

## Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel<sup>1</sup> die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern  
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid  
Rektor

---

<sup>1</sup> Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

**Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit**

**empfiehlt diese Bachelor-Arbeit**

**besonders zur Lektüre!**



Die Position  
**der Klinischen Sozialarbeit** im Spital

Bachelor-Arbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit  
von Andrea Born und Judith Isenschmid

Bachelor-Arbeit  
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**  
Kurs **VZ 2007-2010**

**Andrea Born und Judith Isenschmid**

**Die Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital**

Diese Bachelor-Arbeit wurde eingereicht im August 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 Bachelor-Arbeit 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 Bachelor-Arbeit 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 Diplomandinnen 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 Bachelor-Arbeit 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 August 2010

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
Leitung Bachelor

## **Abstract**

Die Klinische Sozialarbeit im Spital nimmt eine schwierige Position ein. Inmitten des medizinischen Umfeldes wird sie oft nur am Rande wahrgenommen und ihr zentraler originärer Beitrag zur Behandlung der Patienten/Patientinnen wird nicht genügend erkannt. Zudem ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Ärzten/Ärztinnen und den Pflegenden häufig von einseitigen Anweisungen seitens der medizinischen Disziplinen geprägt. Die Klinische Sozialarbeit im Spital wird weitgehend fremdbestimmt, was sie nicht im Sinne ihres professionellen Selbstverständnisses tätig sein lässt.

In dieser Literaturarbeit wird aufgezeigt, wie die Klinische Sozialarbeit im Spital positioniert ist und untersucht, weshalb sie diese ungünstige Stellung einnimmt. Dazu wird einerseits auf die Systemtheorie und andererseits auf die Professionstheorie zurückgegriffen. Schliesslich wird der Frage nachgegangen, wie die Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital gestärkt werden kann und es werden ableitend von den system- und professionstheoretischen Erklärungen Stärkungsmassnahmen herausgearbeitet.

Zentrale Erkenntnis dieser Arbeit ist, dass die schwierige Position Klinischer Sozialarbeit im Spital massgeblich von der Klinischen Sozialarbeit selbst (mit)verursacht wird. Die Klinische Sozialarbeit im Spital – und die Soziale Arbeit im Allgemeinen – muss unter anderem an ihrer (noch immer) ungefestigten professionellen Identität arbeiten. Ebenso muss sie vermehrt Kommunikation bezüglich ihrer Aufgaben und Kompetenzen betreiben, damit sie von der Organisation Spital und den medizinischen Disziplinen angemessener genutzt und anerkannt wird.

**Die Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital**

**Inhaltsverzeichnis**

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>3</b>
1.1	Ausgangslage .....	3
1.2	Persönliche Motivation und Berufsrelevanz .....	4
1.3	Fragestellungen und Ziel .....	5
1.4	Adressatenschaft .....	7
1.5	Aufbau der Arbeit .....	7
<b>2</b>	<b>Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital.....</b>	<b>9</b>
2.1	Klinische Sozialarbeit .....	9
2.1.1	Definition .....	9
2.1.2	Entwicklung .....	12
2.2	Klinische Sozialarbeit im Spital .....	16
2.2.1	Spital.....	16
2.2.2	Aufgaben und Kompetenzen.....	18
2.3	Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital.....	22
2.3.1	Position innerhalb der Spitalhierarchie.....	23
2.3.2	Position innerhalb des interdisziplinären Teams .....	26
<b>3</b>	<b>Systemtheoretischer Bezugsrahmen.....</b>	<b>31</b>
3.1	Einführung Systemtheorie .....	31
3.2	Definition Funktionssystem .....	35
3.3	Funktionssystem Soziale Hilfe .....	36
3.4	Funktionssystem Medizin .....	38
3.5	Funktionssysteme im Kontext einer Organisation .....	40
3.5.1	Definition Organisation .....	40
3.5.2	Verhältnis von Funktionssystemen und Organisation .....	42
3.5.3	Strukturelle Kopplung .....	42

