen diese Diskrepanzen, die oft zwischen den Anforderungen einer zu bestehenden Entwicklungssituation sowie den subjektiven und objektiven Bewältigungsmöglichkeiten liegen, in schweren Fällen, wie es bei Klinischer Sozialarbeit oft vorkommt, zum Verlust der Handlungs- und Lebensführung (276). Psychosoziale BeraterInnen sind daher herausgefordert, sowohl Unterstützung der Einzelnen wie auch die Entwicklung von Bedingungen zu fördern, damit KlientInnen die Situation selbständig lösen können. Vielfach geht man bei sozialarbeiterischer Beratung davon aus, dass die hilfesuchende Person Wahlmöglichkeiten in Bezug auf ihr Handeln hat und es wird entsprechend praktische Beratung im Sinne z.B. der Realisierbarkeit geleistet. (S.277) Diese Wahlmöglichkeiten sind laut der Sozialarbeiterin Martha Figueira (Interview vom 12. Juni 2009) bei KlientInnen im Suchtbereich oft eingeschränkt.

Als wichtiger Beratungsstil, besonders in der Arbeit mit SuchtklientInnen, ist die Motivierende Gesprächsführung zu nennen. Sie kann als Teil der psychosozialen Beratung gesehen werden, weil es gemäss Otto Schmid (2008) auch bei der Motivierenden Gesprächsführung darum geht, mit den KlientInnen zusammen eine Veränderung zu er-

zielen. Die Motivierende Gesprächsführung ist ein klientenzentrierter, direkter aber nicht konfrontativer Beratungsstil, bei dem die Beziehung zwischen BeraterIn und KlientIn ein wesentlicher Faktor zur Motivation ausmacht. Für das Motivationsverständnis ist das Salutogenese Konzept mit dem Kohärenzgefühl (siehe Kapitel 2.2.2) sehr wichtig, denn erst wenn eine Veränderung verstehbar, machbar und bedeutsam ist, kann eine Person Motivation dafür entwickeln. (S.4-5)

Psychosoziale Beratung bietet gemäss Klaus Sander (1999, zit. in Pauls, 2004) Lösungshilfen auf verschiedenen Ebenen an. Auf der ersten Ebene geht es um Information und Orientierung, was die Vermittlung von Wissen und Fakten meint, aber auch die Besprechung von Plänen und Vorgehensweisen. Die zweite Ebene betrifft die Deutung und Klärung von Erfahrungen, Gefühlen und Einstellungen im Sinne eines Ordnen und Zusammenfassens. Mit Hilfe dieser Klärung können neue Sichtweisen und Sinninhalte erarbeitet werden. Bei der dritten und letzten Ebene geht es um Handlung und Bewältigung, was den Erwerb entsprechender Handlungskompetenzen und Verhaltensweisen und deren Training in Form von Übungen anspricht. (S.278)

Weiter ist noch ein spezieller Aspekt der psychosozialen Beratung zu erwähnen, der mit der Fähigkeit des Selbstbezuges einer Person zusammenhängt. Diese Fähigkeit ist bei vielen KlientInnen Klinischer Sozialarbeit nicht gegeben, wodurch eine Arbeit daran nur schwer möglich wird. (Pauls, 2004, S.280). Zu diesem Aspekt ist interessant, wenn Rainer Sachse (2009) in Bezug auf Menschen mit Persönlichkeitsstörungen (zu denen ein grosser Teil KlientInnen Klinischer Sozialarbeit gehören) schreibt, dass diese entweder gar keine oder nur eine geringe Einsicht haben, dass sie Teil ihres Problems sind. Das meint, dass sie nicht erkennen können, welchen eigenen, persönlichen Beitrag sie zur Entstehung resp. zum Bestehenbleiben einer Situation, eines Problems, beitragen. Ihnen dahingehend zu einem Problembewusstsein zu verhelfen oder gar eine Problemdefinition zu erarbeiten, ist ein spezieller aber enorm wichtiger Aspekt psychosozialer Beratung. Es muss in der Arbeit mit ihnen auch verstanden werden, dass sie häufig nicht aus eigenem Antrieb in Therapie gehen oder Hilfe über eine Institution der Sozialarbeit (z.B. Beratungsstelle) in Anspruch nehmen. Sie ‚landen‘ erst dann bei Psychologen und Psychologinnen oder einer Beratungsstelle, wenn die ‚Kosten‘ ihrer Störung zu hoch werden oder zu hoch sind. Unter ‚Kosten‘ können Ängste, Depressionen, angedrohte oder erlebte Beziehungsabbrüche verstanden werden, beispielsweise wenn KlientInnen durch PartnerInnen unter Druck gesetzt werden, verlassen zu werden, wenn keine Änderung im Verhalten passiert. (S.42-43) Weiter erklärt Sachse, dass gerade diese KlientInnen sehr beziehungsmotiviert sind und es daher zentral ist, in einem ersten Schritt zu versuchen, eine solche zu gestalten, d.h. das Vertrauen der Person über die Beziehung zu gewinnen. Und hier wird deutlich, was in der Arbeit mit KlientInnen Klinischer Sozialarbeit so bedeutsam ist, nämlich Bezie-

hungsarbeit. Ohne tragfähige Beziehung zu KlientInnen sind Interventionen in Richtung persönlicher Veränderung nicht möglich. Und ohne „Beziehungskredit“ (S.45) ist keine notwendige Konfrontation in Bezug auf die selbst erzeugten und nicht gewollten Kosten denkbar. (S.45) Auch Hegeler (2008) stützt die Aussage von Sachse, wenn sie betont, dass Klinische Sozialarbeit immer auch Beziehungsarbeit ist und nur mit einer Beziehung individuelle Lösungen gemeinsam erarbeitet und umgesetzt werden können (S.129).

Abschliessend kann gesagt werden, dass professionelle Helfende ihre KlientInnen dann bei Veränderungen in ihrem Verhalten unterstützen, wenn sie sie in Alltagssituationen mit einer ihnen zugewandten, verständnisvollen Grundhaltung mit den Kosten ihrer Handlungen konfrontieren. (Sachse, 2009, S.54) Aufgrund der möglicherweise schon häufig in Beratungen erlebten Überforderung der KlientInnen durch eine von aussen erwartete Veränderung rät Pauls (2004) dahingehend, das Tempo der Hilfestellungen für die angesteuerten Veränderungen je nach dem zu verlangsamen. Es soll vermieden werden, dass die therapeutischen Schritte mehr Schmerz auslösen, als die KlientInnen aushalten können. (S.284)

2.3.2 Soziale Diagnose

Der Begriff „Soziale Diagnose“ ist in der Sozialarbeit eher unbekannt. Die soziale Diagnose ist aber eine wichtige Methoden Klinischer Sozialarbeit. In diesem Kapitel soll kurz die Herkunft sowie Sinn und Zweck einer sozialen Diagnose aufgezeigt und dann die Brücke zur Anwendung in der KlientInnenarbeit geschlagen werden.

Pauls (2004) beschreibt den Weg der sozialen Diagnose als lange Tradition, die bereits von Salomon 1926 für den Begriff der Ermittlung einer bestehenden Situation eingeführt wurde. Die Leistung der sozialen Diagnose beinhaltet Informationen zu einer Situation zu erfassen, zu prüfen, zu vergleichen, zu bewerten und Schlüsse daraus zu ziehen, um so zu einem Gesamtbild zu kommen, aufgrund dessen die notwendigen Interventionen für die Lösung der Probleme eingeleitet werden können. (S.208)

Röh (2008) definiert soziale Diagnose als einen Prozess, in welchem es um die Erkenntnisgewinnung und -verarbeitung geht. Dieser kommunikative Prozess soll die sozialen Probleme erfassen und so formulieren, dass sich daraus sozialarbeiterisches Handeln ableiten lässt. (S.35-36)

Geissler-Piltz et al. (2005) schreiben dazu, dass es um die Erfassung dessen geht, „was der Fall ist“ (S.101). Dazu ist eine ganzheitliche Sichtweise erforderlich, um störungsrelevante Merkmale von Belastungen sowie Ressourcen einer Person in ihrem

Alltag zu erfassen (S.101). Zur Definition sozialer Diagnose ist ausserdem zu erwähnen, dass es nicht lediglich um eine Arbeit zu Beginn einer Behandlung geht, sondern wie Pauls (2004) es ausdrückt, ein Instrument jeder psychosozialen Intervention ist, das „als permanenter Bestandteil jeder Phase des Arbeitsprozesses“ (S.205) wirkt.

Nutzen der sozialen Diagnose können auf zwei Seiten identifiziert werden, auf der Seite der KlientInnen und auf der anderen Seite bei den professionellen Sozialarbeitenden. So kann der Nutzen auf Seiten der KlientInnen in der möglichen Einsicht in ihre Probleme und deren Zusammenhänge mit ihrer Lebenslage, ihrem Verhalten und Erleben sein, wie Geissler-Piltz et al. (2005) schreiben. Sie verweisen auch darauf, dass damit eine unangemessene Psychiatrisierung der Betroffenen vermieden werden kann, da ohne Erkenntnis der Probleme, welche möglicherweise aus der sozialen Dimension entstanden sind, nur auf psychiatrische Diagnosen Rückgriff genommen wird. So liefert die soziale Diagnose Grundlagen für die Veränderungsarbeit einschliesslich der Vorschläge, die im jeweiligen Kontext angestrebt werden. (S.101) Zum Nutzen auf Seiten der Sozialarbeitenden schreiben Silke Jakobs und Dieter Röh (2005), dass diese Methode zu einer „professionell begründeten, ethisch gerechtfertigten und wirkungsvollen Veränderung sowohl individueller als auch gesellschaftlicher Entwicklung“ (S.283) beiträgt. Damit berühren sie auch das Thema des doppelten, resp. dreifachen Auftrags Klinischer Sozialarbeit, das in den Kapiteln 2.1.4 und 2.1.5 kurz erläutert wurde, wenn sie ausführen, dass der Auftrag der Sozialarbeit nicht nur die Integration von Menschen in die bestehende Umwelt beinhaltet, sondern sich auch immer der „Normalisierung durch Veränderung dieser Zusammenhänge selbst widmen muss“ (S.283).

Die Erfassung der notwendigen Informationen erfolgt über einen detaillierten Fragebogen. Gernot Hahn (2006) bemerkt dazu, dass eine verlässliche und fachlich fundierte Einschätzung der Situation von KlientInnen am Anfang jedes sozialen Hilfsprozesses steht und nennt dies Assessment. Dieses Assessment soll strukturiert und operationalisiert die komplexe Situation der KlientInnen erfassen und darstellen. (S.45) So soll die Diagnose nach Jakobs und Röh (2005) auch eine Einschätzung der Person in ihrer Umwelt sein mit dem Ziel, soziale Bedürfnisse, Notlagen und Probleme feststellen zu können (S.285).

Zusammengefasst dient die soziale Diagnose der multidimensionalen Erfassung der Person-in-ihrer-Situation mit Hilfe eines Fragebogens, der Biographiearbeit (z.B. mit Hilfe eines Genogramms) einschliesst und Grundlage für die daraus abgeleiteten Interventionen bietet. Nach Jakobs und Röh (2005) unterscheidet sich Soziale Diagnose dahingehend auch von einer medizinischen, als dass sie sich nach einem erfolgten

Eingriff mit entsprechender Veränderung der Situation anpasst und so weitere Veränderungsschritte erfolgen können (S.286).

2.3.3 Soziale Therapie

Die einschlägige Literatur definiert Soziale Therapie vor allem über ihre Wirkungen, die sie in Zusammenhang mit bio-psycho-sozialen Problemen bei KlientInnen Klinischer Sozialarbeit hat. Es folgt vorerst eine Betrachtung der Inhalte zur Definition Sozialer Therapie. Anschliessend wird den Fragen nachgegangen, auf welcher Basis Soziale Therapie wirken kann sowie welche Ziele sie verfolgt.

Binner und Ortmann (2008) sehen Soziale Therapie als dialogisches Hilfsangebot, bei dem KlientInnen und Helfende miteinander sprechen und handeln und so individuell zugeschnittene Lösungen suchen und finden können (S.84). Pauls (2004) spricht zwei Aspekte an, von denen die Soziale Therapie geleitet wird, wenn er schreibt, dass es sich dabei um professionelle zwischenmenschliche Hilfe handelt, die auf einer personalen therapeutischen Beziehung basiert sowie um die Integration der KlientInnen in ihr bestehendes System (S.285). Pauls (2004) zitiert Weil (1994, zit. in Rolf Schwendter, 2000), der in seiner weitgefassten Definition von Sozialer Therapie als der „immanenten Kunst des Situationsverstehens in der Begegnung mit dem Individuum als auch dem Gemeinwesen“ (S.285) spricht. Dieses Zitat bringt die Soziale Therapie in Verbindung mit dem Konzept der person-in-environment, welches die Behandlung von Einzelpersonen, soziale und beratend-therapeutische Hilfe, sowie auch Massnahmen und Hilfen in Bezug auf die Umgebung meint. Nach Pauls eignet sich daher die Soziale Therapie besonders als Methode Klinischer Sozialarbeit, weil beide auf dem Konzept der person-in-environment basieren. (S.286)

Mit ihren Methoden wie Gesprächsführung, Beratung, aktive soziale Unterstützung, Begleitung, psychotherapeutische Interventionen ist Soziale Therapie laut Pauls (2004) mehr als psychosoziale Beratung, da sie durch systemische, aufsuchende und umgebungsbezogene Behandlungsstrategien die Unterstützungsfähigkeit fördert und die Umgebung, in der diese Personen leben will, verbessert. Es ist das ‚Mehr‘ der therapeutische Bindungsbeziehung, die Einfluss auf das „Erleben-Verhalten“ nehmen kann (S.286), also Beziehungsarbeit voraussetzt, wie bereits in Kapitel 2.3.1 erwähnt.

Ziel der Sozialen Therapie ist mit Hilfe des klientenzentrierten und verhaltenstherapeutischen Vorgehens die Unterstützung der Personen in der Arbeit an ihrem Selbstbild, die Unterstützung in aktuellen Konflikten, im Ertragen und Bewältigen der Lebenssituationen sowie Beistand zu leisten beim Leben mit der Krankheit. (Pauls, 2004, S.296) Mit klientenzentriert meint Pauls vor allem die Gesprächsführung nach Carl

Rogers mit den drei Komponenten Empathie, Akzeptanz und Kongruenz (S.184-187). Gemäss Pauls ist es jedoch wichtig zu erkennen, dass es auch Grenzen des klientenzentrierten Vorgehens gibt, wenn beispielsweise keine Krankheitseinsicht, fehlende Motivation oder eine zu akute Symptomatik vorhanden ist. Es muss mindestens ansatzweise möglich sein, dass KlientInnen mit den TherapeutInnen kommunizieren und sie verstehen können; je nach dem ist dies krankheitsbedingt nicht oder noch nicht gegeben. Diese Personen sind dann in solchen Situationen mit den zu erreichenden Zielen Sozialer Therapie überfordert. (S.298)

2.3.4 Psychosoziale Rehabilitation

Psychosoziale Rehabilitation wird von Silke Jakobs, Ruth Haas und Harro Ohlenburg (2008) als „verbindenden Faktor“ (S.154) Klinischer Sozialarbeit genannt. Sie leiten diesen Gedanken vom Blickwinkel der Ziele psychosozialer Rehabilitation in Verbindung mit interdisziplinärer Teamarbeit her. (S.154) Bevor das Modell der Rehabilitation von Jakobs et al. kurz beleuchtet wird, folgen erst einige Hintergrundinformationen zur psychosozialen Rehabilitation.

Pauls (2004) Hauptgedanke zur psychosozialen Rehabilitation ist der Begriff der „Wiederbefähigung“ (S.312). Wenn der Fokus Klinischer Sozialarbeit auf der sozialen Dimension liegt, könnte man auch von sozialer Wiederbefähigung kranker und behinderter Menschen sprechen. Gemäss Pauls steckt hinter der Rehabilitation eine präventive Idee, die die Förderung der Gesundheit, Schutz vor möglichen Störungen und zusa-gen jegliches Bemühen umfasst, das Leben lebenswerter zu machen. Er nennt drei Aspekte der Prävention, indem er von primärer Prävention, Früherkennung (oder sekundärer Prävention) und Rückfallprophylaxe (tertiärer Prävention) spricht. Beim ersten Aspekt geht es darum, das Auftreten der Störung zu verhindern. Beim zweiten sollen anlaufende Krankheitsprozesse erkannt und eine Chronifizierung vermieden werden. Die dritte Stufe der psychosozialen Rehabilitationsmassnahmen beinhaltet eine Rückfallprophylaxe, bei der die Chronifizierung bereits entstandener Schäden verhindert oder gemildert werden soll. (S.313)

Mühlum und Norbert Gödecker-Geenen (2003, zit. in Pauls, 2004) verstehen unter psychosozialer Rehabilitation „alle Massnahmen, Leistungen und Hilfen (...), die auf die Behinderungsbewältigung und soziale Eingliederung gerichtet sind – mittlerweile organisiert in einem hochspezialisierten Leistungssystem mit ganzheitlichem, interdisziplinären Behandlungsansatz“ (S.314). Dieses Verständnis führt zurück zum entwickelten Modell der Rehabilitation von Jakobs et al. (2008), die in Verbindung damit

folgende Ziele für die integrative Versorgung setzen:

- die (Wieder-)Herstellung der subjektiven Zufriedenheit mit oder ohne objektive Genesung
- die Bewältigung der in Folge von Krankheit aufgetretenen sozialen Probleme
- die Förderung salutogener Ressourcen zur aktiven Lebensgestaltung
- die Aufrechterhaltung sozialer Integration, d.h. die Einbindung in befriedigende und stützende Netzwerke und Beziehungen zu anderen Menschen. (S.148)

Jakobs et al. (2008) unterstreichen, dass psychosoziale Rehabilitation durch Klinische Sozialarbeit dann verbindender Faktor ist, der interdisziplinäre Teamarbeit möglich macht, wenn sie in Zusammenarbeit mit den anderen Fachdisziplinen die soziale Dimension in ihren Überlegungen und Interventionen berücksichtigt. Sie ist auch dann verbindend, wenn sie Kontakte im Sinne des Case Managements (siehe Kapitel 2.3.6) knüpft und reguliert und damit die Behandlung optimiert. (S.154)

Ein weiterer wesentlicher Aspekt in Bezug auf die psychosoziale Rehabilitation und deren Ziele ist die Beachtung der Rechte der Menschen in unserer Gesellschaft. Wenn die psychosoziale Rehabilitation nach Pauls (2004) danach strebt, das Leben für die KlientInnen lebenswerter zu machen, dann tangiert dies Werte, die eine sozial gerechte Gesellschaft fordert (S.313). Pauls bezeichnet solche Werte als „wertsetzende Leitideen (...), die die Partizipation der Menschen in Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit garantieren, möglichst ohne dass sie ihre persönliche Lebenssituation aufgeben müssen“ (S.314).

2.3.5 Psychoedukation und Angehörigenarbeit

Die Psychoedukation wird in der Literatur Klinischer Sozialarbeit häufig mit der Angehörigenarbeit in Verbindung gebracht. Dies ergibt sich aus dem Sinn und den Zielen der Psychoedukation.

Ursprünglich in der Arbeit mit an Schizophrenie erkrankten Menschen und ihren Angehörigen eingeführt, wird die Psychoedukation nach Geissler-Pitz et al. (2005) heute weiter gefasst. Wenn Fachpersonen Informationen über Krankheitsbilder sowie über die Entstehung, Ursachen und Symptome psychischer Krankheiten vermitteln, wird von Psychoedukation gesprochen. Im Sinne des Wortes geht es darum, dass die von einer Krankheit betroffene Person wichtige Tatsachen über ihre Erkrankung, Krankheitsmodelle, Wege der Hilfe und Bewältigung kennen lernt. (S.114)

Vier Themenbereiche sind bei der Psychoedukation zentral, wenn Pauls (2004) schreibt, dass es – wie schon erwähnt – um die Aufklärung über die Ursachen und Symptome psychischer Krankheiten, die Reduzierung von Selbstbeschuldigungen Angehöriger, die Wirkung und den Umgang mit Medikamenten sowie um die Möglichkeiten des Umgangs miteinander geht (S.328).

Hier wird die Verbindung zur Angehörigenarbeit ersichtlich, wenn bei den Möglichkeiten des Umgangs miteinander vor allem der Einbezug Angehöriger gemeint ist. Pauls (2004) nennt hierfür vor allem zwei Gründe. Einerseits hat es damit zu tun, dass Kranke häufig im Haushalt ihrer Eltern oder anderer Angehöriger leben und andererseits hat es mit der Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung von Kranken zu tun. Dies meint, dass psychisch erkrankte Menschen in gemeindenahen Wohnheimen, teilstationär oder durch ambulante Dienste versorgt werden können, dies häufig im Umfeld ihrer Familie. Selbst bei geographischer Trennung sind Familienangehörige wichtige Bezugspersonen des Systems. Die Ergebnisse der therapeutischen Arbeit mit Familien bestätigten, dass Kranke weniger Pathologie, also Krankheit, zeigen, wenn Angehörige in die Behandlung involviert werden und als Ressourcen genutzt werden können. (S.325) Dies wird von Julius Kurmann (2009), Chefarzt Luzerner Psychiatrie, bestätigt, wenn er am Beispiel der Behandlung von an Schizophrenie erkrankten Menschen von Psycho-, Sozio-, und medikamentöser Therapie spricht. Die Psychoedukation und Angehörigenarbeit teilt er dabei unter das Thema Soziotherapie (Soziale Therapie) ein (S.10). Damit weist Kurmann auf eine enge Verbundenheit der Psychoedukation und Angehörigenarbeit zur Sozialen Therapie (siehe Kapitel 2.3.3) hin.

Gemäss Pauls (2004) zeigt sich auch ein Zusammenhang der Psychoedukation mit dem Themenbereich der Selbstbeschuldigung, resp. Selbststigmatisierung Betroffener und Angehöriger. Ziel und Wirkung der Psychoedukation in Verbindung mit der Angehörigenarbeit berührt das Thema Akzeptanz der Erkrankung und die Hoffnung, dass trotz aller Schwierigkeiten ein sinnvolles Leben möglich ist. Diesem Punkt ist dahingehend mehr Beachtung zu schenken, wenn man berücksichtigt, dass vielen psychisch erkrankten Menschen die Krankheitseinsicht und dadurch die Akzeptanz fehlt, weil das Denken durch die psychische Störung beeinträchtigt ist. (S.329)

So kann abschliessend gesagt werden, dass Psychoedukation die Mitwirkung der KlientInnen und ihrer Angehörigen bei der Behandlung bedeutet und auch, dass die erkrankte Person und deren Angehörige aktiv in den Prozess der Genesung einbezogen werden (Pauls, 2004, S.328). Auch hier zeigt sich wieder der ressourcenaktivierende Aspekt Klinischer Sozialarbeit.

Ein weiterer Punkt, der im nächsten Kapitel kurz beleuchtet wird, mit diesen Ausführungen jedoch in Zusammenhang steht, ist die Vermittlung von Angehörigengruppen, resp. Selbsthilfegruppen.

2.3.6 Netzwerkarbeit/Case Management

In Kapitel 2.2.4 wurde zum Konzept der sozialen Unterstützung erklärt, dass psychosoziale Integration und soziale Unterstützung die besten Schutzfaktoren vor körperlicher und psychischer Erkrankung sind. Darauf basiert laut Pauls (2004) die grundlegende Vorstellung, dass ‚krankmachende‘ Probleme in Unterstützungsdefiziten des sozialen Netzwerkes einer Person zugrunde liegen, welche beispielsweise mit der Trennung von wichtigen Personen (von PartnerIn oder Freundeskreis) zusammenhängen, oder dass wichtige Personen zu wenig Ressourcen für die geeignete Unterstützung haben und dann ein sozialer Rückzug stattfindet (S.302).

Grundsätzliches Ziel der Netzwerkarbeit ist gemäss Pauls (2004) die Befähigung der KlientInnen, mit ihrem Umfeld umzugehen und/oder zu kooperieren und wenn sie dazu nicht oder noch nicht in der Lage sind, sie dabei zu unterstützen und durch geeignete Interventionen Verbesserungen einzuleiten. Dabei handelt es sich nicht nur um persönliche Netzwerke, sondern auch um Netzwerke in Verbindung mit Institutionen, diese beiden zusammengenommen ergeben das System sozialer Netzwerke. Die Unterstützung im Bereich des sozialen Umfelds geschieht mit Case Management-Strategien, wie Pauls weiter ausführt. Damit wird deutlich, dass das Case Management Teil der Netzwerkarbeit ist. Die Case Management-Strategien beinhalten Beratung sowie Förderung in der Beziehungsgestaltung bei Bezugspersonen und Personen des sozialen Netzwerkes der KlientInnen. Es gilt, Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsschwierigkeiten mit Personen in ihrem Umfeld zu bieten unter dem Aspekt, das Leben generell besser handhaben zu können und dadurch das Wohlbefinden der KlientInnen zu verbessern. (S.302-303) Dadurch wird der/die Case-ManagerIn sozusagen zum „Kordinator der verschiedenen Systeme, Vermittler von Dienstleistungen und Berater im Lebensfeld mit spezifischen Systemkompetenzen“ (S.302).

Gemäss Schaub (2008) ist auch die Zusammenarbeit zwischen Institutionen Teil der Netzwerkarbeit. Diese interinstitutionelle Vernetzung soll die Abstimmung der Dienstleistungen verschiedener Institutionen aufeinander ermöglichen und ein unkoordiniertes Nebeneinander verhindern (S.96). Im Behandlungskonzept der HeGeBe Thun (he-roingestützte Behandlung) (ohne Datum) steht dazu ebenfalls, dass durch die Zusammenarbeit mit Institutionen und externen Fachpersonen die Hilfsangebote koordiniert sowie berufsspezifisches Wissen weitergegeben werden sollen (S.8). Schaub

(2008) unterstreicht letzteres, indem er ausführt, dass die Vernetzung „die Reflexion der fachlichen Arbeit in den beteiligten Institutionen“ (S.96) fördert.

Der Nutzen von sozial unterstützenden Netzwerken ist gemäss Heiner Keupp und Dodo Rerrich (1982, zit. in Pauls, 2004) „emotionale Unterstützung, Vermittlung und Aufrechterhaltung einer sozialen Identität, materielle Hilfe und Dienstleistungen, Vermittlung von Informationen und Herstellung neuer sozialer Kontakte“ (S.303). Da soziale Netzwerke eine Ergänzung, eine Stütze für die Bewältigung des Lebensalltags sind, kann auch von einer ressourcenorientierten Sichtweise gesprochen werden. Deshalb ist nach Pauls (2004) eine frühzeitige Berücksichtigung des sozialen Netzwerkes sinnvoll, um Fähigkeiten und Kompetenzen von Einzelnen und Gruppen zu stärken (S.303-304).

Angelangt bei diesem Aspekt ist die Erwähnung der Selbsthilfe- und Angehörigengruppen angebracht. Die Vermittlung von Selbsthilfe- oder Angehörigengruppen unter dem Gesichtspunkt der Netzwerkarbeit kann soziale Unterstützung bieten für Hilfe, die ihnen die Gesellschaft so nicht mehr zur Verfügung stellt. Den Zugang zu ermöglichen oder gar selber Initiative zu ergreifen, solche Gruppen aufzubauen, sind wichtige Aufgaben klinisch Sozialarbeitender (Pauls, 2004, S.308).

Zu den Grenzen der Netzwerkarbeit kann gesagt werden, dass sie immer von zwei Seiten zu betrachten ist. Gemäss Pauls (2004) können soziale Unterstützungsinterventionen hilfreich sein, aber auch negative Wirkungen haben, da die Quelle des Netzwerkes und die Beziehungsqualität genau betrachtet werden muss, um eine positive Wirkung zu erzielen. Hier wird der Ansatz der Person-in-der-Situation ersichtlich, wenn die Wechselwirkungen innerhalb solcher Netzwerke betrachtet werden und besonders durch Wechselwirkungen „zwischen“ den einzelnen Menschen gekennzeichnet ist. (S.311-312) Ergänzend dazu, aber auch zu den Grenzen der Netzwerkarbeit erwähnt Pauls an anderer Stelle, dass Interventionen auf dem Verstehen dieser Wechselwirkungen gründen sollen, da KlientInnen fähig und bereit sein müssen, die soziale Unterstützung auch anzunehmen (S.103).

2.3.7 Interdisziplinäre Teamarbeit

Interdisziplinäre Teamarbeit zeichnet sich durch die nötige Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen aus. Diese Interdisziplinarität kann aus der Betrachtung der Zielgruppe Klinischer Sozialarbeit hergeleitet werden.

Wenn Menschen krank werden, ihre Probleme sich in körperlicher oder psychischer Krankheit zeigen, werden sie gemäss Pauls (2004) abhängig von umsorgenden Perso-

nen wie Ärzte und Ärztinnen, Pflegepersonen, TherapeutInnen, Helfenden und Angehörigen. Diese Abhängigkeit zeigt sich umso mehr, wenn sie aufgrund ihrer Krankheit in Kliniken eingewiesen werden. Hier wird offensichtlich, was interdisziplinär meint, wenn die körperlichen Leiden über die Medizin abgedeckt wird, die Pflege Zuspruch und Aufmerksamkeit während der Behandlung bietet, psychotherapeutische Behandlung sich der psychischen Belastung, welche mit einer Krankheit einhergehen, annimmt und auch im sozialen Bereich für notwendige Regelungen gesorgt wird (Bereich Finanzen, Wohnen, Arbeit). Zusätzlich muss aber auch soziale Beratung und Behandlung unter Berücksichtigung der Mit- oder Umwelt geboten werden, damit die Krankheitsfolgen von den KlientInnen bewältigt werden können. (S.330-331)

Die Notwendigkeit und damit einhergehend der Vorteil interdisziplinärer Zusammenarbeit wird von Schaub (2008) so beschrieben, dass Klinische Sozialarbeit auf Kooperation angewiesen ist, ähnlich wie alle anderen in Gesundheitsberufen Tätigen. Die Notwendigkeit, die Situation von KlientInnen umfassend betrachten zu können und entsprechende Interventionen einzuleiten, setzt die Kenntnis über Ansätze und Arbeitsweisen anderer Professionen voraus. Wichtig ist die kollegiale Teamarbeit auch deshalb, weil einzelne Hilfsangebote mit denen anderer Disziplinen abgesprochen und koordiniert werden müssen. Der Vorteil ist ein mehrdimensionaler Blick, der Grundlage Klinischer Sozialarbeit bildet (S.88).

Matthias Lindenau (2008) bemerkt zur Notwendigkeit der Interdisziplinarität, dass Klinische Sozialarbeit allein ebenso wenig ein Königsweg für die Behandlung von Kranken ist wie andere Professionen. Er betont, dass es um Gleichberechtigung der beteiligten Disziplinen mit dem Ziel der integrierten Gesundheitsversorgung geht, in der die Sozialarbeit nicht nur „Zubringer“ für die anderen sein soll, „die erst dann gefragt ist, wenn die Künste der anderen Professionen ausgereizt sind oder versagt haben“ (S.203).

2.3.8 Krisenintervention

Die Krisenintervention in der Klinischen Sozialarbeit setzt ein Verständnis von Krise voraus, das sich vom Verständnis der Alltagssprache unterscheidet. Krise ist mittlerweile ein Alltagsbegriff geworden, beispielsweise wenn bei anstehenden Problemen oder unerwarteten Vorfällen der Satz „Ich krieg 'ne Krise“ (Stefanie Kunz, Ulrike Scheuermann & Ingeborg Schürmann, 2007, S.167) fällt. Kunz et al. führen verschiedene Definitionen zum Krisenbegriff an. Eine Krise umfasst zunächst einmal Merkmale von akuter Überforderung durch belastende äussere und innere Erlebnisse. Dieter Ulich (1985, zit. in Kunz et al., 2007) beschreibt Krise als „belastender, temporärer, in seinem Verlauf und seinen Folgen offener Veränderungsprozess der Person“ (S.167).

Schliesslich charakterisiert Luc Ciompi (1993, zit. in Kunz et al., 2007) Krise als akut und überraschend, die „mit dem Charakter des Bedrohlichen auftritt, (...) mit einer erhöhten Suggestibilität verbunden ist und damit kleine Ursachen grosse Wirkungen haben können“ (S.167).

Nach Geissler-Piltz et al. (2005) geht es bei der Krisenintervention nicht darum, die Krise möglichst schnell zu beenden, da Menschen erst durch sie zu einer Veränderung ihrer Situation bereit sind. So gesehen bedeutet Krise auch eine Chance, Neues zu lernen, das innere Gleichgewicht wieder zu erlangen und so eine Entwicklung anzustossen. Nichts desto trotz darf sie nicht verharmlost werden, da sie auch Vorläufer von Störungen, Erkrankungen oder Suizid sein kann. In diesem Sinne ist klinisch sozialarbeiterische Krisenintervention Soforthilfe bei Problemen, die die betroffene Person nicht alleine bewältigen kann. (S.110-111)

Bei der Krisenintervention zeigt sich im Weiteren die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit, da Krisen zumeist durch mehrere Faktoren ausgelöst werden (psychosoziale, psychologische oder physische). So soll die Krisenintervention laut Geissler-Piltz et al. (2005) im Kontext Klinischer Sozialarbeit die Bewältigungsmöglichkeiten durch niederschwellige Hilfe eröffnen und Ressourcenaktivierung innert kurzer Zeit wiederherstellen mit dem Ziel, eine weitere Zuspitzung oder gar Chronifizierung des Problems zu vermeiden (S.111).

Pauls (2004) spricht von zwei Seiten einer Krisenintervention, wenn er einerseits von einer aktiven Intervention und andererseits von Begleitung und Stützung spricht. So bemerkt er zur Qualität psychosozialer Krisenintervention, dass sie Wissen, Einfühlungsvermögen und Erfahrung der Helfenden voraussetzt, da je nach dem entschieden werden muss, ob die Person in der Situation belassen werden kann oder eine Einweisung in stationäre Behandlung nötig ist. (S.339) Im Weiteren sind für die Krisenintervention eine tragfähige Beziehung zu den KlientInnen wichtig sowie die Beachtung des eigenen Selbstbezuges und Distanz hinsichtlich der Klientel, der Krise und der eigenen Emotionen der Sozialarbeitenden (S.340).

2.3.9 Wirkfaktoren methodischen Handelns

Zum Abschluss der betrachteten Methoden Klinischer Sozialarbeit wird auf die Wirkfaktoren methodischen Handelns hingewiesen. Dies unter anderem aus der Erfahrung, dass sich im Alltag sozialarbeiterischen Handelns gewisse Routinen einschleichen und aus zeitlichen Gründen die Methoden nicht so angewendet werden wie gelernt, andererseits gerade dieses methodenzentrierte Handeln Klinische Sozialarbeit auszeichnet.

Geissler-Piltz et al. (2005) schreiben, dass mit den Methoden Klinischer Sozialarbeit versucht wird, Defizite aus sozialer Ungleichheit zu kompensieren, den Auf- sowie den Ausbau psychosozialer Kompetenzen zu fördern und soziale Unterstützung unter Berücksichtigung der Stärken und Ressourcen ihrer Klientel zu bieten. Bei allen acht Methoden, die in diesem Kapitel beschrieben wurden, sind nach Geissler-Piltz et al. (2005) daher die Begriffe der Beziehungsarbeit, Gesprächsführungstechniken, Instruktionkompetenzen und aktivierender Hilfe von zentraler Bedeutung (S.104-105).

Jerome D. Frank (1961, zit. in Pauls, 2004) hat im Vergleich von Gemeinsamkeiten unwissenschaftlichen Heilens vs. heutiger Psychotherapie folgende unspezifischen Wirkfaktoren abgeleitet, wobei jeder für sich positiven Einfluss auf die Behandlung haben kann. Es sind eine emotionale, vertrauensvolle Beziehung zu einer hilfreichen Person, die Vermittlung von Orientierung, Informationen für Problemlösungen, Sinnstiftung in Bezug auf demoralisierende Faktoren in der Gesellschaft sowie die aktive Beteiligung der KlientInnen am Prozess, welche ihnen Vertrauen und Hoffnung einflößt, selbst zur Lösung ihrer Probleme beizutragen. (S.143-144) Diese unspezifischen Wirkfaktoren decken sich grösstenteils mit den Begriffen, die von Geissler-Piltz et al. (2005) im vorangehenden Absatz erwähnt wurden. So kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass viele Methoden Klinischer Sozialarbeit unspezifische Wirkfaktoren beinhalten.

Die Bezeichnung unspezifisch lässt sich nach Pauls (2004) anhand „spezifischer Wirkfaktoren“ erklären. Den spezifischen Wirkfaktoren geht die Annahme voraus, dass die Anwendung bestimmter Techniken in psychotherapeutischen Verfahren kausal für die Veränderungswirkung der Klientel verantwortlich ist. Dies kann von den unspezifischen Wirkfaktoren nicht gesagt werden. (S.142) Dieser Umstand macht es schwierig, die Wirkung der Methoden Klinischer Sozialarbeit nachzuweisen.

2.4 Persönliche Stellungnahme zur Klinischen Sozialarbeit

In den vorangegangenen Kapiteln wurde ein Einblick in Konzepte, Modelle und Methoden gegeben, die charakteristisch für Klinische Sozialarbeit sind. Darauf aufbauend werden nachfolgend Vor- und Nachteile Klinischer Sozialarbeit aus der Sicht der Autorinnen beschrieben.

Der Aufbau der Methoden Klinischer Sozialarbeit auf bestehenden und erlernten Methoden der Sozialarbeit ist nachvollziehbar und schlüssig. Die Vertiefung einzelner Aspekte, gerade im psychologischen Bereich, ist hilfreich in der direkten Arbeit mit Menschen in vielfältigen Problemlagen. Zusammenhänge und Hintergründe zu erkennen, sozusagen einen Erklärungsansatz für das Verhalten der Klientel zu gewinnen, ob es nun destruktiv, aggressiv, überangepasst oder lethargisch erscheint, ist nützlich. Nützlich auch dahingehend, bei vielseitigen Lebenssituationen von KlientInnen einen Ansatz zu finden, an welchem Punkt mit der Beratung und damit einhergehenden Behandlung begonnen werden kann. Wenn in der Sozialarbeit immer wieder auf die so notwendige Zielsetzung in der KlientInnenarbeit Wert gelegt wird und die Erreichung nicht nur für KlientInnen positive Gefühle weckt, so bieten die Methoden Klinischer Sozialarbeit ein breites Spektrum an Möglichkeiten, Einfluss auf die Zielerreichung zu nehmen. Weiter können unnötige Umwege in der Behandlung von Menschen vermieden werden, wenn von Anfang an klar wird, was die eigentliche Ursache für das entsprechende Verhalten ist. Beispielsweise macht es keinen Sinn, KlientInnen für Arbeitsintegrationsprogramme zu vermitteln, wenn nicht zuerst das mögliche Kernproblem einer Überforderung aufgrund gemachter Erfahrungen im Arbeitssektor betrachtet und behoben werden kann. Ressourcen zu erfassen und auch in die Behandlung zu integrieren, heisst passend für die Situation der KlientInnen zu agieren und mit ihren Lösungen und Möglichkeiten zu arbeiten, was sehr entlastend in der täglichen Sozialarbeit ist.

Abgesehen von der KlientInnenarbeit kann der Vorteil Klinischer Sozialarbeit in der Bestätigung der Notwendigkeit sozialarbeiterischen Handelns im Kontext anderer behandelnder Disziplinen wie Medizin und Psychologie gesehen werden. Klinische Sozialarbeit unterstützt und fördert mit ihrem Wissen die Fachlichkeit der Sozialarbeit auch gegenüber Kostenträgern und Institutionen, denen sie Rechenschaft über ihr Handeln und ihre Zielerreichung ablegen muss. Sie fördert mit ihren Studien, wie sie zurzeit in Deutschland durchgeführt werden, das Wissen um Zusammenhänge über die menschliche Entwicklung, die Förderung von Gesundheit sowie den Verlauf von Krankheiten in Verbindung mit der Lebensführung der Klientel. Damit liefert Klinische Sozialarbeit eine überprüfbare Praxis sozialarbeiterischen Handelns und unterstützt damit auch die Existenzberechtigung einer Sozialarbeit, die sich häufig mit Missverständnissen über ihr Tun und Handeln konfrontiert sieht.

Eine ganzheitliche Behandlung von Menschen erfordert Zeit, welche gegenüber dem Kostendruck der heutigen Zeit nicht adäquat erscheint. Dies könnte als Nachteil Klinischer Sozialarbeit gewertet werden. Wenn das Gesundheitssystem teurer und teurer wird, Menschen je länger je mehr in noch kurzfristigeren Abständen behandelt werden müssen (Stichwort Fallpauschalen, Diagnosis-related Groups [DRG]), dann ist die Haltung, welche Klinische Sozialarbeit hat, nicht kostenkonform. Die beschriebenen Methoden Klinischer Sozialarbeit bestätigen diesen Langzeitcharakter und provozieren womöglich die Sichtweise, dass es sie aus Kostengründen nicht braucht, resp. nicht zahlbar ist. Dazu kommt die stetige Zunahme an Fällen, mit welcher sich die Sozialarbeit konfrontiert sieht. Deshalb könnte Klinische Sozialarbeit auf mangelnde Akzeptanz in politischen Kreisen stossen, die sich gegenüber den Steuerzahlenden zu rechtfertigen haben. Es scheint fast unvereinbar, unter diesem vorherrschenden Zeit- wie auch Kostendruck die Haltung zu pflegen, Menschen mit ihren Lebensweisen und -lagen umfassend zu behandeln. Es gleicht einem Spagat, der nur mit viel Übung gelingt; der aber auch verlangt, mit Kompromissen leben zu lernen.

3. KAPITEL

METHODISCHES VORGEHEN

3 Methodisches Vorgehen

In den folgenden Kapiteln wird erläutert, was das Forschungsthema beinhaltet, wie bei der Forschung vorgegangen wurde und welche Methoden dabei zur Anwendung kamen. Hierfür werden das Sampling (Stichprobenziehung) sowie die Methoden zur Datenerhebung und Datenauswertung beschrieben.

3.1 Forschungsthema

Gegenstand der Forschung waren die Fragen, ob der Begriff „Klinische Sozialarbeit“ in der Schweiz bekannt ist und ob Klinische Sozialarbeit in die Praxis der Suchtarbeit Eingang gefunden hat (siehe Fragestellungen Kapitel 1.6). Dazu wurden die im Theorieteil (siehe Kapitel 1 und 2) beschriebenen Konzepte, Modelle und Methoden, die charakteristisch für Klinische Sozialarbeit sind, anhand von Interviews mit der Praxis in der Schweiz verglichen.