<b>4</b>	<b>Professionstheoretischer Bezugsrahmen .....</b>	<b>44</b>
4.1	Professionen in der Vergangenheit .....	44
4.2	Professionen in der Gegenwart/Professionsverständnis von Staub-Bernasconi.....	45
4.3	Soziale Arbeit als Profession .....	46
4.4	Medizin als Profession .....	50
4.5	Professionen im Kontext einer Organisation .....	53
4.5.1	Definition Organisation (organisationstheoretisch) .....	53
4.5.2	Professionen in einer Organisation .....	54
4.5.3	Koordination von Professionen in einer Organisation .....	56
<b>5</b>	<b>Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit .....</b>	<b>59</b>
5.1	Beantwortung der Fragestellung 1 .....	59
5.2	Beantwortung der Fragestellung 2 .....	62
5.2.1	Aus systemtheoretischer Perspektive .....	63
5.2.2	Aus professionstheoretischer Perspektive.....	68
5.3	Beantwortung der Fragestellung 3 .....	72
5.3.1	Eigenständig umsetzbare Stärkungsmassnahmen.....	73
5.3.2	Auf Medizin angewiesene Stärkungsmassnahmen.....	79
5.3.3	Auf Organisation Spital angewiesene Stärkungsmassnahmen .....	81
<b>6</b>	<b>Abschliessende Gedanken und Ausblick .....</b>	<b>84</b>
6.1	Persönliche Gedanken .....	84
6.2	Ausblick.....	87
<b>7</b>	<b>Danksagung .....</b>	<b>89</b>
<b>8</b>	<b>Quellenverzeichnis.....</b>	<b>90</b>

Die gesamte Arbeit wurde von Andrea Born und Judith Isenschmid gemeinsam verfasst.



## **1 Einleitung**

Im Rahmen der Einleitung soll zuerst die thematische Ausgangslage der vorliegenden Bachelor-Arbeit aufgezeigt werden. Danach wird auf die persönliche Motivation der Autorinnen, sich mit der Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital zu befassen, eingegangen. Zudem soll die Berufsrelevanz der Behandlung dieses Themas deutlich gemacht werden. Anschliessend werden die drei Fragestellungen, welche die Arbeit leiten und schliesslich beantwortet werden sollen, sowie das Ziel dieser Arbeit aufgezeigt. Auch wird die Adressatenschaft erwähnt und abschliessend der Aufbau der Arbeit skizziert.

### **1.1 Ausgangslage**

Gesundheit und Wohlbefinden sind Güter, die in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert geniessen. Um diese Güter zu erreichen oder zu bewahren, ist jeder/jede Einzelne wie auch die Gemeinschaft bereit, einiges dafür aufzuwenden. (Harald Ansen, Norbert Gödecker-Geenen & Hans Nau, 2004, S.9) Die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) betont, dass Gesundheit nicht nur körperliche und psychische, sondern auch soziale Aspekte umfasst (Barbara Bienz & Arlette Reinmann, 2004, S.46-47). Damit all diese Elemente der Gesundheit erreicht oder bewahrt werden können, benötigt es ein die Gesundheit ganzheitlich abdeckendes bzw. versorgendes Gesundheitssystem. Die Soziale Arbeit – als Expertin des Sozialen und somit über die sozialen Aspekte von Gesundheit – leistet dazu einen zentralen Beitrag. So ist das Gesundheitswesen denn auch schon seit vielen Jahren ein wichtiges und grosses Berufsfeld Sozialer Arbeit. Rund ein Viertel aller Sozialarbeitenden, Soziokulturellen Animatoren/Animatorinnen und Sozialpädagogen/-pädagoginnen sind im Gesundheitswesen tätig (Felix Wettstein, 2009, S.1). Wegen ihren sozialarbeiterischen Kompetenzen und ihrem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis ist ihr originärer Beitrag zur allgemeinen Gesundheit und Wohlbefinden unverzichtbar.

Diese Tatsachen müssten eigentlich annehmen lassen, dass die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen über Anerkennung und eine gute Position verfügt. Dem ist aber (bei weitem) nicht so. Vor allem die Klinische Sozialarbeit (= Teildisziplin der Sozialen Arbeit) in Akutspitalern hat in der Regel mit ihrer schwierigen Position zu kämpfen. Häufig wird sie dort inmitten des medizinischen Umfeldes nur am Rande wahrgenommen und ihre Bedeutung für die Behandlung der Patienten/Patientinnen und damit auch für das Spital, wenn nicht für das gan-

ze Gesundheitswesen, nicht erkannt. (Bienz & Reinmann, 2004, S.11) Mit dem medizinischen sowie dem pflegerischen Personal steht sie zudem meist nicht auf gleicher Augenhöhe. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die in einem Spital unabdingbar ist, ist oft geprägt von einseitigen Anweisungen. (Hans Nau, 2009, S.6) Dies führt dazu, dass die Klinische Sozialarbeit in Spitälern ihr eigentliches Potenzial mehrheitlich nicht ausschöpfen kann (Andrea Aldous-Hausammann & Julia Brügger, 2006, S.7). Ihre alltäglichen Arbeiten im Spital stehen nicht selten im krassen Widerspruch zu ihrem professionellen Selbstverständnis (Bienz & Reinmann, 2004, S.70).