Ausgangspunkt der Forschung bildete die Hypothese, dass Klinische Sozialarbeit in der Schweiz bereits geleistet wird, auch wenn der Begriff selbst noch wenig bekannt ist (siehe Kapitel 1.6). Diese Annahme basierte auf dem Wissen, dass einige der in Kapitel 2.3 genannten Methoden in der Praxis angewendet werden.

3.2 Sampling

Um die Forschungsfragen beantworten zu können, musste zuerst ein geeignetes Forschungsfeld ermittelt werden. Dieses Kapitel zeigt auf, weshalb die Forschung auf den Suchtbereich im Kanton Luzern eingegrenzt wurde und wie die Wahl der Stichprobe erfolgte.

3.2.1 Forschung im Suchtbereich

Wie bereits in Kapitel 1.6 dargelegt, war es den Autorinnen nicht möglich, in allen Tätigkeitsfeldern (siehe Kapitel 2.1.3) zu forschen, ob Klinische Sozialarbeit dort geleistet wird. Das Forschungsfeld wurde auf den Suchtbereich eingegrenzt, weil die ambulante und stationäre Suchtbehandlung laut Pauls (2004) ein Tätigkeitsfeld Klinischer Sozialarbeit ist (S.15-16). Zudem eignet sich der Suchtbereich gemäss Geissler-Piltz et al. (2005) sehr gut, um Klinische Sozialarbeit aufzuzeigen (S.54) (siehe Kapitel 2.1.4). Daher war es naheliegend, den Fokus auf dieses Gebiet zu legen. Mit der Wahl des Suchtbereichs als Forschungsfeld konnten bereits einige Merkmale Klinischer Sozi-

arbeit abgedeckt werden, nämlich eine gesundheitsbezogene Sozialarbeit, welche mit Menschen arbeitet, die von gesundheitlichen Problemen und Beeinträchtigungen bedroht oder erkrankt sind.

Die Eingrenzung auf den Kanton Luzern kann einerseits mit dem Forschungs- bzw. Praxisinteresse begründet werden, weil die Autorinnen ihre berufliche Zukunft im Kanton Luzern sehen. Andererseits hätte eine gesamtschweizerische Forschung den Umfang der Bachelorarbeit überschritten.

3.2.2 Begründung für die Stichprobenwahl

Die Auswahl der Stellen erfolgte deduktiv, indem im Vorfeld der Forschung Kriterien festgelegt wurden. Um ein möglichst heterogenes Bild der Institutionen im Suchtbereich zu erhalten, wurden Experten und Expertinnen ambulanter und stationärer Einrichtungen befragt sowie unterschiedliche Suchtformen berücksichtigt.

Der folgende Kriterienraster gibt einen Überblick über die Institutionen, die interviewt wurden. Weiter ist ersichtlich, ob die Institutionen im ambulanten oder stationären Bereich arbeiten und mit welchen Suchtformen sie vorwiegend konfrontiert sind.

Institution	Ambulant	Stationär	Legale Suchtformen		Illegale Drogen wie Heroin, Kokain, etc.
			Alkohol	Medikamenten- und Spielsucht, Essstörungen etc.	
Ambulatorium Luzern	X				X
Sozialberatung DFI (Drogen Forum Innerschweiz)		X			X
Drop-in Luzern	X				X
Haus Raphaela, Haus für Frauen und Kinder, Littau		X	X	X	X
Luzerner Psychiatrie, Klinik St. Urban		X	X		X

Institution	Ambulant	Stationär	Legale Suchtformen		Illegale Drogen wie Heroin, Kokain, etc.
			Alkohol	Medikamenten- und Spielsucht, Essstörungen etc.	
Sozial-Beratungszentrum (SoBZ) Luzern	X		X	X	
Verein kirchliche Gassenarbeit Luzern, Sozialberatung	X		X		X

Tab. 1: Übersicht der befragten Institutionen

3.3 Datenerhebung

Die Daten für die qualitative Forschung wurden mit Hilfe von Leitfadeninterviews erhoben. Die Entwicklung des Leitfadens sowie die Begründung für die Wahl dieser Methode werden in den folgenden Unterkapiteln ausgeführt.

3.3.1 Leitfadeninterviews

Um die in Kapitel 1.6 aufgeworfenen Fragen und Hypothesen zu beantworten bzw. zu überprüfen, wurden sieben Leitfadeninterviews mit Sozialarbeitenden im Suchtbereich geführt.

Für die Entwicklung des Leitfadens orientierten sich die Autorinnen am Skript von Jürgen StremLOW (2006, S.6-9). Zuerst wurden Kategorien (siehe Anhang A) festgelegt, die auf dem Theorieteil (siehe Kapitel 1 und 2) basieren. Diese Kategorien listen auf, welche Kriterien es ausmachen „klinisch“ zu arbeiten und waren insofern für die Erarbeitung des Leitfadens sehr hilfreich. Die fünfzehn Kategorien wurden anschliessend zu folgenden sechs Themenbereichen zusammengefasst: Fachwissen und Identität; Zielgruppe, Auftrag, Ziele und Rollen; Konzepte und Modelle; Methoden; Nutzen, Wirkfaktoren, Evaluation und Optimierungswünsche sowie Bekanntheit Klinischer Sozialarbeit. Zu jedem Themenbereich wurden dann offene Fragen formuliert. Der Themenbereich „Methoden“ bildete den Hauptteil des Leitfadens (siehe Anhang B), des-

halb wurden dazu Nachfragen notiert, um sicherzustellen, dass keine wichtigen Punkte während den Interviews vergessen gingen.

Ziel der Fragen war herauszufinden, ob die Institutionen „klinisch“ tätig sind. Dies sollte in erster Linie dadurch überprüft werden, ob die Sozialarbeitenden mit den Konzepten, Modellen und Methoden arbeiten, die denjenigen Klinischer Sozialarbeit entsprechen und ob sie den Begriff „Klinische Sozialarbeit“ kennen. Mit den Antworten aus den Leitfadeninterviews sollten die Fragestellungen und Hypothesen aus Kapitel 1.6 beantwortet werden.

3.3.2 Begründung der Methodenwahl

Nach Stremow (2006) dient die Methode des Leitfadeninterviews dazu, „einen vertieften Einblick in einen bestimmten Realitätsausschnitt [zu] bekommen, dessen Strukturen und Zusammenhänge bisher im Wesentlichen unbekannt sind“ (S.6). Dementsprechend wurde die Methode gewählt, um erforschen zu können, ob Klinische Sozialarbeit im Kanton Luzern (und damit wohl auch in der übrigen Schweiz) bereits geleistet wird.

Die Aussage von Hüttemann et al. (2007), dass der Begriff „Klinische Sozialarbeit“ in der Schweiz noch wenig bekannt ist, war für die Autorinnen forschungsleitend. Deshalb wurden die InterviewpartnerInnen zu Beginn nicht direkt zum Begriff befragt, sondern vor allem zu ihren Methoden sowie den dahinterstehenden Konzepten und Modellen. Dazu eignete sich die Methode des Leitfadeninterviews mit seinen offenen Fragen am besten. So hatten die Interviewten genügend Spielraum, die Fragen aus ihrer Praxis zu beantworten. Trotzdem bot der Leitfaden Orientierung und diente als Mittel zur Gesprächsstrukturierung.

3.4 Datenauswertung

Die gewonnenen Daten wurden nach der Methode von Michael Meuser und Ulrike Nagel (1991) ausgewertet (siehe Abb. 6). Die Interviews wurden dazu digital aufgenommen und anschliessend in einem ersten Auswertungsschritt transkribiert. Beim zweiten Schritt wurden die Transkripte paraphrasiert, d.h. die Gesprächsinhalte wurden in eigenen Worten zusammengefasst. Dann wurden diese Texte mit Überschriften versehen. Inhaltlich ähnliche Passagen innerhalb des Interviews wurden zusammengeführt und mit einer Hauptüberschrift betitelt. Als vierter Schritt folgte der „Thematische Vergleich“ (S.459), bei dem aus allen Interviews die Textpassagen mit ähnlichen Überschriften bzw. mit gleichen oder ähnlichen Themen zusammengeführt sowie die

Überschriften vereinheitlicht wurden. Nach Meuser und Nagel sollen sich die Überschriften bei den Schritten drei und vier an der Terminologie der Interviewten orientieren (S.457). Beim fünften Schritt, der „Soziologischen Konzeptualisierung“ (S.462), erfolgte die Ablösung von der Terminologie der Interviewten und die Überschriften wurden in die zuvor gebildeten Kategorien (siehe Anhang A) überführt. Im letzten Schritt, der „Theoretische Generalisierung“ (S.463), wurden die Forschungsdaten mit dem Theorieteil (siehe Kapitel 1 und 2) verknüpft. Die Ergebnisse dieser Forschung sowie deren Interpretation werden im nun folgenden Kapitel dargestellt.

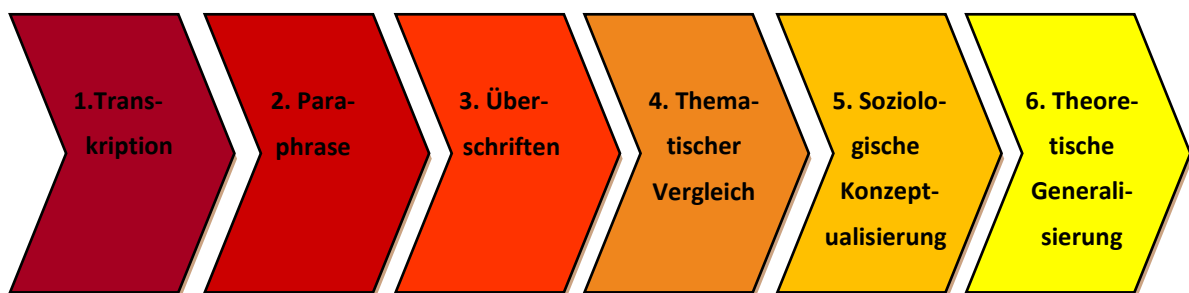


Abb. 6: Auswertungsschritte

4. KAPITEL

ERGEBNISSE UND INTERPRETATION

4 Ergebnisse und Interpretation

Dieses Kapitel beschäftigt sich zuerst mit den Ergebnissen aus der Forschung. Anschließend werden die Forschungsergebnisse interpretiert und mit dem Theorieteil (siehe Kapitel 1 und 2) verknüpft. Abgerundet wird das Kapitel mit einer persönlichen Stellungnahme der Autorinnen zu den Ergebnissen und der Interpretation.

4.1 Forschungsergebnisse

In den folgenden Unterkapiteln werden die Ergebnisse aus den sieben Leitfadeninterviews zusammengefasst. Die Gliederung entspricht den sechs Themenbereichen des Leitfadens (siehe Anhang B), die mit Hilfe der Kategorien (siehe Anhang A) aus der Theorie gebildet wurden.

4.1.1 Fachwissen und Identität

Alle Sozialarbeitenden, die interviewt wurden, hatten eine sozialarbeiterische Ausbildung abgeschlossen. Zusätzlich haben sich alle entweder durch Erfahrung im Beruf und/oder durch Weiterbildungen spezifisches Wissen angeeignet, auf welches sie bei ihrer Arbeit angewiesen sind, wie Wissen über psychiatrische Erkrankungen, vertieftes Wissen zu sozialversicherungsrechtlichen Themen oder therapeutische Zusatzausbildungen. Dieses Fachwissen holten sich die Sozialarbeitenden durch interne oder externe Weiterbildungen, aber auch durch Erfahrung von früheren Arbeitsstellen. Sie erwerben ihr benötigtes Wissen an unterschiedlichen Orten bzw. Schulen, Institutionen und Weiterbildungsveranstaltungen. Weiter besitzen die Experten und Expertinnen ein spezialisiertes Wissen im Suchtbereich. Dazu gehört auch ein Suchtverständnis. Sucht wurde von vier Sozialarbeitenden als Krankheit verstanden. Weiter wurde Sucht als Gewohnheit, die sich aufgrund eines missglückten Lösungsversuches entwickelt hat, als Einengung der Wahlmöglichkeiten, als Selbstmedikation (bei gesundheitlichen und psychischen Problemen), als Bewältigungsstrategie oder als angelerntes, nicht steuerbares Verhaltensmodell definiert.

Fünf von sieben InterviewpartnerInnen gaben an, dass sich ihre Identität als Sozialarbeitende durch die Weiterbildungen sowie durch die Erfahrung in ihrem Arbeitsfeld verändert hat. Zwei konnten die Frage nach der Veränderung der Identität nicht beantworten. Bei einem Interview wurde im Zusammenhang mit der Identität ein fehlendes Selbstbewusstsein der Sozialarbeitenden angesprochen, das vor allem im Kontakt mit AkademikerInnen wie MedizinerInnen zum Vorschein kommt.

4.1.2 Zielgruppe, Aufgaben, Ziele und Rollen

Durch einen einfachen Zugang via Telefon oder persönlichem Kontakt und durch die Freiwilligkeit der Angebote wird gewährleistet, dass die Klientel erreicht wird. Drei der Befragten bezeichneten das Angebot ihrer Institution explizit als niederschwellig. Eine Institution möchte mit der Einführung von aufsuchender Sozialarbeit noch näher an die KlientInnen herankommen.

Nachfolgende Abbildung verdeutlicht, welche Themen die InterviewpartnerInnen erwähnt haben:

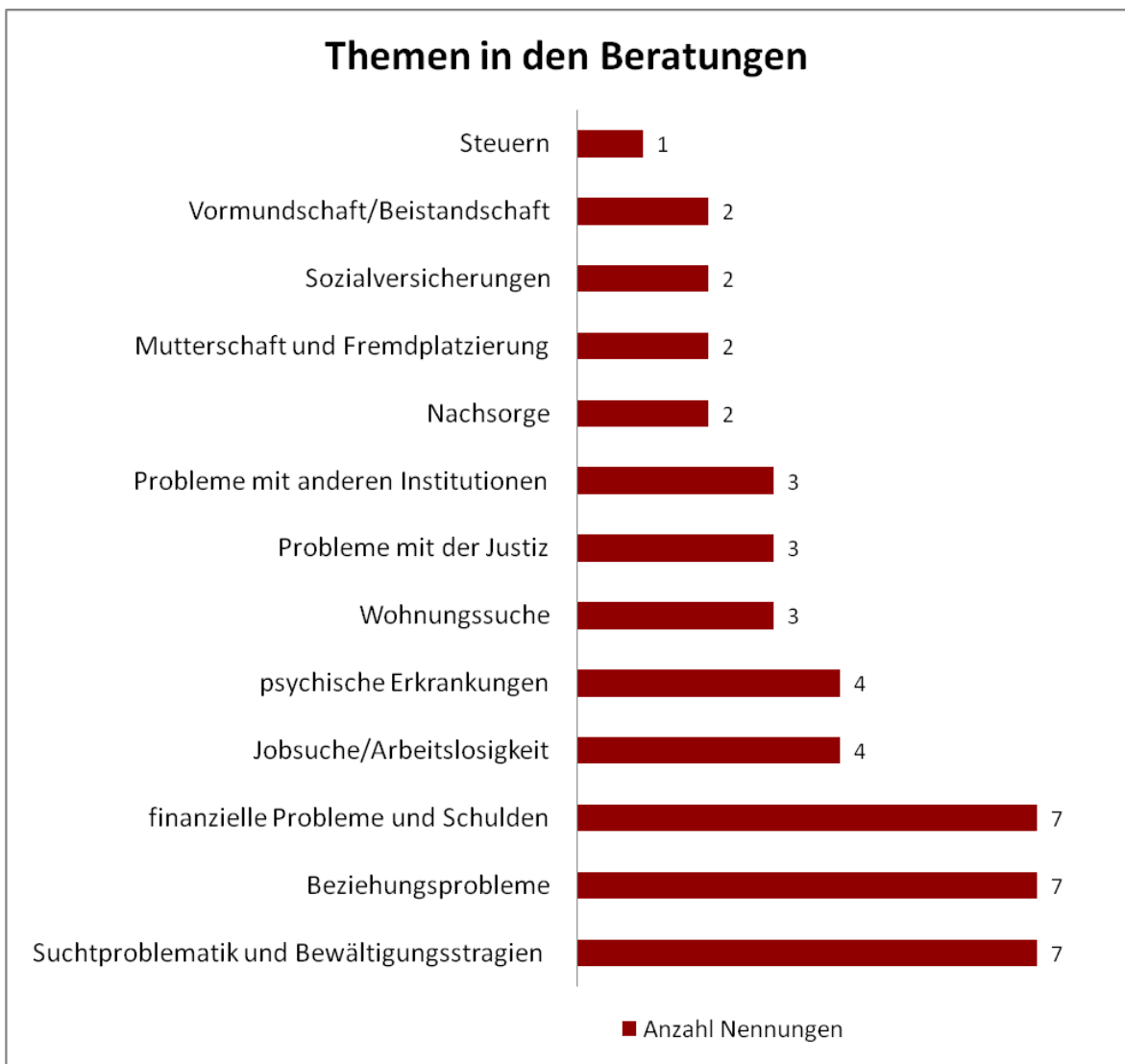


Abb. 7: Themen in den Beratungsgesprächen

Wie Abbildung 7 zeigt, sind die Themen, die in den Beratungen besprochen werden, sehr vielfältig. Es geht um die ganze Suchtproblematik sowie um die Entwicklung von Bewältigungsstrategien, rechtliche Fragen zu Sozialversicherungen, Mutterschaft und Fremdplatzierung, Beziehungsprobleme in Familie und Partnerschaft, Probleme mit der Justiz, finanzielle Probleme und Schulden, Steuern, Finanzverwaltungen, Arbeitslosigkeit und Jobsuche, Wohnungssuche, Nachsorge, Vormundschaft/Beistandschaft, psychiatrische Erkrankungen und Probleme mit anderen Institutionen wie Invalidenstelle (IV), Sozialamt, Regionale Arbeitsvermittlungszentren (RAV) etc. Fünf InterviewpartnerInnen gaben zudem an, dass ihre KlientInnen Doppel- oder Mehrfachdiagnosen haben.

Die institutionellen Aufträge reichen von Orientierung nur an den KlientInnen, bis hin zu gesetzlichen Aufträgen und Aufträgen im Massnahmenvollzug, bei denen gewisse Ziele von aussen vorgegeben sind. Diese Ziele sind nicht verhandelbar.

Die Institutionen verfolgen nachfolgende Ziele: Stabilisierung mit oder ohne medikamentöse Unterstützung, Ausstieg aus der Sucht/Abstinenz oder Teilabstinenz, Aufbau einer Tagesstruktur, berufliche und soziale Integration, Überlebenshilfe und Ermöglichung eines menschenwürdigen Lebens, Stärkung des Selbstbewusstseins und Rückerlangung der Eigenständigkeit. Die individuellen Ziele der KlientInnen, die sich häufig mit den zuvor genannten decken, werden gemeinsam in den Gesprächen erarbeitet.

Je nach Stelle nehmen die Sozialarbeitenden unterschiedliche Rollen ein. Im Gespräch mit den KlientInnen sind sie Beratende und in Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften übernehmen sie oft eine vermittelnde und/oder vernetzende Rolle. Aber auch im Kontakt mit den KlientInnen kann die Rolle verschieden sein, beispielsweise eine anleitende, begleitende, unterstützende Rolle und teilweise auch eine therapeutische Rolle.

4.1.3 Konzepte und Modelle

Alle Befragten sahen eindeutig Zusammenhänge zwischen somatischen, psychischen und sozialen Faktoren. Einige verdeutlichten diese Zusammenhänge anhand eines Fallbeispiels aus der Praxis. Sechs von sieben Fachpersonen gaben an, die Zusammenhänge in ihrer Arbeit zu berücksichtigen, indem umfassende Abklärungen gemacht, die psychiatrischen Diagnosen beachtet oder die Themen der KlientInnen aufgegriffen werden.

Die Verbesserung von Gesundheit sehen die Institutionen als Teil ihrer Arbeit. Eine Person erwähnte, dass für sie Gesundheit und nicht Krankheit im Vordergrund steht.

Die Förderung der Gesundheit geschieht bei den stationären Institutionen vor allem über gesundes Essen, Sport, den Aufbau von Freizeitgestaltung und einer Tagesstruktur, aber auch in der Beratung durch Information und Aufklärung sowie durch die Bereitstellung von Infrastruktur. Bei den ambulanten Stellen tragen vor allem Informationen und Aufklärung zur Verbesserung der Gesundheit bei. Für zwei Sozialarbeitende führt die Wiederentdeckung bzw. die Berücksichtigung der eigenen Bedürfnisse und Wünsche zu mehr Gesundheit.

4.1.4 Methoden

Die Kontakthäufigkeit in der Beratung reicht von 14tägig in der Anfangsphase, über Standortgespräche nach einem halben Jahr bis zur langfristigen Betreuung, die teilweise über 15 Jahre dauert.

Bevor die Problemlösung gemeinsam angegangen werden kann, müssen die KlientInnen zuerst das Problem erkennen. Von allen Interviewten wurde betont, dass es in der Beratung darum gehe, zusammen einen Auftrag sowie Ziele zu erarbeiten, unter Berücksichtigung dessen, was die KlientInnen wollen. Oft haben die KlientInnen hohe Ziele, die dann gemeinsam angepasst werden müssen. Die Aufgabe als Sozialarbeitende dabei ist, ihnen verschiedene Möglichkeiten aufzuzeigen, die Entscheidung liege aber schlussendlich bei der Klientel. Eine Person bezeichnete die KlientInnen als Experten und Expertinnen für ihr Leben. Die KlientInnen streben Veränderung an, freiwillig oder unfreiwillig, und dies muss in den ersten Gesprächen geklärt werden. Diese Orientierung am Auftrag sowie die gemeinsame Erarbeitung von Zielen und Lösungen im Gespräch mit ihrer Klientel berücksichtigt deren Ressourcen, klärt die Motivation ab und hilft dann, die mit dem Auftrag erarbeiteten Ziele zu verfolgen und zu erreichen. Eine Fachperson äusserte dazu, dass die Ausarbeitung der Richtung, des Ziels, bereits die halbe Behandlung sei. Das Ausmass der Zielerreichung wird dann gemeinsam mit den KlientInnen immer wieder überprüft.

Von allen Sozialarbeitenden wurde betont, dass sie die Fähigkeiten der Betroffenen für die Lösungen ihrer Probleme berücksichtigen und unterstützen. Es werden Bewältigungs- und Copingstrategien erarbeitet und dies mit gelernten Gesprächsführungstechniken, wie z.B. verhaltenstherapeutische oder nach Rogers. In einem Interview wurde auch Körperarbeit erwähnt im Sinne der Ressource, wie eine Situation sich anfühlt und wie mit diesen Reaktionen umgegangen werden kann. Bei sozialen Kontakten treten häufig Ängste hervor, welche die Klientel gegenüber ihrem sozialen Umfeld haben. Auch solche Befindlichkeiten sind Thema in den Beratungen.

Die Fallaufnahme läuft bei den ambulanten und stationären Institutionen sehr ähnlich ab. Erstkontakte sind häufig telefonisch, darauf folgt die Zuteilung der Betreuungsperson, welche dann ein Erstgespräch vereinbart. Bei den stationären Institutionen wird

häufig mit einem Fragebogen gearbeitet, der eine strukturierte Anamnese beinhaltet. Diese Details aus der Vorgeschichte sind für den weiteren Verlauf bei sämtlichen Institutionen in ihrer Arbeit relevant. Bei den ambulanten Stellen ist es weniger ein formulierter Fragebogen als ein Raster, mit welchem ein möglichst ganzheitlicher Blick auf die Situation der Person im jetzigen Moment geworfen wird.

Die Abklärungsphase mit zwei oder drei Gesprächen ist in allen Institutionen unterschiedlich lang. Diese Phase wird teilweise von mehreren Personen abgedeckt, z.B. zuerst durch das Sekretariat und dann durch die fallbearbeitende Person oder durch ein interdisziplinäres Team. Wichtige Informationspunkte wie Personalien, Familiensituation, soziales Beziehungsnetz, Gesundheit und Krankheit (psychische wie physische), Arbeit, Grund für das Aufsuchen der Institution, sind von allen Interviewten genannt worden.

Die Daten werden von den Stellen mit je eigens dafür konzipierten Computerprogrammen erfasst und verwaltet. Die elektronische Aktenführung ist für die Fallführung sehr wichtig und dient nebst den Informationen im Team auch für Berichterstattungen. Überdies vereinfacht sie Anträge an weitere nachbehandelnde Institutionen.

Vier interviewte Sozialarbeitende gaben an, dass sie die Möglichkeit wahrnehmen, KlientInnen zu Terminen zu begleiten und an Standortgespräche mitzugehen. Dies vermittele den Betroffenen Sicherheit und fördere das Selbstvertrauen. Drei Befragte erwähnten, dass sie Gruppengespräche mit KlientInnen führen. Fünf Interviewte trainieren mit den KlientInnen Alltagssituationen. Das kann beispielsweise ein fiktives Gespräch mit dem Arbeitgeber sein oder auch das bewusste Wahrnehmen von Gefühlen und Reaktionen in Stresssituationen, um dadurch neue Lösungsansätze zu finden.

Die Compliance oder Mitwirkungsbereitschaft wird unisono über die Beziehungsarbeit erreicht. Bei niedriger oder fehlender Motivation wird das Gespräch gesucht und in flexibler Weise auf die Klientel eingegangen, was meint, dass die KlientInnen an dem Punkt abgeholt werden müssen, an dem sie gerade stehen. Dies wird am Setting deutlich, wenn z.B. bei einem Spaziergang die Beweggründe für einen Abbruch der Suchttherapie erörtert werden, die momentane Verfassung der Klientel im Entzug berücksichtigt wird oder auch Kompromisse gemacht werden müssen. Von allen Interviewten wurden aber auch klar Grenzen der Motivation genannt, da es um Veränderungen und Ziele der KlientInnen geht und nicht um die Erreichung von Zielen, welche die Sozialarbeitenden haben. Eine befragte Person erwähnte auch Grenzen in Bezug darauf, wenn Rahmenbedingungen aus Krankheitsgründen nicht eingehalten werden können.

Auf die Frage der sozialen und beruflichen Integration antwortete eine Person, dass mit Integration meistens eine berufliche gemeint ist oder mit dieser gleichgesetzt wird, wobei sie sich hinterfragte, was denn integriert sein eigentlich bedeutet.

Die berufliche Integration ist im stationären Bereich eher zweitrangiges Thema, da einerseits im Vordergrund der Behandlung der Entzug oder die Gewöhnung ohne Konsum steht und andererseits auch Strukturen der internen Beschäftigung bestehen. Bei den ambulanten Stellen wird unter beruflicher Integration vor allem Kontakte zu Arbeitgebenden, sofern von KlientInnen gewünscht, zur IV, zum RAV, zu geschützten Werkstätten und ähnlichem verstanden.

Zur sozialen Integration sind es dann erste, selbständige Telefonate, bei denen sie unterstützt werden oder auch – je nach Wunsch – wieder persönliche Kontakte hergestellt und dabei begleitet werden. Im Suchtbereich ist es zudem wichtig, neue Kontakte zu knüpfen, um sich ein neues soziales Netz aufzubauen, damit ein adäquater Weg mit der Sucht gefunden und gegangen werden kann.

Alle Interviewten bestätigten, dass eine Integration, gesamthaft gesehen, wichtig und notwendig ist. Zwei Sozialarbeitende betonten, dass die berufliche und soziale Integration nicht getrennt werden dürfe und gleichermaßen berücksichtigt werden müsse.

Die meisten Institutionen leisten mit ihrer Arbeit einen Beitrag zur Prävention, auch wenn nur wenige einen expliziten Präventionsauftrag haben. Die KlientInnen werden auf problematische Themen angesprochen, dafür sensibilisiert und dann wird gemeinsam nach Lösungen gesucht. Ein häufig erwähntes Thema in den Interviews war die Rückfallprophylaxe bzw. Rückfallprävention. Dabei geht es darum, die Klientel über Rückfälle zu informieren und mit ihnen neue Strategien zu entwickeln, damit sie nicht wieder in alte Muster zurückfallen.

Psychoedukation wird in allen befragten Institutionen anders verstanden und von unterschiedlichen Disziplinen geleistet. Während im stationären Rahmen die Psychoedukation eher von Fachleuten aus der Medizin und Psychologie übernommen wird, sind es im ambulanten Bereich die Sozialarbeitenden, die sich um das Vermitteln von Wissen über die Krankheit und den Umgang damit kümmern. Aber auch da wurde ersichtlich, dass dies eher nicht im Alleingang, sondern aus Gründen der Abgrenzung oder der Professionalität häufig in Zusammenarbeit mit Fachleuten aus Medizin und Psychologie vorgenommen wird. Die Aufklärung hat in der systemischen Arbeit einen wichtigen Anteil und fördert Wissen über Zusammenhänge von familiären und sozialen Strukturen, die zur Sucht führen können.

Die Angehörigenarbeit wird von allen Interviewten als wichtige Ressource gesehen, obwohl im stationären Rahmen zu Beginn meist eine Kontaktsperre herrscht. Die Familie oder Angehörige werden dann auch erst im Einverständnis der KlientInnen zu Gesprächen und je nach Ressource zur Mitarbeit eingeladen. Dazu gehört je nach Situation auch die Vermittlung von Angehörigen- oder Selbsthilfegruppen, was jedoch nicht von allen Interviewten genannt wurde.

Alle bis auf eine interviewte Person gaben an, dass sie kein Case Management führen, sehen sich allerdings häufig als Teil eines solchen. Eine Fachperson erwähnte, dass sie das Case Management ankurbelt und sobald alles eingefädelt ist, die Fallführung geeigneteren Stellen übergibt. Im stationären Rahmen ist es häufig der Arzt oder die Ärztin, welche die Fallführung übernimmt (oder delegiert).

Nur eine befragte Person führt das Case Management, indem sie vom Assessment bis zum Abschluss fallführend arbeitet. Das wird als nachvollziehbare und überprüfbare Methode auch in Bezug auf die Zielerreichung empfunden.

Von fünf Sozialarbeitenden wurde betont, wie wichtig systemische Arbeit in der KlientInnenarbeit ist, und dass sie häufig bereits ein grosses Helfernetz bei ihren KlientInnen antreffen.

Alle stationären Institutionen arbeiten in einem interdisziplinären Team. Diese interdisziplinäre Teamarbeit ist durch eine Struktur von wöchentlichen Teamsitzungen und Rapporte gekennzeichnet. Dabei sind neben der Sozialarbeit Fachleute aus Medizin, Pflege, Psychologie, Ergotherapie, etc beteiligt. Nicht alle interviewten Stellen bestehen aus einem interdisziplinären Team, sie vernetzen sich aber mit anderen Institutionen und Disziplinen, um relevante Informationen einzuholen. Diese interinstitutionelle Vernetzung zeigt sich als enge und wichtige Zusammenarbeit mit Hausärzten und -ärztinnen, ansässigen PsychiaterInnen und Psychologen und Psychologinnen, Spitex, Sozialämtern, Vormundschaftsbehörden, Amtsvormundschaften und weiteren spezifischen Beratungsstellen, so auch der IV, dem RAV und geschützten Werkstätten. Alle Befragten gaben an, dass sie sich für die Förderung und Entwicklung der KlientInnen mit den Personen (z.B. Arbeitgebende) und Fachleuten vernetzen, die ihnen in ihrer Situation weiterhelfen. Das können langjährige Kontakte zu verschiedensten Institutionen sein oder auch ganz neue, die auch mit der Entwicklung in der Suchtarbeit entstehen.

Zu erwähnen ist an dieser Stelle der immer wieder genannte Nutzen aus der interdisziplinären Arbeit. Bei den stationären Stellen kam dies etwas mehr hervor, doch auch drei der vier ambulanten Stellen erwähnten den positiven Nutzen vor allem im Erhalten von Zusatzinformationen aus den anderen Fachdisziplinen. Dies erleichtere die Arbeit und gerade in Krisensituationen sei dieses Wissen sehr hilfreich, um die notwendigen Schritte einleiten zu können.

Weiter sei hier auch das Thema Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen angesprochen: Sechs der sieben befragten Sozialarbeitenden waren sich einig, dass es wichtig ist, sich klar von den Aufgaben der anderen Fachdisziplinen abzugrenzen, das heisst, zu wissen, wo der eigene Auftrag anfängt, wo er aufhört und wann man sich absprechen und delegieren muss.

Alle Experten und Expertinnen äusserten sich zur Krisenintervention, dass es verschiedene Arten von Krisen gibt und sie deshalb auch unterschiedlich reagieren. Bei akuten Krisen mit Suizidgefahr wird sofort eine Einweisung in die Klinik veranlasst. Bei Krisen, die im Gespräch oder aus dem Verlauf in der Beratung entstehen, werden häufigere dafür kürzere Termine abgemacht, also eine engere Begleitung angeboten, da Krise auch als Chance gesehen wird. So kann z.B. ein Schreiben der IV, das von KlientInnen nicht richtig verstanden wird, eine ‚Krise‘ auslösen, welche mit einem Gespräch anhand von Erklärungen behoben werden kann.

Im stationären Rahmen begegnet man Krisen auch mit einem Timeout in dem Sinne, dass sich KlientInnen eine Auszeit von zwei, drei Wochen ausserhalb der Institution nehmen müssen, um sich betreffend der Ziele und Motivation des Aufenthaltes mehr Klarheit zu verschaffen.

Aus den Antworten hervorgegangen ist eindeutig, dass adäquate Kriseninterventionen auch Erfahrungen damit voraussetzen, da eine Krise erkannt werden muss, auch wenn die KlientInnen selbst nicht von einer solchen sprechen. Als sehr wichtig wurde auch die verlässliche Zusammenarbeit innerhalb des interdisziplinären Teams resp. des sozialen Netzwerkes gesehen, ohne die eine gute Krisenintervention nicht möglich ist. Teilweise werden mit den KlientInnen auch Krisenpläne gemacht, so dass im Notfall darauf zurückgegriffen werden kann.

4.1.5 Wirkfaktoren, Evaluation und Optimierungswünsche

Als einer der wichtigsten Wirkfaktoren für das Gelingen der Arbeit wurde von allen Sozialarbeitenden die Beziehung zu den KlientInnen genannt. Eine befragte Person sagte, dass die Beziehungsarbeit das A und O ist. Gelingt es nicht, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, dann nützen auch die Methoden nichts, merkte eine andere interviewte Person an. Weiter wurde erwähnt, dass die Beziehungsarbeit Zeit braucht, die in der Beratung und Behandlung eingerechnet werden muss. Motivation wurde ebenso als wichtiger Wirkfaktor aufgeführt. Sind die KlientInnen nicht motiviert, wird versucht, sie dahin zu führen. Weiter wurden auch Kooperation der Klientel, klare Absprachen und Informationen, Transparenz sowie Empathie und eine akzeptierende Haltung als bedeutende Faktoren aufgezählt. So ist auch von fünf Sozialarbeitenden der Einbezug systemischen Denkens genannt worden. Weiter wurden Kompetenzen der Sozialarbeitenden, die Strukturen innerhalb der Institution und eine gemeinsame Haltung im Team bzw. auf der ‚gleichen Schiene fahren‘ angegeben. Die KlientInnen müssen ihre Ziele selber setzen, die mit erlernten Gesprächsführungs- und Fragetechniken zu eruieren sind.

Abbildung 8 stellt die Wirkfaktoren graphisch dar. Die Zahlen zeigen auf, welche Wirkfaktoren in den Interviews genannt wurden, wobei eine Person mehrere Faktoren nennen konnte.

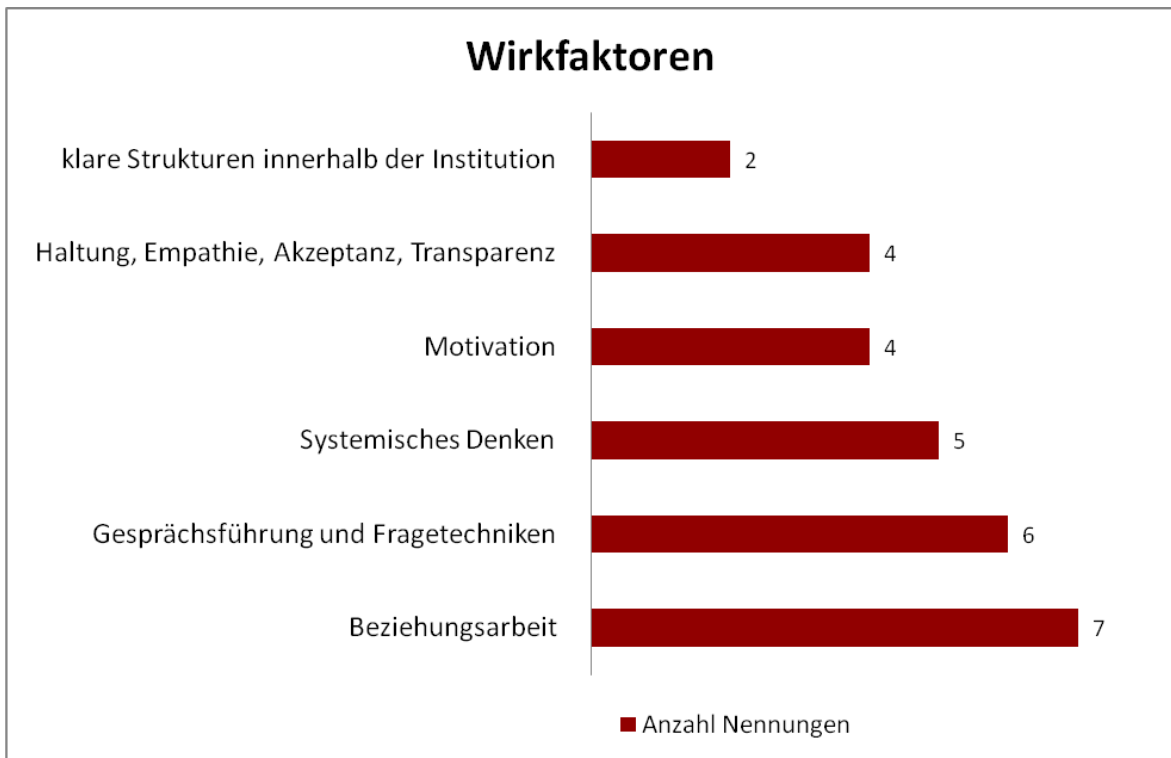


Abb. 8: Wirkfaktoren in der Arbeit

Einerseits evaluieren die Institutionen ihre Arbeit durch KlientInnenbefragungen sowie über Qualitätsüberprüfungen durch Externe. Andererseits wird die Qualität in (Team-) Supervisionen, Fallsupervisionen und durch Selbstreflexion überprüft. Vielfach werden auch Berichte für Ämter oder für Mandatstragende verfasst, die eine Art Evaluation darstellen. Noch nicht alle Institutionen haben ein Instrument, um ihre Arbeit zu evaluieren.

Als Optimierungswünsche wurden sehr viele unterschiedliche Einzelthemen genannt, welche die Sozialarbeitenden beschäftigten. Es sind Themen auf sozialpolitischer Ebene zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und Aufgabenteilung und zu den Krankenkassen. Weiter wurden auch eher individuelle Wünsche und Vorschläge genannt, wie mehr Zeitressourcen, mehr administrative Unterstützung, mehr fachlichen Austausch mit anderen Sozialarbeitenden, stärkere Vertretung im Team, mehr psychologisches Wissen, mehr Angebote im Bereich der Arbeitsintegration sowie grösseren Austausch und Optimierung der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen im Suchtbereich.

4.1.6 Bekanntheit Klinischer Sozialarbeit

Vier der sieben befragten Personen kannten den Begriff „Klinische Sozialarbeit“. Eine dieser vier Personen brachte Klinische Sozialarbeit mit Kliniksozialarbeit in Verbindung. Die Frage, ob sie klinisch arbeite, konnte diese Person nicht eindeutig beantworten. Sie meinte aber dazu, dass es eine Definitionsfrage sei, was unter Klinischer Sozialarbeit verstanden wird. Die anderen drei Fachpersonen, die den Begriff kannten, gaben an, dass sie klinisch tätig sind.

4.2 Interpretation der Ergebnisse

Die im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Ergebnisse sollen nun in Verbindung mit dem Theorieteil (siehe Kapitel 1 und 2) interpretiert werden. Die Gliederung der Kapitel entspricht mehrheitlich dem Kapitel 4.1, mit der Ausnahme, dass die Methoden als eigene Unterkapitel aufgeführt werden, weil sie wie in Kapitel 3.3.1 erwähnt, den Hauptteil der Forschung bildeten.

4.2.1 Fachwissen und Identität

Nach Geissler-Piltz (Interview vom 5. Juni 2009) geht es bei einer Fachsozialarbeit darum in einem bestimmten Gebiet spezifisches Wissen zu besitzen, das über das bereits erworbene sozialarbeiterische Wissen hinausgeht (siehe Kapitel 1.7.2). Dem entsprechen die Ergebnisse aus den Interviews, denn alle Sozialarbeitenden haben eine sozialarbeiterische Ausbildung abgeschlossen und sich zusätzliches Wissen im Bereich Sucht angeeignet. Je nach Schwerpunkt der Institution wurde weiteres Fachwissen erworben, welches für das jeweilige Arbeitsgebiet bzw. die Zielgruppe wesentlich ist. Diese Ergebnisse passen auch zu Pauls Aussage (Interview vom 5. Juni 2009), dass Klinische Sozialarbeit aus der „generalistisch orientierten Sozialarbeit“ herauswächst, was sich in einer spezialisierten Vertiefung von Wissensbeständen und methodischen Kompetenzen zeigt (siehe Kapitel 2.1.6).

Die Interviews haben zum Thema Identität ergeben, dass fünf Sozialarbeitende der Ansicht sind, dass sich ihre Identität durch die absolvierten Weiterbildungen sowie durch die Erfahrung in ihrem Arbeitsfeld verändert hat. Es lässt sich aus den Antworten herauslesen, dass sie damit den Wissenszuwachs bzw. die Ausweitung des Horizontes meinten. Ob sich die Sozialarbeitenden durch die Weiterbildungen mehr in eine therapeutische oder psychologische Richtung entwickeln, bleibt durch die Interviews ungeklärt.