## **1.2 Persönliche Motivation und Berufsrelevanz**

Ich, Andrea Born, war vor dem Studium an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit im Gesundheitswesen als Pflegefachfrau HF tätig. Im Rahmen des Studiums absolvierte ich das Modul 09 Praxiseinsatz in der Anstellung als Pflegefachfrau in einem Spital. Dabei schaute ich die Zusammenarbeit zwischen dem medizinischem Sektor und dem Sozialdienst innerhalb dieses Spitals näher an. Das Ergebnis war beunruhigend. Die meisten Mitarbeitenden des medizinischen Sektors wussten kaum über die Funktionen und Aufgaben der Sozialarbeitenden Bescheid. Die Sozialarbeitenden erhielten von den Ärzten/Ärztinnen und den Pflegenden zudem kaum Aufmerksamkeit. Dies war für mich jedoch nicht der ausschlaggebende Grund für die Wahl des Themas. Zentraler für mich war, dass mein berufliches Ziel ist, nach dem Bachelor of Science in Social Work wieder im Gesundheitswesen tätig zu sein. Deshalb war meine Präferenz, die Bachelor-Arbeit zum Thema „Klinische Sozialarbeit“ zu schreiben.

Von mir, Judith Isenschmid, blieben die Klinische Sozialarbeit sowie das Gesundheitswesen allgemein im Zusammenhang mit einer beruflichen Tätigkeit bisher unberührt. Gerade deshalb war ich der Überzeugung, dass ich meine Bachelor-Arbeit auf diesem Themengebiet schreiben möchte, um im Berufsfeld der Sozialen Arbeit neue Eindrücke zu gewinnen. Zudem kann ich mir gut vorstellen, nach beendetem Studium einmal als Sozialarbeiterin im Gesundheitswesen, wenn nicht sogar im Spital, tätig zu sein.

Für die Themenwahl ausschlaggebend war für uns beide auch, dass wir die Module Sozialarbeit und Gesundheit sowie Prävention und Gesundheitsförderung besuchten. Daher verfügten wir bereits über relevantes Wissen zum Themengebiet. Für die weitere Eingrenzung des

Themas führten wir schliesslich mehrere Gespräche mit Sozialarbeitenden in der Praxis durch, die im Bereich der Klinischen Sozialarbeit tätig sind. Ein Gespräch davon war mit dem Leiter des Sozialdienstes des Stadtspitals Triemli, Roland Lukas, in Zürich, welches höchst interessant war. Roland Lukas schilderte uns dabei ausführlich die Situation der Sozialarbeitenden in diesem Spital: Die Sozialarbeit müsse sich im Spital stark profilieren. Dies zeichne sich besonders bei neu angestellten Sozialarbeitenden ab. Diese müssen sich ungefähr ein Jahr lang auf ihrer Station gegenüber der Ärzteschaft sowie dem Pflegepersonal beweisen, bis sie ihre fachliche Anerkennung erhalten. Wie erwähnt, kam auch Andrea Born im Rahmen ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeiten in Spitälern zur selben erschreckenden Erfahrung. So hinterfragten wir uns, weshalb sich die Klinische Sozialarbeit im Spital so stark beweisen muss, um vom medizinischen Sektor akzeptiert zu werden. Diese fehlende Anerkennung war für uns nicht nachvollziehbar, ist doch das Gesundheitswesen ein langjähriges Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit. Dabei kam die Frage auf, welche Entwicklungen zu dieser unbefriedigenden Situation führten und wie die Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital verbessert werden kann. So entschieden wir uns für dieses Thema.

Nebst unserem eigenen Interesse am Thema sind wir der Meinung, dass es von grosser Berufsrelevanz ist, die Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital zu verbessern. Denn nur so kann die Klinische Sozialarbeit im Spital für die Sozialarbeitenden zu einem attraktiveren Berufsfeld werden. Insgesamt hoffen wir, dass wir mit unserer Arbeit einen Beitrag zur Verbesserung der Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital beitragen können.