Nur in einem Interview wurde die Problematik der Identität angesprochen. Was so gedeutet wurde, dass die Sozialarbeit in dieser Institution im interdisziplinären Team eher untervertreten ist und die Medizin und Psychologie relativ dominant sein könnten. Diese Interpretation kann mit der Aussage von Geissler-Piltz (Referat vom 4. Juni 2009) in Verbindung gebracht werden, dass es in einem interdisziplinären Rahmen auch immer darum geht, die Identität zu stärken. So ist auch das Ziel Klinischer Sozialarbeit, einen Status und eine berufliche Identität herzustellen und die Grenzen ihrer Tätigkeitsfelder abzustecken (siehe Kapitel 1.7.2).

4.2.2 Zielgruppe, Aufgaben, Ziele und Rollen

Zielgruppe Klinischer Sozialarbeit sind gemäss Geissler-Piltz et al. (2005) KlientInnen, die schwer zu erreichen sind (hard-to-reach) (S.48). Es ist daher naheliegend, dass der Zugang zu den Angeboten einfach sein muss, um die KlientInnen zu erreichen. Dementsprechend waren auch die meisten der befragten Institutionen sehr niederschwellig angelegt.

Die Interviews ergaben weiter, dass die KlientInnen neben ihrer Suchterkrankung mit sehr vielen verschiedenen Problemen belastet sind. Teilweise besteht eine Komorbidität (Kapitel 4.1.2). Dieses Resultat stimmt mit der Definition von Geissler-Piltz et al. (2005) überein, welche die Zielgruppe Klinischer Sozialarbeit als Menschen, die von erheblichen, oft chronischen Belastungen und Erkrankungen betroffen sind und in multiplen Problemsituationen leben, beschreiben (S.48).

Gemäss den Interviewten sind die Suchtproblematik und die Entwicklung von (Bewältigungs-) Strategien Inhalte von Beratungsgesprächen. Dies entspricht auch der Aufgabe Klinischer Sozialarbeit, wenn es laut Feinbier (1997, zit. in Pauls, 2004) darum geht, gesundheitsrelevantes abweichendes Verhalten zu erkennen und die Ursachen zu beheben (S.17). Auch die in den Interviews genannten Ziele kommen denjenigen Klinischer Sozialarbeit gleich. Pauls (2004) beschreibt das übergeordnete Ziel Klinischer Sozialarbeit als Aufrechterhaltung resp. Stabilisierung der psychosozialen Situation von Einzelnen, Familien und Kleingruppen (S.14), was auch mit den in den Interviews erwähnten Zielen der Stabilisierung, des Aufbaus einer Tagesstruktur, der Stärkung des Selbstbewusstseins und Rückerlangung der Eigenständigkeit und der beruflichen sowie sozialen Integration, etc. erreicht wird. Alle diese Ziele tragen zur Exklusionsvermeidung bei, was nach Brusa (Interview vom 27. Mai 2009) ein weiteres Ziel Klinischer Sozialarbeit darstellt (siehe Kapitel 2.1.4).

Wenn Pauls (2002, zit. in Kottler, 2004) Klinische Sozialarbeit als Beratung, sozialtherapeutische Behandlung und psychopädagogische Unterstützung sieht (S.31), müssen Sozialarbeitende je nach Situation und Thema unterschiedliche Rollen einnehmen. Da-

zu ergänzt Wendt (2000, zit. in Hegeler, 2008), dass je nachdem „therapeutisches, präventives oder rehabilitatives Handeln in einem sozialen Kontext angebracht ist, um Gesundheit wiederherzustellen, zu bessern oder zu erhalten“ (S.127). Auch die InterviewpartnerInnen nehmen verschiedene Rollen im Kontakt mit KlientInnen ein, diese reichen von anleitenden, begleitenden, unterstützenden bis hin zu therapeutischen Rollen.

4.2.3 Konzepte und Modelle

Obwohl keine Institution das *bio-psycho-soziale Modell* wörtlich erwähnt hat, kann aus den Interviews gleichwohl die Schlussfolgerung gezogen werden, dass sie ein bio-psycho-soziales Verständnis von Gesundheit und Krankheit besitzen, da alle Interviewten sich eindeutig für Zusammenhänge zwischen somatischen/biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren ausgesprochen hatten. Diese Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen den drei Ebenen bilden laut Engel (1970, zit. in Pauls, 2004) den Grundgedanken des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells. Es überrascht daher auch nicht, dass sechs der sieben Befragten die Zusammenhänge dieser drei Dimensionen in ihrer Arbeit berücksichtigen und dadurch gesundheitsrelevante Faktoren fördern, weil gemäss Pauls (2004) psychologische und soziale Faktoren entscheidend für den Verlauf und die Heilung von Krankheiten sind (S.86-87). Wie Mühlum (2002) wurde auch von drei InterviewpartnerInnen in den Fallbeispielen aus der Praxis betont, dass die Sozialarbeit ihren Fokus dabei auf das (Psycho-)Soziale richtet (S.13).

Mühlum (2002) sieht die *Salutogenese* als ressourcenorientiertes Konzept, das gesundheitsunterstützende Faktoren fördern (S.14) und dadurch Krankheitsrisiken vermindern will. Auch die befragten Institutionen betrachten die Verbesserung der Gesundheit als Teil ihrer Arbeit. Die Förderung der Gesundheit passiert dabei über den Aufbau von Tagesstruktur und Freizeitgestaltung, Essen, Sport, Information und Aufklärung etc.

Uchtenhagen (2000, zit. in Häfeli, 2008) bezeichnet die Förderung von Schutzfaktoren besonders für die Arbeit mit Suchtbetroffenen als sehr bedeutend (S.5). Dem tragen die Interviewten Rechnung, indem sie KlientInnen dabei unterstützen, Bewältigungsstrategien für den Umgang mit Sucht zu entwickeln, was auch als Förderung von Schutzfaktoren gesehen werden kann. Folglich kann festgehalten werden, dass die Institutionen auf der Basis des Salutogenese Konzeptes arbeiten.

Fünf InterviewpartnerInnen nannten das systemische Denken als wichtiger Wirkfaktor in der Arbeit mit KlientInnen. Systemisches Arbeiten bzw. eine systemische Orientierung fordert auch Pauls (2004) für das *Konzept der person-in-environment* (S.68),

dabei geht es um den Einbezug der relevanten Systeme, da diese gemäss Röh (2008) gegenseitig voneinander abhängig sind (S.41).

Wie bereits im Kapitel 2.2.3 erwähnt, kann das Konzept der Person-in-der-Situation auch als lebensweltorientierte Sozialarbeit verstanden werden, weil es den Alltag der KlientInnen gelingender gestalten will, indem es den „Alltag der Adressaten mit einbezieht“ (Thiersch, 1993, zit. in Galuske, 2005, S.145). Mit der Aufnahme der Vorgeschichte zur Suchtentwicklung sowie der Daten zur Familiensituation, zum sozialen Beziehungsnetz, zur psychischen wie physischen Krankheitsgeschichte und zur Erwerbssituation etc. berücksichtigen die Institutionen die Umwelt der KlientInnen, holen sie ‚im Alltag‘ ab und schaffen eine Basis für angepasste Lösungen.

Zum *Konzept der sozialen Unterstützung* halten Binner und Ortman (2008) fest, dass soziale Netzwerke für die Gesundheit und Gesundung sehr wichtig sind, weil sie viele verschiedene Ressourcen enthalten (S.76). Damit lässt sich auch erklären, weshalb alle Institutionen das soziale Umfeld (Angehörige, Arbeitgebende etc.) mit in die Behandlung einbeziehen, sofern dies möglich ist. Indem die Institutionen das System, in welchem die KlientInnen leben, berücksichtigen, tragen sie dem Umstand Rechnung, dass soziale Netzwerke für die Genesung ihrer Klientel unterstützend sein können. Somit kann festgehalten werden, dass sich Aspekte dieses Konzeptes in der Arbeit der befragten Institutionen widerspiegeln.

4.2.4 Psychosoziale Beratung

Gemäss Sander (1999, zit. in Pauls, 2004, S.278) geschieht psychosoziale Beratung auf drei Ebenen: der Orientierung, Klärung und Bewältigung von Problemen, mit welchen die KlientInnen kommen. Dies wurde von den Interviewten bestätigt, wenn sie erklärten, dass sie in einem ersten Schritt gemeinsam einen Auftrag erarbeiten und sich in den weiteren Beratungen daran orientieren. Diese gemeinsame Erarbeitung dient der Deutung und Klärung, welches Problem von den KlientInnen gelöst werden will. Damit verbunden ist oft die realistische Anpassung ihrer zum Teil sehr hohen Ziele. Die ersten beiden Ebenen müssen durchlaufen werden, damit die Bewältigung der Probleme angepackt werden kann. Einzelne Interviewte sagten aus, dass bereits das Aushandeln des Auftrags und dessen Klärung zur Bewältigung des Problems beitrage und die halbe Behandlung ausmache. Durch die Berücksichtigung der Ressourcen und Fähigkeiten kann von psychosozialer Beratung als einer gesundheitsbezogenen Beratung gesprochen werden, in der direkt Einfluss auf den Gesundheitszustand genommen und dieser bei der Lösungssuche berücksichtigt wird (Wendt, 2002, S.42).

Drei der sieben Interviewten gaben an, dass sie freiwillige und unfreiwillige KlientInnen haben, und dass bei beiden erst das eigentliche Problem erkannt werden muss,

bevor Veränderungen angestrebt werden können. Dies stimmt mit der Aussage von Sachse (2009) überein, der in Bezug auf Personen mit psychischen Störungen festhält, dass sie häufig erst ihren eigenen Anteil am Problem erkennen müssen, bevor daran gearbeitet werden kann (S.42-44). Es geht auch darum, den KlientInnen Wahlmöglichkeiten in Bezug auf ihr Handeln zu eröffnen, welche über die von Sachse beschriebene Beziehungsarbeit ermöglicht wird (S.51). Diese Erarbeitung einer Beziehung oder auch eines „Beziehungskredits“ (S.45), wie Sachse dies nennt, benötigt Zeit. In der Praxis wurde dieser Zeitcharakter mit der Aussage bestätigt, dass die Beziehungsarbeit Zeit braucht und in die Beratung und Behandlung eingerechnet werden muss (siehe Kapitel 4.1.5). Anfänglich wird versucht, die Beziehung über Gespräche alle 14 Tage herzustellen. Je nach Problematik werden nachher Gespräche in zeitlich grösseren Abständen geführt, die sich manchmal in eine Betreuung über Jahre entwickeln können.

4.2.5 Soziale Diagnose

Wenn gemäss Röh (2008) unter Sozialer Diagnose der Prozess der Erkenntnisgewinnung und -verarbeitung verstanden wird (S.35-36), ergab die Befragung der Interviewten, dass allen bei der Fallaufnahme Instrumente zur Verfügung stehen, um die notwendigen Informationen für die weitere Bearbeitung des Falles zu erfassen. Es wurden Fragebogen erwähnt, die vor allem im stationären Bereich üblich sind und das Führen von Aktennotizen, um relevante Punkte aus dem Erstgespräch festzuhalten. Auch der Punkt von Röh, dass es ein kommunikativer Prozess ist, wurde bestätigt, wenn die Experten und Expertinnen aussagten, dass es mehrere Gespräche braucht, bis alle relevanten Informationen für die Beratung und Behandlung vorhanden sind. Die Aufnahme von Begebenheiten aus der Vorgeschichte der KlientInnen, Informationen zum sozialen Beziehungsnetz, der Arbeit, etc. dient der multidimensionalen Erfassung der Person-in-der-Situation, wie Pauls (2004, S.208) dies ausdrückt und bildet die Grundlage für entsprechende Interventionen. Die von den Sozialarbeitenden erwähnte elektronische Fallführung, die Veränderungen während der Betreuungsphase festhält, unterstreicht die Dynamik einer sozialen Diagnose im Vergleich zu einer medizinischen, wenn sie sich der durch die Interventionen veränderten Lebenslage oder -weise der KlientInnen anzupassen vermag, wie Jakobs und Röh (2005, S.286) dies darstellen.

4.2.6 Soziale Therapie

In einer Zusammenfassung der Sozialen Therapie kann von Methoden der Gesprächsführung, aktiver sozialer Unterstützung und Begleitung durch systemische, aufsuchen-

de und umgebungsbezogene Behandlungsstrategien (Pauls, 2004, S.287) gesprochen werden. Die Anwendung Sozialer Therapie lässt sich demzufolge in der täglichen Arbeit der Interviewten erkennen, wenn sie KlientInnen an Standortgespräche begleiten und gemeinsam Alltagssituationen üben. Um die Mitwirkungsbereitschaft der Klientel zu erhöhen, erwähnten die Fachpersonen, dass sie flexibel auf die KlientInnen eingehen und sie dort abholen, wo sie stehen. Dies kann als „Kunst des Situationsverstehens in der Begegnung mit dem Individuum“ (S.285) gesehen werden, wie das Pauls (2004) mit den Worten Weils (1994, zit. in Rolf Schwendter, 2000) ausdrückt. Alle Sozialarbeitenden bezeichneten die Beziehungsarbeit als Mittel, Einfluss auf die Motivation für Veränderungen im Verhalten der Klientel zu nehmen, weshalb auch hier von Sozialer Therapie gesprochen werden kann. Pauls hält dazu fest, dass es die therapeutische Bindungsbeziehung ist, auf der die Soziale Therapie basiert, die Einfluss auf das „Erleben-Verhalten“ nehmen kann (S.286).

Die in den Antworten erwähnten Grenzen in der Motivation von KlientInnen (siehe Kapitel 4.1.4) decken sich mit den Grenzen der Sozialen Therapie, wenn Rahmenbedingungen einer Behandlung aus Krankheitsgründen nicht eingehalten werden können. Pauls (2004) bemerkt dazu, dass die Klientel dann mit den in der Sozialen Therapie zu erreichenden Zielen überfordert sind (S.298).

4.2.7 Psychosoziale Rehabilitation

Unter psychosozialen Rehabilitation sind gemäss Mühlum und Gödecker-Geenen (2003, zit. in Pauls, 2004) alle Massnahmen, Leistungen und Hilfen zu Behinderungsbewältigung mit dem Fokus auf die soziale Dimension gemeint (S.314). Alle Bemühungen zur sozialen und beruflichen Integration können daher auch als psychosoziale Rehabilitation bezeichnet werden. Dazu gehören gemäss den Aussagen der Befragten Telefonate mit Arbeitgebenden und Institutionen, zusammen mit dem KlientInnen wieder erste, selbständige Telefonate zu führen und persönliche Kontakte wiederherzustellen, was auch im Modell von Jakobs et al. (2008) mit dem Ziel der Einbindung in befriedigende und stützende Netzwerke und Beziehungen zu anderen Menschen verfolgt wird (S.148).

Mit der Frage einer interviewten Person, was „integriert sein eigentlich bedeutet“, wird der subjektive Aspekt der Wahrnehmung von Integration hervorgehoben. Damit kann auf das erst genannte Ziel von Jakobs et al. (2008) Bezug genommen werden (siehe Kapitel 2.3.4), wenn sie von einer Wiederherstellung subjektiver Zufriedenheit sprechen. Als weiteres Ziel führen Jakobs et al. die Förderung salutogener Ressourcen zur aktiven Lebensgestaltung auf (S.148). Die Förderung salutogener bzw. ‚gesunderhaltender/gesundmachender‘ Ressourcen hat auch einen präventiven Charakter. Pauls

(2004) spricht von drei Aspekten und meint damit die Früherkennung, das Verhindern des Auftretens der Störung und als drittes die Rückfallprophylaxe (S.313). Dieser präventive Charakter wurde von einigen Befragten bestätigt, die aussagten, dass es zuerst darum gehe, ein Leben ohne Suchtmittel führen zu können, dann nicht wieder in alte Muster zurückzufallen und schlussendlich von Rückfallprophylaxe sprachen. Aber auch die Aussage mehrerer Fachpersonen, dass es wichtig ist, neue soziale Kontakte zu knüpfen, um einen adäquaten Umgang mit der Sucht zu finden, schliesst diesen präventiven Charakter psychosozialer Rehabilitation ein.

4.2.8 Psychoedukation und Angehörigenarbeit

Psychoedukation wird von allen Institutionen betrieben, allerdings von unterschiedlichen Personen, resp. Disziplinen. Von Psychoedukation wird gesprochen, wenn KlientInnen wichtige Tatsachen über die Erkrankung, Krankheitsmodelle, Wege der Hilfe und Bewältigung kennen lernen (Geissler-Piltz et al., 2005, S.114). Aus den Interviews wurde ersichtlich, dass Psychoedukation aus systemischer Sicht einen wichtigen Anteil in der Arbeit hat. In Bezug auf die Krankheit wird Psychoedukation eher über Fachpersonen aus der Medizin oder der Psychologie abgedeckt als über Sozialarbeitende. Gründe dafür sind die Abgrenzung zu diesen Disziplinen, aber auch aus Gründen der Professionalität.

Wissen über Zusammenhänge von familiären und sozialen Strukturen, die zur Sucht führen, können mit der Angehörigenarbeit in Verbindung gebracht werden, wenn Pauls (2004) dazu schreibt, dass Psychoedukation auch die Selbstbeschuldigung Angehöriger vermindern kann sowie die Möglichkeiten des Umgangs miteinander betrachtet (S.328). Obwohl gemäss Pauls Kranke weniger Pathologie durch den Einbezug von Angehörigen zeigen (S.325), wurde aus den Interviews ersichtlich, dass dieser Einbezug nur mit dem Einverständnis der KlientInnen erfolgt. So kann gerade zu diesem Zeitpunkt von sozialarbeiterischer Psychoedukation gesprochen werden, wenn sich Angehörige mit Fragen des täglichen Lebens der erkrankten Person, mit finanziellen Schwierigkeiten und Fragen in Bezug auf die Arbeit oder weitere Therapien konfrontiert sehen.

4.2.9 Netzwerkarbeit/Case Management

Als Ziel der Netzwerkarbeit wird in der Theorie die Befähigung der KlientInnen gesehen, mit ihrem Umfeld umzugehen oder zu kooperieren und wenn nötig, sie dabei zu unterstützen, dies anhand von Case Management-Strategien (Pauls, 2004, S.302). Unter Betrachtung dieser Aspekte kann gesagt werden, dass schon von Netzwerkar-

beit gesprochen werden darf, wenn einige Interviewte angaben, dass sie zu Beginn einer Beratung ein Case Management ankurbeln, die Fallführung dann aber geeigneteren Stellen übergeben. Sie vernetzen sozusagen die KlientInnen mit denen für sie wichtigen Stellen. Schaub (2008) zählt auch die Zusammenarbeit bzw. Vernetzung zwischen Institutionen zur Netzwerkarbeit (S.96). Die Interviews haben gezeigt, dass sich alle Befragten mit anderen Institutionen bzw. Fachkräften vernetzen und zusammenarbeiten, um die KlientInnen in ihrer Situation zu unterstützen. Es kann deshalb festgehalten werden, dass Merkmale der Netzwerkarbeit in der Arbeit der Institutionen erkannt werden können.

Aus den Informationen der Interviews ergab sich das Bild, dass Case Management mit Fallführung gleichgesetzt wird. Dabei verstehen sich die Fachpersonen eher als Teil eines Case Managements. Nur eine Institution übernimmt die Fallführung und führt das Case Management ganz im Sinne der Theorie.

4.2.10 Interdisziplinäre Teamarbeit

Interdisziplinarität ist sowohl im Team wie auch in der Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen möglich, wobei letzteres als interinstitutionelle Vernetzung bezeichnet werden kann. Dass alle stationären Institutionen in einem interdisziplinären Team arbeiten, kann damit erklärt werden, dass die wichtigsten Fachdisziplinen vertreten sein müssen, um eine adäquate Behandlung im stationären Rahmen bieten zu können. Demgegenüber ziehen einige ambulante Stellen auch nur punktuell externe Fachkräfte bei oder vernetzen die KlientInnen. Andere ambulante Stellen dagegen sind für ihre Arbeit auch darauf angewiesen, dass das Team aus verschiedenen Disziplinen besteht. Ebenso wie die HeGeBe Thun, welche mit anderen Institutionen und externen Fachpersonen zusammenarbeitet, um die Hilfsangebote zu koordinieren und berufsspezifisches Wissen auszutauschen, vernetzen sich auch die interviewten Stellen mit Fachleuten, die ihnen in ihrer jeweiligen Situation weiterhelfen können.

Nach Schaub (2008) ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig, weil sowohl die Klinische Sozialarbeit als auch die anderen Disziplinen im Gesundheitswesen auf gegenseitige Kooperation angewiesen sind, um die Situation von KlientInnen umfassend beurteilen und entsprechend intervenieren zu können (S.88). Dies entspricht auch den Ergebnissen aus den Interviews, wenn vom Nutzen der Interdisziplinarität die Rede war. Durch den Austausch erhalten die Sozialarbeitenden wertvolle (Zusatz-) Informationen aus anderen Fachdisziplinen, was hilfreich ist, um die erforderlichen Schritte einleiten zu können.

In einem interdisziplinären Team stellt sich auch immer die Frage der Abgrenzung von den Aufgaben der anderen Fachdisziplinen. Aus den Interviews geht hervor, dass Abgrenzung klar als professionelles Handeln oder Arbeiten gesehen wird, d.h. Klarheit darüber zu haben, wo der eigene Auftrag anfängt und wo er aufhört. Geissler-Piltz (Interview vom 5. Juni 2009) nennt das Gesundheitsverständnis der einzelnen Disziplinen als zentraler Punkt für die Abgrenzung. Während MedizinerInnen und PsychologInnen ein biomedizinisches oder psychosomatisches Verständnis haben, richtet Klinische Sozialarbeit ihren Blick auf das Soziale. Auch in den Interviews wurde erwähnt, dass sich die Sozialarbeitenden speziell mit dem (Psycho-)Sozialen befassen.

4.2.11 Krisenintervention

Wenn Merkmale einer Situation akute Überforderung, mit belastendem, temporären Charakter zeigen und kleine Ursachen grosse Wirkung haben, kann gemäss Kunz et al. (2007, S.167) von einer Krise gesprochen werden. Diese Definition von Krise wurde von zwei Institutionen bestätigt, wenn sie erzählten, dass bereits kleine Ursachen wie ein Schreiben der IV zu Krisen führen können, resp. eine Überforderung der Person verursachen. Krisen können zwei Seiten haben, die zwei unterschiedliche Interventionen erfordern, sagen Geissler-Piltz et al. (2005). So wird Krise auch als Chance zur Veränderung gesehen, die aber nicht verharmlost werden darf, wenn ersichtlich wird, dass die Person mit der Situation alleine nicht klar kommt. (S.110-111) Die befragten Institutionen bestätigten die zwei unterschiedlichen Kriseninterventionen, wenn sie erzählten, dass sie bei akuten Krisen mit Suizidgefahr sofort eine Klinikeinweisung veranlassen. Bei Krisen, wie sie im erwähnten Beispiel genannt werden oder in Form des Timeouts, bieten sie den KlientInnen eine engere Zusammenarbeit mit häufigeren Kontakten an, resp. lassen ihnen Zeit, sich über ihre Motivation zur Veränderung klar zu werden. So wurde auch die in Geissler-Piltz et al. (2005, S.111) genannte Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit von den Interviewten bekräftigt, wenn sie die verlässliche Teamarbeit innerhalb und in Bezug auf das soziale Netzwerk ansprachen, ohne die eine gute Krisenintervention nicht möglich ist. Weiter wurde die von Pauls (2004) erwähnte Qualität einer Krisenintervention, die sich aus den Erfahrungen der Helfenden ergibt (S.339), bestätigt, da aus den Interviews ersichtlich wurde, dass eine Krise und das Erfordernis einer adäquaten Intervention auch erkannt werden muss, selbst wenn KlientInnen nicht von einer Krise sprechen.

4.2.12 Wirkfaktoren, Evaluation und Optimierungswünsche

In Bezug auf die Wirkfaktoren für den Behandlungserfolg konnten in der Theorie die Beziehungsarbeit, Gesprächsführungstechniken, Instruktionskompetenzen und aktivie-

rende Hilfe benannt werden (Geissler-Piltz et al., 2005, S.104-105). Unter diesen wurde von den Interviewten die Beziehungsarbeit als das A und O für gelingende Arbeit genannt. Weiter bezeichneten die Fachpersonen Transparenz, Empathie und eine akzeptierende Haltung ebenso wie die Kompetenzen der Sozialarbeitenden in der Gesprächsführung als bedeutende Faktoren für das Gelingen ihrer Arbeit. Diese Punkte können zum Wirkfaktor „Gesprächsführungstechniken“ gerechnet werden. In Verbindung mit Instruktionskompetenzen wurden von den Experten und Expertinnen klare Absprachen und Informationen angegeben, die zum Behandlungserfolg verhelfen. Wenn Frank (1961, zit. in Pauls, 2004) bei einer vertrauensvollen Beziehung, Vermittlung von Orientierung, Informationen für Problemstellungen, Sinnstiftung und einer aktiven Beteiligung der Person am Veränderungsprozess von Wirkfaktoren eines Behandlungserfolges spricht (S.143-144), so wurden diese Faktoren von den Interviewten mit ähnlichen Worten erwähnt. Beispielsweise wurde gesagt, dass ohne Vertrauensverhältnis sämtliche Methoden nutzlos sind, und dass für die Erarbeitung dieser Arbeitsbeziehung Zeit erforderlich ist. Der von den Befragten genannte Einbezug systemischen Denkens kann als Orientierungsvermittlung interpretiert werden und hilfreiche Informationen für die Hintergründe und Zusammenhänge der Problemstellung ergeben. Die Motivation der KlientInnen führten die Interviewten als weiteren wichtigen Wirkfaktor auf, der in Verbindung mit der Sinnstiftung gesehen werden kann, da nur sinnvolle Ziele die nötige Kraft generieren, um Veränderungen vorzunehmen und umzusetzen. Der Einbezug der KlientInnen im Sinne der aktiven Beteiligung kann auch mit der aus den Interviews erwähnten Kooperation der KlientInnen sowie damit, dass sie Ziele selber setzen müssen, bestätigt werden.

Die Frage im Leitfaden, wie der Nutzen der Arbeit evaluiert wird, zielte darauf ab, herauszufinden, wie die Institutionen die Wirkfaktoren und den Erfolg der Methoden messen. Dadurch erhofften sich die Autorinnen auch etwas über den Nutzen Klinischer Sozialarbeit in der Praxis zu erfahren. Die meisten Institutionen haben zwar Instrumente, um ihre Arbeit zu evaluieren, damit kann jedoch der „Erfolg“ einer Beratung resp. Behandlung nicht gemessen werden, weil der „Erfolg“ nicht auf einen einzigen Faktor zurückzuführen ist, sondern vielmehr verschiedene Faktoren dazu beitragen. Zudem handelt es wie in Kapitel 2.3.9 aufgezeigt, bei den Wirkfaktoren Klinischer Sozialarbeit meistens um unspezifische, was es schwierig macht die Wirkung einer Methode nachzuweisen. Mit der vorliegenden Forschung konnte daher die Frage nach dem Nutzen Klinischer Sozialarbeit nicht beantwortet werden.

Die Frage der Optimierung hätte die Notwendigkeit klinischer Weiterbildung eruieren wollen. Einige Fachpersonen äusserten das Bedürfnis nach mehr psychologischem Wissen oder grösserem Austausch zwischen Sozialarbeitenden, aber auch mit anderen Institutionen (Interdisziplinarität). Daraus lässt sich jedoch noch kein Wunsch nach

mehr Spezialisierung ableiten. Weiter könnte interpretiert werden, dass keine Wünsche diesbezüglich aus den Interviews offensichtlich wurden, weil sowohl die Fachsozialarbeit als auch der Masterlevel Klinischer Sozialarbeit in Deutschland hier in der Schweiz wenig bekannt sind.

4.3 Persönliche Stellungnahme zur Forschung

Die Forschung sollte gut vorbereitet sein und geplant angegangen werden, damit die Ergebnisse ausgewertet und folgerichtig interpretiert werden können. Dazu gehört, dass das Forschungsfeld zweckmäßig abgesteckt sowie das Erhebungsinstrument für die Forschung sorgfältig ausgewählt und erarbeitet wird. Nachfolgende Unterkapitel geben Einblick in gelungene und weniger gelungene Punkte der Forschung.

4.3.1 Erfolge

Die Auswahl der Stichprobe war gut getroffen, denn es konnte ein vielfältiges Bild der Institutionen des Suchtbereichs im Kanton Luzern gewonnen werden. Die Verschiedenheit der Stellen und die Anzahl der Interviews erlaubte es, Vergleiche anzustellen sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufzuzeigen. Alle Interviews konnten planmässig durchgeführt werden und lieferten interessante Erkenntnisse. Zudem war es spannend, Konzepte, Modelle und Methoden, über die in der Literatur theoretisch gelesen wurde, in den Interviews wiederzuerkennen und ansatzweise in der Praxis umgesetzt zu sehen.

Die Phasen der Transkription und der Auswertung waren sehr zeitaufwendig. Rückblickend stellte die Auswertungsmethode von Meuser und Nagel aber eine wertvolle Hilfe dar, um die Daten zu ordnen, vergleichen und anschliessend interpretieren zu können.

4.3.2 Schwierigkeiten und Fehlerquellen

Einzelne Fragen im Leitfaden waren nicht differenziert formuliert. Dies lag einerseits daran, dass sich die Autorinnen im Vorfeld der Forschung noch zu wenig mit den theoretischen Grundlagen Klinischer Sozialarbeit vertraut gemacht hatten und andererseits, dass der Zweck bzw. die Absicht der Fragen zuwenig durchdacht war. Beispielsweise waren folgende Fragen aus dem Leitfaden missverständlich: „Mit welchen Personen aus anderen Fachgebieten arbeiten Sie zusammen? Welchen Nutzen ziehen Sie aus der interdisziplinären Zusammenarbeit?“ Diese Fragen waren insofern mehrdeutig, als dass man sowohl im Team wie auch mit externen Fachpersonen und Institutionen

interdisziplinär zusammenarbeiten kann. Dieses Missverständnis deckte sich aber im Verlauf der Interviews auf und konnte mit Nachfragen korrigiert werden, so dass für die Interpretation keine wertvollen Informationen fehlten.

Wie bereits in Kapitel 4.2.12 dargelegt, sollte mit der Frage nach den Optimierungswünschen erforscht werden, ob in der Praxis der Wunsch nach Spezialisierung besteht. Um die Interviewten nicht zu beeinflussen und ihnen nicht durch direktes Fragen eine Antwort aufzudrängen, war die Frage bewusst sehr offen gestellt. Leider unterliessen es die Autorinnen dann, Nachfragen zum Wunsch nach einer Fachsozialarbeit zu stellen. Mit der Konsequenz, dass auf diese Frage keine Antwort generiert werden konnte.

5. KAPITEL

SCHLUSSFOLGERUNGEN

5 Schlussfolgerungen

Zuerst werden in diesem Kapitel die Hypothesen und Fragestellungen beantwortet. Dann werden Folgerungen für die berufliche Praxis gezogen, indem aufgezeigt wird, was die Fachsozialarbeit Klinische Sozialarbeit für den Berufsstand der Sozialen Arbeit leisten kann. Die Bachelorarbeit endet mit dem Ausblick, in welchem mögliche weitere Bereiche benannt werden, die zum Thema Klinischer Sozialarbeit erforscht werden könnten und dargestellt wird, wie die Situation Klinischer Sozialarbeit zum heutigen Zeitpunkt in der Schweiz aussieht.

5.1 Beantwortung der Hypothesen und Fragestellungen

Nachfolgend sollen die in Kapitel 1.6 aufgestellten Hypothesen überprüft und die Fragestellungen beantwortet werden. Dazu werden die Hypothesen und Fragestellungen nochmals genannt und anschliessend beurteilt.

- Klinische Sozialarbeit wird auch in der Schweiz geleistet, aber nicht so benannt.

Die Hypothese, dass der Begriff „Klinische Sozialarbeit“ in der Praxis nicht bekannt ist, wurde durch die Ergebnisse der Interviews widerlegt. Vier der befragten Fachpersonen kannten den Begriff, zwei davon konnten Klinische Sozialarbeit auch definieren. Weiter bezeichneten drei der sieben Interviewten ihre Tätigkeit als „klinisch“. Damit kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der Begriff „Klinische Sozialarbeit“ Eingang in die Praxis gefunden hat und auch in der Schweiz bereits Klinische Sozialarbeit geleistet wird.

- Methoden, die denen Klinischer Sozialarbeit entsprechen, werden in der Schweiz in der Praxis angewendet.

Die zweite Hypothese, dass die Methoden Klinischer Sozialarbeit in der Praxis angewendet werden, kann aufgrund der Ergebnisse der Forschung zwar nicht zu 100% verifiziert werden, aber es können doch klare Ansätze festgestellt werden. Diese Ansätze

sollen in den folgenden Abschnitten durch die Beantwortung der Fragestellungen genauer beleuchtet werden.

- Entsprechen die Konzepte, Modelle und Methoden, mit denen in der ambulanten und stationären Suchtbehandlung im Kanton Luzern gearbeitet wird, dem Verständnis Klinischer Sozialarbeit?

Zu den in den Institutionen verwendeten Konzepten und Modellen kann gesagt werden, dass ein bio-psycho-soziale Verständnis von Gesundheit, Störung und Krankheit vorhanden ist. Alle sahen eindeutige Zusammenhänge zwischen den somatischen, psychischen und sozialen Faktoren und berücksichtigen sie in ihrer Arbeit. Zum Konzept der Salutogenese, welches die Verbesserung der Gesundheit in den Vordergrund stellt, kann ebenfalls gesagt werden, dass es Eingang in die Arbeitsweise der befragten Institutionen gefunden hat. Wenn die Kriterien für den Ansatz der Person-in-der-Situation Grundlage der Arbeit bilden und die Betrachtung von Störungen und Krankheit in ihrem sozialen Zusammenhang gesehen werden, konnte dies aus den Antworten der Interviews herausgehört werden. Durch ihr spezialisiertes Wissen in Bezug auf Suchterkrankungen bieten sie entsprechend niederschwellige Hilfe an. Die Berücksichtigung des Kontextes, in dem die Klientel lebt und handelt sowie der Einbezug von Angehörigen, sofern gewünscht und sinnvoll, kann als Beitrag gesehen werden, der dem Konzept der sozialen Unterstützung entspricht (siehe Kapitel 4.2.3).

Im Überblick der Ergebnisse in Bezug auf die Methoden, welche in der Arbeit der befragten Institutionen angewendet werden, ist eine Übereinstimmung mit den in der Theorie genannten Merkmalen festzustellen, auch wenn diese nicht 100% den Grundlagen Klinischer Sozialarbeit entspricht. Nachfolgend wird aufgezeigt, welche methodischen Ansätze Klinischer Sozialarbeit im Suchtbereich ermittelt werden konnten.

Wie in Kapitel 4.2.4 und 4.2.11 belegt, kann für die Methoden psychosoziale Beratung und Krisenintervention eine mehrheitlich übereinstimmende Arbeits- und Denkweise mit der Praxis gesehen werden.

Die Methoden der Sozialen Diagnose (siehe Kapitel 2.3.2) wie auch der Sozialen Therapie (siehe Kapitel 2.3.3) werden in der Schweiz nicht so benannt, können aber im Hinblick auf die Kernpunkte der jeweiligen Methode auch in der Arbeit der befragten Institutionen festgestellt werden (siehe Kapitel 4.2.5 und 4.2.6).

Mit Bezug auf psychosoziale Rehabilitation und Netzwerkarbeit wurde erkannt, dass es schwierig ist, die beiden Methoden in der Praxis zu trennen und dadurch als eigenständige Methoden nachzuweisen. Die Anwendung der psychosozialen Rehabilitation und der Netzwerkarbeit können aber trotzdem – zumindest ansatzweise – bestätigt werden, weil die Interviews ergeben haben, dass Merkmale der beiden Methoden in der Praxis vorhanden sind (siehe Kapitel 4.2.7 und 4.2.9). Das Case Management wurde nur von einer Person als zentrale Methode benannt, unter der sich die anderen Methoden Klinischer Sozialarbeit dann zeigten, beispielsweise psychosoziale Beratung, interdisziplinäre Teamarbeit, etc.

Psychoedukation und Angehörigenarbeit werden von allen befragten Institutionen geleistet (siehe Kapitel 4.2.8). Interessanterweise findet gerade bei der Psychoedukation eine markante Abgrenzung zu den Disziplinen Medizin und Psychologie statt. Erklärungen dafür können in der Abgrenzungsthematik einerseits und in einer professionellen Haltung Klinischer Sozialarbeit andererseits liegen, nach dem Motto einer ‚sinnvollen Arbeitsteilung nach Kernkompetenzen‘. Als wichtiger Umstand sollte berücksichtigt werden, dass das Erklären von Krankheiten, deren Entstehung und Ursachen usw. in Verbindung mit Sucht sehr häufig über die Medizin erfolgt. Dies aus der logischen Konsequenz einer meist notwendigen medizinischen Behandlung von Personen mit einer Suchtmittelabhängigkeit. Die Vermittlung von Wissen im Umgang mit Sucht im Alltag, die Bewältigung der Folgen, die nach der Rückkehr in die sozialen Strukturen erfolgen muss, obliegt dann häufig nicht mehr den Ärzten und Ärztinnen oder den Psychologen und Psychologinnen, sondern Sozialarbeitenden. Wenn KlientInnen nach stationärem Aufenthalt mit Institutionen der Sozialarbeit vernetzt werden, sind genau dann klinische Kompetenzen gefragt. Diese klinischen Kompetenzen bedeuten ein ‚Mehr‘-Wissen über Krankheitsbilder, deren Ursachen sowie den Umgang mit den daraus entstehenden Folgen. Nicht zuletzt geht es auch um Übersetzungsarbeit, wie eine interviewte Person dies nannte. Einmal gehört ist nicht gleich ‚Verstehen können von Sucht als Verhaltensmodell für schwierige Situationen‘ und ist nicht gleich ‚Umsetzen können von entsprechende Lösungen im Alltag‘, weder persönlich noch im Umgang mit Angehörigen. Die Niederschwelligkeit der Sozialarbeit generell, aber vor allem Klinischer Sozialarbeit im Besonderen, erlaubt eher eine Kontaktaufnahme für solche Anliegen. Dies jedoch nur, wenn KlientInnen in die Beratung kommen, entsprechend vernetzt oder zumindest informiert wurden.

Zum Thema Wirkfaktoren und Evaluation ist ersichtlich, dass Evaluation, wie sie Klinische Sozialarbeit fordert (siehe Kapitel 5.2), nicht gemacht wird. Es werden auch keine empirischen Daten zu den Themen Methodik oder Wirksamkeit klinisch-sozialarbeiterischer Interventionen erhoben. Dies lässt sich damit erklären, dass die Wirksamkeit von Methoden in der Praxis eher schwierig nachzuweisen ist (siehe Kapi-

tel 2.3.9). Zu den Optimierungswünschen lässt sich festhalten, dass der Wunsch nach einer Spezialisierung auf Masterlevel wahrscheinlich bei den Interviewten noch kein Thema war, weil die Entwicklung der Fachsozialarbeit „Klinische Sozialarbeit“ in der Schweiz erst im Gange ist.

- Ist der Begriff „Klinische Sozialarbeit“ in der Praxis bekannt?

Wie bereits am Anfang dieses Kapitels dargelegt, wird der Begriff „Klinische Sozialarbeit“ in der Praxis bereits verwendet. Vier der sieben befragten Sozialarbeitenden kannten den Begriff und drei bezeichneten ihre Arbeit als „klinisch“.

Abschliessend kann festgehalten werden, dass Klinische Sozialarbeit ansatzweise in der Suchtarbeit im Kanton Luzern geleistet wird, weil einige Konzepte, Modelle und Methoden, auf denen Klinische Sozialarbeit basiert, in der Praxis angewendet werden.

5.2 Folgerungen für die berufliche Praxis der Sozialarbeit

In Kapitel 1.7.2 wurde dargelegt, wozu eine Fachsozialarbeit dienen soll. Darauf aufbauend wird nachfolgend aufgezeigt, was die Fachsozialarbeit „Klinische Sozialarbeit“ für den Beruf der Sozialen Arbeit in Bezug auf Methoden, Berufsidetitat und Rolle sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit leisten kann. Den Abschluss dieses Kapitels bildet eine kurze kritische Reflexion zum Wort „klinisch“.

Wie bereits in der Einleitung zu Kapitel 2.2 erwähnt, sind viele Konzepte, Modelle und Methoden, mit denen die Sozialarbeit, aber auch Klinische Sozialarbeit arbeiten, anderen Bezugswissenschaften entlehnt. Mit der Methode der Sozialen Diagnose wird auf die Wurzeln der Sozialarbeit zurückgegriffen und etwas ‚Eigenes‘ gestärkt. Die Soziale Diagnose (siehe Kapitel 2.3.2) dient dazu, ein Gesamtbild der Situation der KlientInnen zu erhalten, um dadurch geeignete Interventionen einleiten zu können. Die Methode ist wichtig, aber in der Praxis noch wenig verankert, deshalb plädiert Röh (2008) dafür, dass sich sowohl die Praxis wie auch die Lehre und Forschung für die Etablierung der Sozialen Diagnose einsetzen sollten (S.48). Ahneliches gilt für die Methode der Sozialen Therapie. Sie ist laut Binner und Ortmann (2008) in der Praxis noch zu fest mit der Psychotherapie verwoben (S.71). Ihr Ziel wäre deswegen „soziale Therapie“ als spezifische Methode Klinischer Sozialarbeit zu etablieren (S.72). Damit

könnte einerseits „eigenes“ Berufswissen für die Sozialarbeit generiert werden und andererseits würden eigene Methoden auch zur Stärkung der Profession der Sozialen Arbeit generell beitragen.