### **1.3 Fragestellungen und Ziel**

Aus der oben beschriebenen Ausgangslage, der Motivation und der Berufsrelevanz arbeiteten die Autorinnen die folgenden drei Fragestellungen heraus:

- Fragestellung 1: Wie ist die Klinische Sozialarbeit im Spital positioniert?
- Fragestellung 2: Weshalb nimmt die Klinische Sozialarbeit im Spital diese Position ein?
- Fragestellung 3: Wie kann die Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital gestärkt werden?

Die erste Fragestellung wird mittels Beschreibungswissen beantwortet. Die Antwort soll aufzeigen, wie die Klinische Sozialarbeit im Spital positioniert ist. Die zweite Fragestellung wird mit Erklärungswissen beantwortet. Dazu wird in einem ersten Teil die Problemsstellung anhand der soziologischen Systemtheorie von Niklas Luhmann begründet. In einem zweiten Teil wird die Professionstheorie hinzugezogen, um die Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital aus einer weiteren Perspektive zu erklären. Die dritte Fragestellung lässt sich aus den analytischen Erkenntnissen aus der Systemtheorie und der Professionstheorie ableiten. Die abgeleiteten Handlungsentwürfe sollen aufzeigen, wie die Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital gestärkt werden kann.

In dieser Arbeit wird neben Schweizer Literatur auch Literatur aus Deutschland und Österreich verwendet. Die ausführlichen Literaturrecherchen haben ergeben, dass aus der Schweiz für die vorliegende Arbeit nicht genügend Literatur vorhanden ist. Besonders im Kapitel 2.1.2 wird hauptsächlich Literatur aus Deutschland benutzt, da die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit in der Schweizer Literatur nicht ausreichend beschrieben wird. Grundsätzlich ist die Situation um die Klinische Sozialarbeit allgemein oder spezifisch im Spital im gesamten deutschsprachigen Raum dieselbe. Trotz der Verwendung Deutscher und Österreichischer Literatur wird in der Arbeit aber mehrheitlich der Begriff „Spital“ (wie er in der Schweiz gebraucht wird) anstelle von „Krankenhaus“ verwendet. Anzumerken ist, dass in einigen Kapiteln, wie gerade im Kapitel 2.1.2, der Begriff „Krankenhaus“ verwendet wird, da wie erwähnt, sich dieses Kapitel auf Deutschland bezieht.

Zudem wird mehrheitlich von „Patient“ bzw. „Patientin“ und eher selten von „Klient“ bzw. „Klientin“ gesprochen, wie es in der Sozialen Arbeit eigentlich üblich ist. Dies, ausschliesslich der Einfachheit halber bzw. weil sich die Soziale Arbeit in dieser Arbeit an Menschen im Kontext einer Behandlung im Spital und somit Patienten/Patientinnen richtet. Die Bezeichnung „Klienten/Klientinnen“ würde dies nur unnötigerweise verkomplizieren.

Das Ziel dieser Bachelor-Arbeit ist grundsätzlich, die oben erwähnten drei Fragestellungen zu beantworten. Das heisst, es soll aufgezeigt werden, wie die Klinische Sozialarbeit im Spital positioniert ist. Zudem soll erläutert werden, weshalb die Klinische Sozialarbeit im Spital diese Stellung einnimmt. Ebenso soll herausgearbeitet werden, mit welchen Massnahmen die

Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital gestärkt werden kann. Insgesamt soll mit dieser Arbeit, wie bereits zuvor erwähnt, einen Beitrag zur Stärkung der Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital geleistet werden.

#### **1.4 Adressatenschaft**

Diese Arbeit richtet sich an die Studierenden der Sozialen Arbeit, an die Berufskollegen und -kolleginnen in der Praxis, an die Fachvertreter und -vertreterinnen im Gesundheitswesen und generell an am Thema Interessierte. Die Arbeit soll zur Anregung von Diskussionen zum Thema der Klinischen Sozialarbeit im Spital dienen.

#### **1.5 Aufbau der Arbeit**

Im Kapitel zwei wird zuerst die Klinische Sozialarbeit definiert. Anschliessend wird auf die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit eingegangen. Im folgenden Unterkapitel wird das Spital beleuchtet, um zu verdeutlichen, in was für einer Organisation die Klinische Sozialarbeit im Spital tätig ist. Danach wird die Klinische Sozialarbeit im Spital, insbesondere deren Aufgaben und Kompetenzen, beschrieben. Das nächste Unterkapitel widmet sich schliesslich ganz der Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital. Daraus wird sich in einem späteren Kapitel die Fragestellung 1 dieser Arbeit abschliessend beantworten lassen.

Der theoretische Bezugsrahmen dieser Arbeit besteht aus zwei verschiedenen Theorien, welche in den Kapiteln drei und vier aufgenommen werden. Das Kapitel drei führt die soziologische Systemtheorie von Niklas Luhmann aus. Dabei werden zuerst die wichtigsten Grundlagen dieser Theorie erläutert. Danach wird näher auf die Funktionssysteme eingegangen, um anschliessend das Funktionssystem Soziale Hilfe und das Funktionssystem Medizin näher zu betrachten. Ebenso wird näher auf die Organisationen (im systemtheoretischen Verständnis) eingegangen und angeschaut, wie das Verhältnis von Funktionssystemen zu Organisationen aussieht. Aus den analytischen Erkenntnissen aus der Systemtheorie lässt sich ein Teil der Fragestellung 2 beantworten. Im Kapitel vier wird die Professionstheorie aufgegriffen. Dabei wird zuerst auf die Professionen in der Vergangenheit eingegangen, um sie anschliessend in der Gegenwart zu betrachten bzw. um das Professionsverständnis von Silvia Staub-Bernasconi zu beleuchten. Danach wird einerseits die Soziale Arbeit als Profession und andererseits die Medizin als Profession angeschaut. Anschliessend werden Professionen im

Kontext einer Organisation aufgezeigt, wozu zusätzlich organisationstheoretisches Wissen verwendet wird. Die analytischen Erkenntnisse aus der Professionstheorie werden die Fragestellung 2 sodann aus einer weiteren Perspektive beantworten lassen.

Im Kapitel fünf wird schliesslich zuerst die Fragestellung 1 und danach die Fragestellung 2 abschliessend beantwortet. Aus diesen beiden Beantwortungen werden sodann Handlungsentwürfe für die Soziale Arbeit abgeleitet, mit denen die Fragestellung 3 beantwortet wird.

Im letzten Kapitel, dem Kapitel sechs, hat es Platz für einige persönliche Eindrücke und abschliessende Gedanken der Autorinnen zu ihrer Arbeit bzw. zu einigen Aspekten ihres gewählten Themengebietes. Zudem sind im Rahmen des Ausblickes noch ein paar Ideen für kommende Bachelor-Arbeiten, Projekte etc. zu finden.

## **2 Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital**

In diesem Kapitel wird zuerst auf die Klinische Sozialarbeit als Teildisziplin der Sozialen Arbeit eingegangen, um anschliessend auf die Klinische Sozialarbeit im Spital zu sprechen zu kommen. Das letzte Unterkapitel widmet sich schliesslich der Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital.

### **2.1 Klinische Sozialarbeit**

Im Folgenden geht es als erstes darum, zu klären, um was es sich bei der Klinischen Sozialarbeit genau handelt. Danach soll auf deren Entwicklung im Laufe der Geschichte eingegangen werden.

#### **2.1.1 Definition**

Die Bezeichnung „klinisch“ stammt ursprünglich aus dem Griechischen „kliné“ und bedeutet Bett oder Lager. Im englischen und französischen Sprachgebiet steht der Begriff „clinic“ bzw. „clinique“ in direkter Beziehung zur therapeutischen und beratenden Behandlung von Personen. In der klinischen Medizin und der klinischen Psychologie bezieht sich der Begriff „klinisch“ auf personenzentrierte Tätigkeiten. Wird der Begriff „klinisch“ auf die Klinische Sozialarbeit bezogen, bedeutet das konkretes, fallbezogenes Handeln und Behandeln in direkter Interaktion mit Personen. (Brigitte Geissler-Piltz, Albert Mühlum & Helmut Pauls, 2005, S.12)