Im Gesundheitswesen sind viele Disziplinen vertreten, die als Wissenschaft anerkannt sind. Die Soziale Arbeit als Profession kämpft seit jeher für eine solche Anerkennung. So schreibt Ernst Engelke (2002), dass von einigen Kritikern in Frage gestellt wird, ob Soziale Arbeit eine Wissenschaftsdisziplin ist und über eigene Theorien verfügt (S.8). Es ist für die Sozialarbeit daher nicht einfach, neben Medizin und Psychologie einen Platz im Gesundheitsbereich zu finden. Dies wurde auch in einem Interview deutlich, als die lauernden Minderwertigkeitskomplexe in der Zusammenarbeit mit ‚AkademikerInnen‘ angesprochen wurde. Mit der Spezialisierung bzw. mit der „Expertise in einem Sachbereich“ (Geissler-Piltz, Interview vom 5. Juni 2009) kann sich die Sozialarbeit besser positionieren, weil sie ihr Tätigkeitsfeld, ihre Aufgaben und Ziele klar abstecken und damit ihre Rolle im interdisziplinären Team kommunizieren kann. Nicht zuletzt wird durch eigene Methoden, spezialisiertem Wissen und Theoriebildung die Berufsidentität gefestigt und das Selbstvertrauen in die eigene Profession gestärkt.

Aus der Spezialisierungsdebatte (siehe Kapitel 1.7) geht auch hervor, dass Klinische Sozialarbeit eine Expertise ausweisen muss, um von LeistungsträgerInnen anerkannt zu werden. Diese Expertise setzt gemäss Pauls und Mühlum (2005) Wissen und Können voraus. Nebst den in der Theorie genannten methodischen Kompetenzen, sind für die professionelle Haltung auch „Fähigkeiten zur empirischen Forschung im Hinblick auf Grundlagen, Methodik und Wirksamkeit klinisch-sozialarbeiterischer Interventionen“ (S.8) gefordert. Als weiterer Punkt ist die „Fähigkeit zu prozessbegleitender Evaluation, zur Entwicklung und Handhabung von Qualitätssicherungsmassnahmen sowie zur Anwendung statistischer Methoden bei der Veränderungsmessung“ (S.8) zu nennen.

Mit der Methodenvielfalt, den Konzepten und Modellen, die Klinischer Sozialarbeit zugrunde liegen, ist sie eine wertvolle Kraft neben anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen. So ist es auch nicht erstaunlich, dass die Klinische Sozialarbeit in der Suchtarbeit Fuss gefasst hat und wichtige Arbeit leistet für die ‚Gesundung‘ der KlientInnen, indem sie neben den somatischen und psychischen, vor allem die sozialen Aspekte der Erkrankung thematisiert. Dazu kann ergänzend die Aussage von Lindenau (2008) angeführt werden, dass die Professionen im Gesundheitsbereich gleichberechtigt zusammenarbeiten müssen, um eine umfassende Behandlung der KlientInnen zu ermöglichen (S.203). Somit kann festgehalten werden, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team, aber auch mit externen Fachkräften für die Gesundheitserhaltung bzw. -wiederherstellung entscheidend ist.

Das Thema der Bezeichnung dieser Fachsozialarbeit ist ein Punkt, der bis jetzt noch offen geblieben ist. Wie Brusa (Interview vom 27. Mai 2009) dazu bemerkte, könnte der Name „Klinische Sozialarbeit“ problematisch sein, weil er medizinisch besetzt ist. Die Autorinnen stimmen dieser Aussage dahingehend zu, dass der Begriff „klinisch“ als Stolperstein für die Etablierung dieser Fachsozialarbeit gesehen werden kann. Andererseits ist nach einer Betrachtung der theoretischen Grundlagen der Begriff passend, weil Klinische Sozialarbeit nicht nur beratende Funktion hat, sondern unter dem Aspekt des bio-psycho-sozialen Verständnisses und der Salutogenese auch einen heilenden, behandelnden Charakter aufweist, unabhängig vom Setting (siehe Kapitel 2.1.2).

Zusammenfassend zeigt sich das ‚Plus‘ Klinischer Sozialarbeit, indem die Spezialisierung die Profession der Sozialen Arbeit stärkt, eine klarere Positionierung im Gesundheitswesen ermöglicht und auch die Berufsidentität der Sozialarbeitenden in interdisziplinären Teams festigt. Weiter verfolgt die Fachsozialarbeit das Ziel, Forschungstätigkeiten bzw. Evaluationen in der Praxis zu fördern. Damit setzt sie sich für Qualität und Transparenz ein, die gegenüber von LeistungsträgerInnen immer wichtiger wird. Mit dem ‚Mehr‘-Wissen der Spezialisierung kann auch besser auf die Situationen und Bedürfnisse der KlientInnen eingegangen und dadurch eine umfassende Behandlung geleistet werden. Die Vorteile der Fachsozialarbeit „Klinische Sozialarbeit“ konnten damit deutlich hervorgehoben werden.

5.3 Ausblick

In dieser Forschungsarbeit wurden vor allem die Konzepte, Modelle und Methoden Klinischer Sozialarbeit anhand der sieben Interviews bei Institutionen, die im Suchtbereich tätig sind, eruiert. Interessant wäre zu wissen, ob die Fachsozialarbeit „Klinische Sozialarbeit“ das ‚Plus‘ nachweisen kann, beispielsweise anhand einer Nutzenforschung, auch in Bezug auf die Wirkfaktoren. Dazu sind in Deutschland in den letzten Jahren empirische Daten erhoben worden. Nennenswert ist das Buch von Brigitte Geißler-Piltz und Susanne Gerull (Hrsg.) „Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings.“, das im Oktober 2009 erschien.

Pauls (2004) schreibt, dass Klinische Sozialarbeit in vielen Tätigkeitsfeldern zu leisten ist, so erwähnt er in Kapitel 2.1.3 die Kinder- und Jugendhilfe, psychosozialen Beratung und Therapie verschiedenster ambulanter Beratungseinrichtungen, Kern- und Vorfelder der Psychiatrie, Fach- und Akutkrankenhäuser, Einrichtungen des Massnahmenvollzuges und der Resozialisierung und der gerontologischen Arbeit, der Geriatrie und Gerontopsychiatrie (S.15-16). Daraus ergeben sich weitere Felder, in denen ge-

prüft werden könnte, ob Klinische Sozialarbeit geleistet wird und ob diese ein ‚Plus‘ ausweisen können.

Im Sinne einer Nutzen-Forschung, wäre es angesichts der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen interessant zu sehen, ob Klinische Sozialarbeit mit ihrem ganzheitlichen Blick dazu beitragen kann, dass Hilfe adäquater geleistet wird und so kostenintensive Umwege (wie z.B. fehlgeleitete Platzierungen) vermieden werden können.

Wie aufgezeigt wurde, existiert in Deutschland bereits seit 2003 Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit. Diesbezüglich wäre ein Vergleich der Alpenländer (Schweiz und Österreich) mit ähnlichen Strukturen spannend. Andererseits würde sich auch ein Vergleich mit dem Clinical Social Work in den USA lohnen, da die USA als kapitalistischer Staat und die Schweiz als Sozialstaat organisiert ist und somit andere strukturelle und politische Bedingungen vorhanden sind, so wie Michael T. Wright (2008, S.233) es schildert.

In Anbetracht der Entwicklung Klinischer Sozialarbeit, wie sie in Kapitel 1.5.2 kurz angetönt wurde, sind auch in der Schweiz konkrete Meilensteine sichtbar. An der 2. Fachtagung „Klinische Sozialarbeit“ vom 4. und 5. Juni 2009 in Olten wurde auf das im Jahr 2007 gegründete European Centre for Clinical Social Work (ECCSW) hingewiesen. Für die Schweiz sind zurzeit entsprechende Entwicklungen zu sehen, wenn am 23. September 2009 die Gründung des Vereins „Clinical Social Work Switzerland“ (CSWS) als Support-Organ der Nationalen Arbeitsgruppe (NAG) Schweiz für die ECCSW stattfand. Der Verein zählt zurzeit sechs Mitglieder. Am 9. Dezember 2009 findet die zweite Mitgliederversammlung von CSWS statt, in der weitere Schritte zur Bekanntmachung dieses Vereins besprochen werden (Email von Martin Hošek vom 17. November 2009). Es unterstreicht die zielgerichtete Spezialisierung, die Leuthold (2008) als notwendig beschrieb, wenn er von einem selbstbewussten und sichtbaren Auftreten Klinischer Sozialarbeit spricht. Dies gewinnt insbesondere angesichts der aktuellen und ständigen Veränderungen, welche im Gesundheitsbereich zu beobachten sind, an Bedeutung (S.22).

Zuletzt ist auf den geplanten Masterstudiengang Klinischer Sozialarbeit (siehe Anhang C) hinzuweisen, der von der Fachhochschule Nordwestschweiz – Hochschule für Soziale Arbeit für 2010 geplant wird und zurzeit im Bewilligungsverfahren ist, wie dies Günther Wüsten, Holger Schmid und Monika Amann (2009) im Tagungsbericht bestätigen (S.42).

QUELLENVERZEICHNIS

Quellenverzeichnis

- Becker-Bikowski, Kirsten (2005). Ist Sozialarbeit im Gesundheitswesen zukunftsfähig? Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ eröffnet neue Wege für klinische Sozialarbeit. *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*, 2005 (Nr. 4), S.6-8.
- Binner, Ulrich & Ortmann, Karlheinz (2008). Klinische Sozialarbeit als Sozialtherapie. In Karlheinz Ortmann & Dieter Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Konzepte - Praxis - Perspektiven*. (S.71-87). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Brecht, Bertolt (1957). *Versuche 27/32*. Berlin: Aufbau-Verlag.
- Engelke, Ernst (2002). *Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (3.Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- European Centre for Clinical Social Work [ECCSW]. (ohne Datum). *Definition Klinische Sozialarbeit*. Gefunden am 15. Juli 2009, unter <http://www.io-zone.de/ECCSW/about/selbstverstaendnis.html>
- Fäh, Barbara & Kaegi, Urs (2005). Klinische Sozialarbeit und die Chance zur Professionalisierung. Eine Tagung der Fachhochschulen Brugg und Basel. *SozialAktuell*, Januar 2005 (Nr. 1), S.7-9.
- Fürst, Roland (2008). Klinische Sozialarbeit in Österreich – Quo vadis? *Klinische Sozialarbeit*, 4(3), S.11-12.
- Galuske, Michael (2005). *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (6.Aufl.). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Geissler-Piltz, Brigitte (2004). *Klinische Sozialarbeit: eine Herausforderung für die Soziale Arbeit*. Gefunden am 26. Juni 2009, unter http://www.ash-berlin.eu/uploads/media/Geissler-Piltz_KlinSa_Sozial_Extra_1-2004_01.pdf
- Geissler-Piltz, Brigitte (2005). *Die Entwicklung der klinischen Sozialarbeit – eine Historie mit vielen Brüchen*. Gefunden am 26. Juni 2009, unter http://www.geser.net/gehle/leh/fs09arb/Handout_Goebel.pdf
- Geissler-Piltz, Brigitte; Mühlum, Albert & Pauls, Helmut (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG Verlag.

- Geissler-Piltz, Brigitte (2006). Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 2.Jg.(Online-Sonderausgabe, 2006), S.7-11. Gefunden am 15. Mai 2009, unter <http://www.klinische-sozialarbeit.de>
- Geissler-Piltz, Brigitte (2009). *Braucht es eine Fachsozialarbeit?* Vortrag gehalten an der 2. Fachtagung Klinische Sozialarbeit am 4. Juni 2009 in Olten. Gefunden am 9. Juni 2009, unter http://www.klinischesozialarbeit.ch/tagung-4-5-juni-2009/referat_geisslerpiltz_brigitte.pdf
- Häfeli, Jörg (2008). *Risiko- und Schutzfaktoren von Abhängigkeit*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Hafen, Martin (2006). Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine komplexe Aufgabe. *SuchtMagazin*, 2006 (4), S.3-15.
- Hafen, Martin (2007a). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Hafen, Martin (2007b). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Hahn, Gernot (2006). Standardisierte Diagnostik in der Sozialen Arbeit – Das Person-in-Environment System (PIE). *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 2.Jg. (Online-Sonderausgabe, 2006), S.45-48. Gefunden am 15. Mai 2009, unter <http://www.klinische-sozialarbeit.de>
- Hegebe Thun (ohne Datum). *Behandlungskonzept*. Gefunden am 20. August 2009, unter <http://www.hegebe-thun.ch/index.php?id=31&type=123&L=robots.txt>
- Hegeler, Hildegard (2008). Klinische Sozialarbeit im Krankenhaus. In Karlheinz Ortman & Dieter Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Konzepte - Praxis - Perspektiven*. (S.121-137) Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Hierlemann, Franz (2008). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Eine Herausforderung für die Interprofessionalität. *Sozialaktuell*, 2008 (Nr. 7/8), S.34-36.

- Hüttemann, Matthias; Fetscher, Klaus & Leuthold, Beat (2007). Klinische Sozialarbeit als forschungsbasierte Intervention. Internationale Perspektiven forschungsbasierter Praxis und die Situation Klinischer Sozialarbeit in der Schweiz. *Klinische Sozialarbeit*, 3(3), S.6-9.
- Jakobs, Silke & Röh, Dieter (2005). Über die (Un)Möglichkeit einer Sozialen Diagnose. Diagnostizieren in der Sozialen Arbeit ist ein Prozess, an dessen Ende keine Diagnose steht. *Soziale Arbeit*, Jg. 54 (Heft 8), S.282-288.
- Jakobs, Silke; Haas, Ruth & Ohlenburg, Harro (2008). Innerbetriebliche Rehabilitation - Klinische Sozialarbeit als verbindender Faktor. In Karlheinz Ortmann & Dieter Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Konzepte - Praxis - Perspektiven*. (S.139-157). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Kottler, Anna (2004). *Psychosoziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit. Bedarf und Kompetenzen*. Lage: Jacobs-Verlag.
- Kunz, Stefanie; Scheuermann, Ulrike & Schürmann, Ingeborg (2007). *Krisenintervention. Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung* (2.Aufl.). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Kurmann, Julius (2009). *Schizophrenien*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Leuthold, Beat (2008). Klinische Sozialarbeit als Dach für die soziale Beratung und Therapie. Eine soziale (Be-)Handlung. *Sozialaktuell*, 2008 (Nr. 7/8), S.21-22.
- Lindenau, Mathias (2008). Klinische Sozialarbeit - eine Chance für das Suchtkrankenhilfesystem? In Karlheinz Ortmann & Dieter Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Konzepte - Praxis - Perspektiven*. (S.193-206). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Meuser, Michael & Nagel, Ulrike (1991). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In Detlef Garz & Klaus Kraimer (Hrsg.), *Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen* (S.441-471). Opladen: Westdeutscher-Verlag.
- Mühlum, Albert (2002). Gesundheitsförderung und klinische Fachlichkeit. Auf dem Weg zur Klinischen Sozialarbeit. In Margret Dörr (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit - eine notwendige Kontroverse*. (S.10-22). Hohengehren: Schneider-Verlag.

- Noack, Horst R. (1994). *Gesundheit: Medizinische, psychologische und soziologische Konzepte*. Institut für Sozialmedizin. Universität Graz.
- Ortmann, Karlheinz & Röh, Dieter (Hrsg.). (2008). *Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Pauls, Helmut (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Pauls, Helmut (ohne Datum). *Was ist Klinische Sozialarbeit?* Gefunden am 26. Juni 2009, unter http://www.klinische-sozialarbeit.ch/pdf/was_ist_klinische_sozialarbeit.pdf
- Pauls, Helmut & Mühlum, Albert (2005). Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 1 Jg. (1). S.6-9.
- Röh, Dieter (2008). Konzept und Methodik sozialarbeiterischer Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit. In Karlheinz Ortmann & Dieter Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven*. (S.35-50). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Sachse, Rainer (2009). *Persönlichkeitsstörungen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten* (4. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Schaub, Heinz-Alex (2008). *Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung*. Göttingen: V&R unipress.
- Schmid, Holger (2009). *Der Mehrwert der Gesundheit gegenüber der blossen Abwesenheit von Krankheit*. Vortrag gehalten an der 2. Fachtagung Klinische Sozialarbeit am 4. Juni 2009 in Olten. Gefunden am 9. Juni 2009, unter http://www.klinische-sozialarbeit.ch/tagung-4-5-juni-2009/referat_schmidholger.pdf
- Schmid, Otto (2008). *Motivational Interviewing. Ein Konzept von William R. Miller & Steven Rollnick*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- StremLOW, Jürgen (2006). *Skript Kurs 6: Wissenschaftliches Arbeiten: Leitfaden-Interviews. Modul 04. Organisationen und Praxisfelder der Sozialen Arbeit*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.

- Wahren, Juliane (2008). Klinische Sozialarbeit in einer Frauenzufluchtswohnung. In Karlheinz Ortman & Dieter Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven*. (S.173-189). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (1986). *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*. Gefunden am 15. Juli 2009, unter http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German
- Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten. Zweite Ausgabe*. Gefunden am 20. Juni 2009, unter <http://www.euro.who.int/document/e81384g.pdf>
- Wendt, Wolf Rainer (2002). Praxisfelder klinischer Sozialarbeit. In Margret Dörr (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse*. (S.39-49). Hohengehren: Schneider-Verlag.
- Wettstein, Felix (2008). Gesundheitsförderung und Prävention – Ein Beitrag zur Klärung des oft diskutierten Verhältnisses unter besonderer Berücksichtigung der Suchtthematik. *Abhängigkeiten, 14.Jg. (2/2008)*, S.41-51.
- Wright, Michael T. (2008). Klinische Sozialarbeit: Auf dem richtigen Weg? In Karlheinz Ortman & Dieter Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven*. (S.223-239). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Wüsten, Günther; Schmid, Holger & Amann, Monika (2009). Ressourcenaktivierende Verfahren in der psychosozialen Praxis. Klinische Sozialarbeit: Rückblick auf die 2. Fachtagung vom 4./5. Juni 2009 an der FHNW in Olten. *Sozialaktuell, 2009* (Nr. 7/8), S.41-42.
- Zurhorst, Günter (2005). Soziale Benachteiligung und psychosoziale Gesundheit. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung, 1.Jg. (1)*, S.4-6.

ANHANG

Anhang

Anhang A: Kategorien

Anhang B: Leitfaden

Anhang C: Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit

Anhang A - Kategorien

Die Auflistung der Kategorien enthält wichtige Überlegungen für die Erstellung des Leitfadens: Welche Kriterien machen es aus, „klinisch“ zu arbeiten?

Fachwissen und Identität

- Sozialarbeitende verfügen über ein spezifisches Fachwissen zum Verstehen von Suchtkrankheit.
- Eine Fachkompetenz wird vorausgesetzt, die nur auf der Basis klinischer Praxis und Weiterbildung erworben werden kann.
- „Spezialisiertes Wissen“ ist vorhanden.

Tätigkeitsfeld, Zielgruppe, Auftrag und Rollen

- Klinische Sozialarbeit findet im Gesundheitsbereich statt.
- Zielgruppe sind gesundheitlich gefährdete, erkrankte oder (vorübergehend oder dauerhaft) behinderte Menschen.
- KlientInnen aus multidimensionalen Problemsituationen/-lagen; Komorbidität von Krankheiten
- KlientInnen mit gesundheitlichen Problemen, oft chronischen Erkrankungen
- Niederschwelligkeit; hard-to-reach-KlientInnen

KONZEPTE UND MODELLE

Bio-psycho-soziales Verständnis

- Die Sozialarbeitenden haben ein bio-psycho-soziales Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Störung. Das heisst dass, sie...
 - in der Beratung die sozialen, psychologischen und somatischen Aspekte berücksichtigen.
 - Probleme nicht isoliert betrachten.
 - den primären Fokus auf die psychosoziale Dimension legen.
 - um Hintergründe der Biographie der KlientInnen wissen.
 - *Lebensweise* und *Lebenslage* im Blick haben.
 - psychosoziale Störungen, psychische Erkrankungen, psycho- und somatische Erkrankungen und Behinderungen in ihrem sozialen Zusammenhang behandeln.
 - in der Beratung direkt Einfluss auf den somatischen, psychischen und (psycho)sozialen Gesundheitszustand nehmen.

Salutogenese

- In der Beratung stehen nicht die Krankheitsursachen im Vordergrund, sondern Faktoren die Gesundheit unterstützen. Der Blick wird daher auf die gesundheitsfördernden und –erhaltenden Ressourcen gelegt.
- Bedeutet eine gesundheitsorientierte sozialarbeiterische Beratung, Behandlung und Intervention.

- Interventionen zielen auf Erhalt, Wiederherstellung und Verbesserung von Gesundheit ab: Bewältigung von Schäden bzw. Verhinderung weiterer Verschlechterung der Gesundheit infolge Suchtmittelmissbrauch bzw. Abhängigkeitsentwicklung.

Person-in-Environment

- Die Interventionen gehen über eine rein individuelle Betrachtung von Störungen hinaus und zeichnen sich gerade durch den Einbezug sozialer Umweltbedingungen aus.
- Die multifaktoriellen Bedingungen der Entwicklung von Suchterkrankungen wird berücksichtigt.
- Psychosoziale Störungen und soziale Aspekte psychischer und somatischer Störungen, Krankheiten und Behinderungen werden unter Berücksichtigung der Lebenslage der Betroffenen betrachtet.
- Menschen werden in ihren Alltags- und Lebenssituationen verstanden und behandelt.

Soziale Unterstützung

- Findet ihre Umsetzung in der Netzwerkarbeit und im Case Management.
- Die Funktionsfähigkeit und psychosoziale Gesundheit von Individuen, Familien und Gruppen in ihrem unmittelbaren Umfeld werden gefördert.
- Klinische Sozialarbeit setzt sich für eine Verbesserung der Lebensbedingungen ein.