Der Begriff „Klinische Sozialarbeit“ stammt aus dem amerikanischen Raum und wurde von dort übernommen. Er steht für die Fachlichkeit sozialer Behandlung und Beratung im Gesundheitswesen, sowie auch für eine spezialisierte Sozialarbeit. (Norbert Gödecker-Geenen & Hans Nau, 2002, S.9) Auch wenn dies vermuten lässt, ist Klinische Sozialarbeit nicht kongruent mit der Sozialarbeit in einer Klinik (Gödecker-Geenen & Nau, 2002, S.84). Brigitte Geissler-Piltz (2005) schreibt, der Begriff „Klinische Sozialarbeit“ steht für die Tätigkeit mit Menschen, die an psychischen, psychosomatischen oder soziomatischen Krankheiten erkrankt sind. Ebenso können sie an Behinderungen leiden und/oder sich in Krisen oder Notlagen befinden. (S.11) Helmut Pauls (2005) definiert den Begriff „Klinische Sozialarbeit“ spezifisch: „Klinische Sozialarbeit markiert einen Anspruch auf Expertentum für psychosoziale Beratung, Behandlung und Intervention in den klinischen Arbeitsfeldern bzw. bei klinischen Aufgabenstellungen Sozialer Arbeit, insbesondere im Gesundheitswesen“ (S.2).

### *Ziel der Klinischen Sozialarbeit*

Nach Peter Reinicke (2008) ist das Ziel der Klinischen Sozialarbeit, Gesundheit und gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern und dadurch Krankheiten zu verhindern. Ebenso ist ihr Ziel, Hilfe und Unterstützung bei der Bewältigung von Behinderungen zu geben, sowie Unterstützung bei Krankheiten und deren Folgen zu leisten. (S.127) Auch Geissler-Piltz (2005) schreibt, dass das Ziel der Klinischen Sozialarbeit darin besteht, innerhalb eines multiprofessionellen Teams mit unterschiedlichen Methoden die Gesundheit von Menschen in ihrer Lebenssituation und Umgebung zu verbessern bzw. zu fördern. Im Zentrum der Tätigkeit liegen die Lebenswelt und der Alltag der Kranken. Dabei ist es das Ziel der Klinischen Sozialarbeit, sie im Prozess der Krankheitsbewältigung zu motivieren und sie dabei emotional zu unterstützen. Ebenso befähigt sie die Kranken, ihre Ressourcen zu erkennen, sie zu nutzen sowie verantwortungsvoll und selbstbestimmt zu handeln. (S.12-14) Anders definiert Pauls (2005) das Ziel Klinischer Sozialarbeit:

Das generelle Ziel Klinischer Sozialarbeit ist die Einbeziehung der sozialen und psychosozialen Aspekte in die Beratung, Behandlung und Unterstützung von gesundheitlich gefährdeten, erkrankten und (vorübergehend oder dauerhaft) behinderten Menschen mit dem Ziel der sozialen Integration. Der Fokus ist die Person-in-ihrer-Welt im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Verständnisses von Gesundheit, Störung und Krankheit. (S.2)

### *Arbeitsfelder und Zielgruppen Klinischer Sozialarbeit*

Die klinische Sozialarbeit ist in sehr unterschiedlichen Arbeitsfeldern tätig und deckt ein breites Spektrum von Handlungsfeldern ab (Reinicke, 2008, S.128). Nebst dem Gesundheitswesen ist sie auch in vielseitigen sozialarbeiterischen Kontexten oder Settings zu finden. Die Arbeitsfelder sind hauptsächlich in Bezug auf die psychosoziale Beratung und die Behandlung von Gesundheitsstörungen ausgerichtet. (Geissler-Piltz, 2005, S.13) Gemäss Gödecker-Geenen und Nau (2002) sind einige Beispiele der klassischen Arbeitsfelder der Klinischen Sozialarbeit: Suchthilfe, stationäre und ambulante Psychiatrie, Spitalsozialdienste, ambulante gesundheitliche Beratungsdienste, Sozialdienste in der Geriatrie, Rehabilitationseinrichtungen, Beratungs- und Therapieeinrichtungen in der Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheits-



ämter, sowie die Familientherapie (S.11). Geissler-Piltz et al. (2005) führen weitere Arbeitsgebiete wie Suchtberatung, Institutionen des Massregelvollzuges und der Resozialisierung, Gerontopsychiatrie sowie Schnittstellen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie hinzu (S.13-14). Reinicke (2008) schreibt zudem, dass einzelne Handlungsfelder der Klinischen Sozialarbeit heute mehr Berücksichtigung benötigen wie z.B. die Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Psychiatrie. Die Gründe dafür sind veränderte, demographische, gesellschaftliche, gesundheits- und sozialpolitische Entwicklungen sowie die gesetzlichen Grundlagen. (S.128) Die aufgeführten Arbeitsfelder der Klinischen Sozialarbeit geben einen Überblick sowie eine Grobbeschreibung und sind nicht abschliessend. Es gibt durchaus noch weitere Tätigkeitsfelder der Klinischen Sozialarbeit, welche hier nicht aufgezählt wurden.

Die Zielgruppen der Klinischen Sozialarbeit sind sehr vielfältig. Das bedeutet, dass sich ihre Tätigkeit an alle Phasen des Lebens „von der Wiege bis zur Bahre“ richtet. Sie beschäftigt sich mit Einzelpersonen und ihren Angehörigen, mit Gruppen und anderen Berufsgruppen sowie mit Institutionen. Ihre Arbeit ist zudem an alle Gesellschaftsschichten gerichtet. (Reinicke, 2008, S.127) Gödecker-Geenen und Nau (2002) ergänzen, dass die Klinische Sozialarbeit mit chronisch körperlich Kranken und Behinderten sowie chronisch seelisch Kranken und Behinderten arbeitet. Zudem beschäftigt sie sich mit Menschen mit problemverstärkendem Verhalten und auch mit Multiproblemfamilien. (S.22)

### *Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit*

Pauls (2005) definiert die Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit folgendermassen:

Klinische SozialarbeiterInnen treten neben die ExpertInnen der etablierten behandelnden Disziplinen (...) und werden für die Herstellung von Zusammenhängen (...) von Wissensbeständen zur sozialen Behandlung und Beratung zuständig. Sie machen auf komplexe Interaktionen innerhalb der Gesundheits- und Sozialsysteme und zwischen ihnen aufmerksam. (...) Sie beachten den einzelnen erlebenden, handelnden und leidenden Menschen (Klienten, Patienten) in seiner Welt. Die Klinische Sozialarbeit ist in der heutigen biologisch-somatisch spezialisierten Medizin (...) die Disziplin, die den

„sozialen Menschen" mit seinen Krankheiten, Behinderungen und psycho-sozialen Belastungen in und mit seinem Umfeld berät, behandelt und begleitet: mit seiner Biographie, in seiner Familie, unter Einbezug seiner Arbeitswelt, seinen Freunden, Verwandten und Nachbarn, seiner ökonomischen Situation und in vernetzter gemeindenaher Kooperation. (S.2)

Reinicke (2008) schreibt, dass die Klinische Sozialarbeit nebst den erwähnten Aufgaben auch in der Prävention tätig ist, wie beispielsweise in der Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitsberatungs- und Gesundheitsförderungsprogrammen. Ebenso nimmt sie auch Koordinationsfunktionen wahr, da im Gesundheitswesen zahlreiche Berufsgruppen an der Versorgung (Behandlung, Beratung, Betreuung) zusammenarbeiten. (S.122-124) Gödecker-Geenen und Nau (2002) beschreiben, dass die Klinische Sozialarbeit mit speziellen Methoden bei hilfesuchenden Menschen in der Beratung und Behandlung arbeitet. Dazu gehören systemische Ansätze in der Mediation, Familientherapie sowie andere Verfahren, welche in ambulanten und stationären Organisationen im Sozial- und Gesundheitswesen erbracht werden. (S.21)

### **2.1.2 Entwicklung**

Im Folgenden wird die Entwicklung der sozialarbeiterischen Tätigkeit im Gesundheitswesen, welche früher als Gesundheitsfürsorge bezeichnet wurde, anhand des Beispiels Deutschland beschrieben. Begonnen wird Ende des 19. Jahrhunderts, als die ersten Anfänge der Gesundheitsfürsorge entstanden. Anschliessend wird ein Exkurs gemacht, indem die Entstehung des Sozialdienstes im Krankenhaus beschrieben wird. Danach wird auf die Jahre von 1933 bis Ende des 2. Weltkrieges (1945) eingegangen, eine Zeitperiode, die beachtlich, jedoch negativ prägend für die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit war. Weiter wird die Entwicklung der Fürsorge im Gesundheitswesen nach dem 2. Weltkrieg bis ins Jahr 1990 beschrieben, wobei die wichtigsten Phasen zusammenfassend aufgezeigt werden. In diesem Kapitel wird von der Gesundheitsfürsorgerin gesprochen und dabei die weibliche Form verwendet, da es in den Anfängen ausschliesslich Frauen gewesen sind, die als Fürsorgerinnen im Gesundheitswesen tätig waren.