METHODEN

Psychosoziale Beratung

- Vermittlung von Lebensorientierung (z.B. Standortbestimmung)
- Vermittlung von Bewältigungsstrategien oder -möglichkeiten
- Berücksichtigung der bio-psycho-sozialen Lebenssituation
- Berücksichtigung der Lebenslage und -weise
- Ressourcenorientiert
- Die Interventionen unterscheiden sich nach Art und Intensität von anderen sozialarbeiterischen Interventionen (Kontakthäufigkeit).
- Langzeitcharakter von Beratungen
- Klientenzentriert: Lösungen werden in der direkten Arbeit mit KlientInnen erarbeitet.
- direkte Interaktion mit Klienten, konkretes fallbezogenes Handeln und Behandeln
- ganzheitlicher Blick

Soziale Diagnose

- Ein kommunikativer Prozess, bei dem problem- und störungsrelevante Merkmale der Situation sowie der Ressourcen und Belastungen der KlientInnen in ihrer Lebenswelt aufgenommen werden

Soziale Therapie

- Training von sozialen und kommunikativen Kompetenzen, z.B. Rollenspiele (für Gesprächssituationen) oder Hausaufgaben (Lebenslauf schreiben, Liste von Bedürfnissen, etc.)
- Begleitung z.B. zu wichtigen Terminen im Sinne einer Unterstützung, Sicherheit
- Verbesserung der Mitwirkungsbereitschaft (Compliance)
- leistet aufsuchende Hilfe (Hausbesuche, Klinikbesuche)

Psychosoziale Rehabilitation

- Vernetzung mit anderen Institutionen (z.B. Therapie, etc.)
- Bewertungswissen (was ist gut für Klientel, was nicht geeignet)
- Förderung eines realistischen Selbstbildes (spiegeln, konfrontieren, aushalten)
- Prävention: Interventionen sollen Gesundheitsrisiken und ihre psychosozialen Folgen vorbeugen.

Psychoedukation und Angehörigenarbeit

- Fachwissen zur Erkrankung ist vorhanden und wird vermittelt
- Fachwissen zu Medikamenten ist vorhanden und wird vermittelt
- Vermittlung von Selbsthilfegruppen für KlientInnen und für Angehörige
- Information der Angehörigen über Erkrankung (Entstehung, Verlauf), Medikamente (Wirkungen und Nebenwirkungen) und Umgang mit KlientInnen

Netzwerkarbeit/Case Management

- Förderung von Netzwerken sozialer Unterstützung und sozialer Integration
- Tragfähige und unterstützende Netzwerke werden reaktiviert, erweitert oder aufgebaut.
- Die verschiedenen Einzelbeiträge der Helfenden/Institutionen werden aufeinander abgestimmt, vernetzt und koordiniert.

Interdisziplinäre Teamarbeit

- Viele „Helfende“ sind involviert.
- Die Institution arbeitet mit verschiedenen Disziplinen wie Medizin, Psychologie, Erziehungs- und Pflegewesen zusammen.

Krisenintervention

- Status der KlientInnen (zentral? Konstanz möglich?)
- Reaktionszeit (sofort?)
- Vernetzung (Hilfe organisierbar?)

Nutzen Klinischer Sozialarbeit/Evaluation

- Wirkfaktoren, z.B.: Klinische Sozialarbeit ist immer auch Beziehungsarbeit.
- Wie wird der Nutzen überprüft/Evaluation
- Braucht es eine Spezialisierung?

Anhang B - Leitfaden

Einleitung (Begrüßung, wer sind wir, was machen wir, etc.)

Themenbereich: Fachwissen und Identität

1. Welches Fachwissen bzw. Weiterbildung wird benötigt, um in diesem Bereich arbeiten zu können?
2. Wo erwerben Sie ihr Fachwissen?
3. Wie hat sich Ihre berufliche Identität durch die Weiterbildung verändert?

Themenbereich: Zielgruppe, Auftrag, Ziele und Rollen

4. Mit welchen Problemen und Anliegen kommen die KlientInnen?
5. Was ist das Ziel Ihrer Arbeit?
6. Was ist Ihr institutioneller Auftrag und wie können Sie den Auftrag erfüllen?

Themenbereich: Konzepte und Modelle

7. Was für ein Suchtverständnis haben Sie?
8. Wie wird das Krankheitsbild in den Interventionen berücksichtigt?
9. Wie berücksichtigen Sie die Zusammenhänge von sozialen, somatischen und psychischen Faktoren?
10. Wie wird das soziale Umfeld bei den Interventionen einbezogen?
11. Inwiefern haben Sie die Möglichkeit auf Bedingungen, die Sucht fördern, einzuwirken?
12. Wie fördern Sie Gesundheit durch die Beratung/Behandlung?
13. Was ist Ihr Beitrag zur Prävention?

Themenbereich: Methoden

Beschreiben Sie uns den Ablauf einer Fallaufnahme bis zum Fallabschluss in Bezug auf Arbeitsinstrumente und Methoden? Denken Sie dabei an einen aktuellen Fall.

Mögliche Nachfragen:

14. Was ist wichtig, damit Ihre Arbeit gelingt, sog. Wirkfaktoren?
15. Welche Themen stehen im Vordergrund?
16. Wie werden Lösungen erarbeitet?
17. Wie häufig finden Klientenkontakte statt und über welchen Zeitraum?
18. Wie kommen Sie zu einer ersten Einschätzung/fachlichen Beurteilung/Indikation?
19. Welche Informationen werden vorrangig erhoben? Welche Hilfsmittel haben Sie dazu?
20. Wie gestaltet sich die Auftragsklärung?
21. Welches Ziel hat das Erstgespräch?
22. Wie erhöhen Sie die Mitwirkungsbereitschaft (Compliance)?
23. Welche Möglichkeiten haben Sie die KlientInnen neben der Beratung zu unterstützen?
24. Wie beziehen Sie die Angehörigen mit ein und wie arbeiten Sie mit ihnen?

25. Informieren Sie die KlientInnen über Krankheit, Verlauf und Wirkung von Medikamenten, wenn ja, in welcher Form?
26. Was tragen Sie zur Reintegration ins soziale und berufliche Umfeld bei?
27. Wie konfrontieren Sie KlientInnen mit ihren Fähigkeiten und Defiziten in Bezug auf die Reintegration?
28. Wie sind Sie vernetzt?
29. Welche Vernetzungsarbeit leisten Sie?
30. Wie unterstützen Sie KlientInnen beim Aufbau oder Wiederaufbau sozialer Beziehungen?
31. Übernehmen Sie die Fallführung im Sinne des Case Managements oder sind Sie mehrheitlich Teil eines CM?
32. Mit welchen Personen aus anderen Fachgebieten arbeiten Sie zusammen? Wie sieht diese Zusammenarbeit aus?
33. Welchen Nutzen ziehen Sie aus der interdisziplinären Zusammenarbeit?
34. (Wenn nein, weshalb keine interdisziplinäre Zusammenarbeit?)
35. Wie würden Sie Ihre Rolle und Zuständigkeit beschreiben?
36. Wann erfolgt eine Krisenintervention und wie ist der Ablauf?

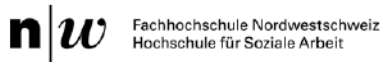
Themenbereich: Nutzen, Wirkfaktoren, Evaluation und Optimierungswünsche

37. Wie tragen Ihre Methoden zum Behandlungs-/Beratungserfolg bei?
38. In welchem Bereich wüssten Sie sich Unterstützung?
39. Was haben Sie für Ideen/Vorschläge, um Ihre Arbeit besser zu machen/zu optimieren?
40. Wie evaluieren Sie den Nutzen Ihrer Arbeit?

Themenbereich: Bekanntheit Klinischer Sozialarbeit

41. Was sagt Ihnen der Begriff „Klinische Sozialarbeit“?
42. Wenn ja, würden Sie sagen, dass Sie „klinisch“ arbeiten?

Anhang C - Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit



Klinische Sozialarbeit Master of Advanced Studies (im Anerkennungsverfahren)

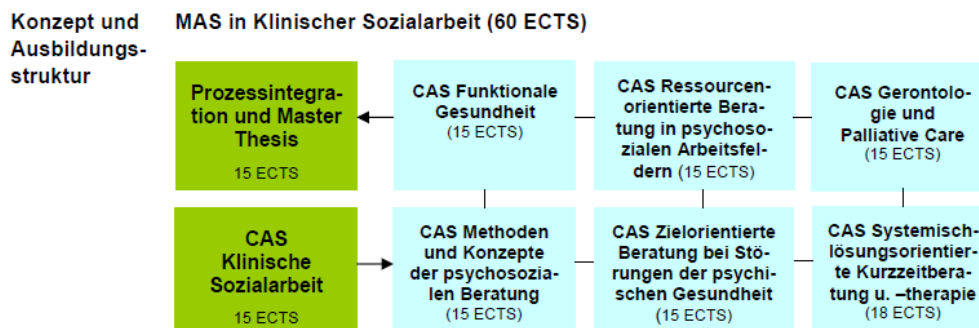


Der Master of Advanced Studies MAS in Klinischer Sozialarbeit besteht aus dem Certificate of Advanced Studies CAS Klinische Sozialarbeit, zwei Wahlpflicht-CAS sowie dem CAS Prozessintegration und Master Thesis

Mehr zum MAS Klinische Sozialarbeit finden Sie auf www.klinischesozialarbeit.ch

Studienziel Um auch in Zukunft eine leistungsfähige, sozial gerechte und bezahlbare Gesundheitsversorgung sicherzustellen, braucht es ein Gesundheitssystem, das dem bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis verpflichtet ist und auf gut funktionierende interdisziplinär konzipierte Angebote bauen kann. Eine erfolgreiche interprofessionelle Kooperation, die der Komplexität der Fälle gerecht wird, setzt voraus, dass die therapeutischen und sozialarbeiterischen Prozesse so synchronisiert werden, dass sowohl die psychischen, als auch die sozialen Komponenten der Pathologie bearbeitet werden.

Damit fällt der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen eine zentrale Rolle zu: Sie hat die Aufgabe, mithilfe spezifisch sozialarbeiterischer Instrumente und Verfahren, die *soziale Dimension des „Falles“* zu erkennen und diese in einem kooperativ gestalteten Modell der Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens systematisch für Re-Integrationsprozesse zu nutzen. Für diese anspruchsvolle Aufgabe müssen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter besonders gut qualifiziert sein. Das bedeutet, dass wir eine gesundheitsspezifische, beratend-behandelnde Klinische Sozialarbeit benötigen.



Der Master of Advanced Studies MAS in Klinischer Sozialarbeit setzt sich aus folgenden Elementen zusammen:

- *Pflichtmodul*: neu entwickelter CAS Klinische Sozialarbeit (15 ECTS).
- *Wahlpflichtmodule*: 2 aus 6 bestehenden CAS aus dem Angebot der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW (30 ECTS).
- *Prozessintegration und Master Thesis* (15 ECTS).

Pflicht

CAS Klinische Sozialarbeit

Das CAS Klinische Sozialarbeit hat eine praxisnahe Vermittlung der theoretischen und methodischen Grundlagen der Klinischen Sozialarbeit zum Ziel. Die Teilnehmenden lernen auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Krankheit Konzepte zur Gestaltung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (Auftrag und Funktion) kennen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem – vom Institut Professionsforschung und kooperative Wissensentwicklung IPW der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW entwickelten – forschungsbasierten „Oltner Modell“: Danach zeigt sich die Kernkompetenz Klinischer Sozialarbeit in der Fähigkeit, mithilfe spezifisch sozialarbeiterischer Instrumente und Verfahren, die soziale Dimension des „Falles“ zu erkennen und diese in einem kooperativ gestalteten Modell der Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens systematisch für Re-Integrations- und damit auch Genesungsprozesse zu nutzen.

Die Teilnehmenden erwerben

- Kenntnisse zum internationalen Stand des Fachkonzepts „Klinische Sozialarbeit“ respektive „Social Work and Mental Health“
- Vertiefte Kenntnisse über Auftrag und Funktion der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen / Theorie der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen: Integration und (beeinträchtigte) Lebensführungssysteme (Oltner Modell)
- Fundierte Kenntnisse zur interdisziplinären Zusammenarbeit / interdisziplinäre Kooperation als Methode
- Wissen um Bedingungen psychischer Gesundheit sowie Wissen über psychische Störungen, Klassifikationssysteme – funktionale Gesundheit
- Vertiefte Kenntnisse über eine mehrperspektivische, integrative Diagnostik und Methodik
- Methodische Kompetenzen und Konzepte für die Arbeit mit seelisch stark gefährdeten, chronisch kranken und mehrfach belasteten Menschen (unterstützende Beziehungsgestaltung, Beratungskompetenzen bei unterschiedlichen psychischen Erkrankungen, störungsspezifische Interventionen, Case Management, Krisenintervention)

u.a.)

- Kenntnisse zu Recht und Ethik der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

Wahlpflicht

CAS Funktionale Gesundheit

Das Konzept der Funktionalen Gesundheit bietet ein Modell, mit dem der Zusammenhang und die Wirkung von Gesundheitsproblemen, Beeinträchtigungen und Behinderungen aufgezeigt und verständlich gemacht werden können. Das Konzept ist sehr breit und interdisziplinär angelegt: Es eignet sich einerseits zur professionellen Prozessgestaltung, als auch zur Legitimation professioneller Leistungen. Andererseits kann es zur Organisation, Evaluation und qualitativen Weiterentwicklung von präventiven und reaktiven professionellen Leistungen genutzt werden. Die Teilnehmenden lernen die Bedeutung und vielfältigen Möglichkeiten des Konzepts der Funktionalen Gesundheit sowie ein darauf aufbauendes Prozessgestaltungssystem kennen, das einerseits individuelle Bedarfserhebungen mit Hilfeplanung, Dokumentation und Evaluationsfunktionen kombiniert, andererseits eine Operationalisierung des Empowermentkonzepts sowie der „kooperativen Agogik“ darstellt.

CAS Methoden und Konzepte der psychosozialen Beratung

Der CAS vermittelt einen Überblick und eine Vertiefung von unterschiedlichen zentralen Methoden der psychosozialen Beratung. Die Teilnehmenden erwerben die Kompetenzen zur Planung und Steuerung von Beratungsprozessen. Eine differenzierte situative Bedingungsanalyse und eine auf die Ressourcen des Klienten oder der Klientin ausgerichtete Beziehungsgestaltung bilden die Grundlage für den Beratungsprozess. Psychosoziale Beratung initiiert, begleitet und unterstützt palliative oder Veränderungsprozesse. Die vermittelten Methoden eignen sich zur Klärung und Bewältigung psychosozialer Problemlagen. Die Interventionen berücksichtigen stets in besonderer Weise die Lebenswelten der Klientinnen oder Klienten. Neben den Fach- und Methodenkompetenzen geht es auch darum, die Sinne der beratenden Person für eigene Reaktions- und Wahrnehmungstendenzen zu schärfen.

CAS Ressourcenorientierte Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern

Beratungsarbeit gehört zu den Berufsaufgaben in allen sozialen Berufen. Ressourcenorientierte Beratung umschreibt nicht eine bestimmte Methodik, sondern ein Prinzip wirkungsvoller Beratung. Mit welchen Methoden bei welchen Menschen in welchen Situationen Ressourcen aktiviert werden können, ist sehr spezifisch und abhängig von der individuellen Situation. Ressourcenorientierte Beratung zielt darauf ab, die beruflichen und persönlichen Kompetenzen der Klientinnen und Klienten weiterzuentwickeln. Dies bedeutet, dass einzelne Gruppen oder Teams ihre Ressourcen kennen, wahrnehmen, bewerten und nutzen können sowie emotionalen Zugang zu ihrem Ressourcenereben haben. Zur Anwendung kommen empirisch wissenschaftlich fundierte Methoden aus den Bereichen der Sozialen Arbeit, der psychosozialen Beratung und der Psychologie.

CAS Zielorientierte Beratung bei Störungen der psychischen Gesundheit

Manche Menschen können nicht schlafen, sie können sich nur schwer zu einer Tätigkeit aufraffen, können sich nicht konzentrieren oder finden keinen Rückhalt in sozialen Beziehungen. Versuche, sie zu integrieren, scheitern, weil Symptome nicht als solche erkannt und zugeordnet werden. Soziale Isolation, Schlaflosigkeit, Konzentrationschwäche und Antriebslosigkeit können Ausdruck vielerlei psychischer Erkrankungen sein. Schlimmstenfalls führt das Nichterkennen von Symptomen zu sozialer Sanktio-

nierung und vergrössert damit psychisches Leiden. Doch was ist psychische Gesundheit und wann spricht man davon, dass psychisches Erleben und Verhalten gestört ist? Und welche Möglichkeiten der Beratung und Begleitung bestehen beim Vorliegen psychischer Störungen? Dies sind Fragen und zentrale Inhalte im CAS Zielorientierte Beratung bei Störungen der psychischen Gesundheit.

CAS Gerontologie und Palliative Care

Hochbetagte Menschen mit erhöhter Fragilität leben mit physischen, psychischen und sozialen Einschränkungen. Die Menschen in dieser Lebensphase haben besondere Bedürfnisse und Ressourcen und sind auf Unterstützung angewiesen. Ziel ist, ihre Autonomie zu achten und zu fördern und eine möglichst hohe Lebensqualität zu erhalten und zu eröffnen. Es geht darum, sie bei ihrer individuellen Lebensgestaltung so zu unterstützen, dass die letzte Lebensphase trotz bestehender Einschränkungen als möglichst gut und lebenswert empfunden wird.

CAS Systemisch-lösungsorientierte Kurzzeitberatung und -therapie

Der CAS in systemisch-lösungsorientierter Kurzzeitberatung und -therapie ist eine Erweiterung der Qualifikation von Psychologinnen, Sozialarbeitern, Sozialpädagoginnen, Pädagogen, Theologinnen und anderen Personengruppen, die in Tätigkeitsfeldern der psychosozialen Beratung arbeiten. Ziel der Weiterbildung ist die Befähigung zur Arbeit mit Einzelnen, Familien und anderen sozialen Systemen in den unterschiedlichen Bereichen mit Prinzipien und Mitteln des systemisch-lösungsorientierten Ansatzes. Den Teilnehmenden der Weiterbildung wird praxisrelevantes Handlungswissen der systemisch-lösungsorientierten Kurzzeitberatung und -therapie vermittelt.

Abschluss	Jeder CAS-Kurs kann mit einem Certificate of Advanced Studies CAS abgeschlossen werden. Das gesamte Studium führt zum Master of Advanced Studies MAS in Klinischer Sozialarbeit.
Start/Dauer Kosten	Das MAS-Programm kann – vorbehaltlich der noch ausstehenden eidgenössischen Anerkennung – mit dem Besuch der Wahlpflicht-CAS-Kurse im Herbst 2009 begonnen werden. Der CAS-Kurs Klinische Sozialarbeit wird erstmals im Herbst 2010 angeboten. Das gesamte MAS-Programm kann in zweieinhalb bis sechs Jahren abgeschlossen werden. Detaillierte Angaben zu Start, Dauer und Kosten der einzelnen CAS-Kurse finden sich unter www.fhnw.ch/sozialarbeit/weiterbildung/cas , in den einzelnen Kursausschreibungen oder können mit beigefügtem Formular („Information & Beratung“) bestellt werden.
Zielpublikum	Das Studium der Klinischen Sozialarbeit ist auf diplomierte Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zugeschnitten, die in Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens – ambulant, teilstationär und stationär – tätig sind und/oder psychosozial beratend, begleitend und unterstützend arbeiten.
Zulassung	In der Regel Abschluss als Diplomierte in Sozialer Arbeit einer Fachhochschule oder einer Universität, zusätzlich mindestens drei Jahre berufliche Praxis.
Dozierende	Ausgewiesene Dozierende der Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW und anderer Organisationen/Institutionen.

- Leitung** Kooperationsprojekt zwischen
 - dem Institut Professionsforschung und kooperative Wissensbildung IPW und
 - dem Institut Soziale Arbeit und Gesundheit ISAGE
 der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW
- CAS und MAS Klinische Sozialarbeit
 Prof. Regula Dällenbach
 Riggensbachstrasse 16, 4600 Olten
 regula.daellenbach@fhnw.ch
- Studienort** Die Kurse finden an der Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW in Olten statt.
- Kurskosten** Die Kosten für das MAS-Programm in Klinischer Sozialarbeit variieren je nach Zusammensetzung der CAS-Kurse.
- Homepage** www.klinischesozialarbeit.ch/
- Kontaktadresse für Information** Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Riggensbachstrasse 16, 4600 Olten, Telefon 062 311 96 79, Fax 062 311 96 41, marusca.merenda@fhnw.ch

Information & Beratung zum

Master of Advanced Studies in Klinischer Sozialarbeit

Gerne möchte ich mich unverbindlich zum Master of Advanced Studies MAS-Programm oder die Anerkennung von absolvierten CAS-Kursen anderer Hochschulen beraten lassen.

Personalien

Name	Geburtsdatum

Vorname	

Strasse, Nr.	

PLZ, Ort	

Telefon privat	Telefon Geschäft/Mobile

E-Mail privat	E-Mail Geschäft

Einsenden an:

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit, Frau Marusca Merenda, Riggensbachstrasse 16, 4600 Olten, Telefon 062 311 96 79, Fax 062 311 96 41, E-Mail marusca.merenda@fhnw.ch

<input type="radio"/>	Bitte kontaktieren Sie mich für einen Beratungstermin.
-----------------------	---

Änderungen und Preisanpassungen vorbehalten

5/5