### *Die Anfänge der Gesundheitsfürsorge*

Ein Beispiel für die ersten Anfänge von sozialarbeiterischer Tätigkeit in der Gesundheitsfürsorge war gemäss Reinicke (2008) die Errichtung von Tuberkulosefürsorgestellen zur Bekämpfung dieser Krankheit Ende des 19. Jahrhunderts. Damals wurde erkannt, dass Mediziner in der gesundheitlichen Betreuung und Versorgung der Tuberkulosekranken und auch der Säuglinge „Hilfskräfte“ zur Unterstützung benötigten. Es durften jedoch keine Laien sein, welche diese Aufgaben übernahmen, sondern es mussten geschulte Kräfte sein. Dabei war die allgemeine Meinung, dass Frauen in der Sozialarbeit die dafür notwendige Kompetenz hatten. Diese Frauen übernahmen Aufgaben wie beispielsweise das Überwachen der Verordnungen oder die Übermittlung der ärztlichen Aussagen bei den Sprechstunden. Diese Aufgaben waren eine Ergänzung zum Hilfeprozess des Arztes/der Ärztin. (S.8)

### *Entstehung der Sozialarbeit im Krankenhaus*

Der Sozialdienst im Krankenhaus ist eines der ältesten Aufgabenfelder der Fürsorgerin. Die ersten Anfänge der Fürsorge im Krankenhaus sind im Jahre 1896 belegbar. Zu jener Zeit führten Frauen von Mädchen- und Frauengruppen Besuche in den Krankenhäusern durch. Dabei boten sie Unterstützung bei sozialen Problemen und Fragen an. Der ausschlaggebende Durchbruch in der Entwicklung der Fürsorge im Krankenhaus ist Elsa Strauss im Jahre 1913 zu verdanken. Auf einem Amerikabesuch lernte sie die dortige Krankenhaussozialarbeit kennen. Sie erkannte, dass der/die Kranke neben medizinischer und pflegerischer Betreuung auch Unterstützung in weiterer „sachverständiger Hilfe“ benötigt. Von diesen Erfahrungen berichtete sie nach ihrer Rückkehr nach Deutschland. 1913 stellten Frauen aus Wohlfahrtspflege und Frauenvereinen das Konzept „Sozialfürsorge in Krankenhäusern“ der Berliner Stadtverwaltung vor. Dabei machten sie den Vorschlag, dass in jedem städtischen Krankenhaus eine soziale Krankenhausfürsorge eingerichtet werden sollte. Dieser Antrag „in allen städtischen Krankenhäusern eine soziale Einrichtung durch erfahrene Frauen von der Wohlfahrtspflege zuzulassen“, wurde angenommen. (Reinicke, 2008, S.17-20)

Die wirtschaftliche Not in den 1920er und 1930er Jahren aufgrund der Arbeitslosigkeit forderte staatliche Massnahmen. Davon war auch das Gesundheitswesen betroffen. Ein Beispiel war, dass auch in den Krankenhäusern die Aufenthaltsdauer verkürzt werden musste, um Kosten einsparen zu können. Durch die Krankenhausfürsorge konnte die Entlassung von

Patienten beschleunigt und dadurch Kosten verringert werden. Die Fürsorgerinnen erlangten daher eine immer höhere Bedeutung. Dies hatte positive Auswirkungen auf die Gesundheitsfürsorge und sie konnte sich dadurch immer mehr etablieren. (Reinicke, 2008, S.20-30) Zu dieser Zeit hatte die Fürsorgerin auch eine selbstständige Stellung. Sie war damals als Kreis- bzw. Bezirksfürsorgerin dem Landrat (in Deutschland oberster Beamter eines Landeskreises) und nicht dem Amtsarzt (Bezirksarzt) unterstellt. (Reinicke, 2008, S.97)

### *Von 1933 bis Ende 2. Weltkrieg*

Geissler-Piltz et al. (2005) schreiben, dass die Machtübernahme durch die Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei (NSDAP) im Jahre 1933 für die Fürsorge in Deutschland negative Auswirkungen hatte. Zahlreiche Berufstätige bekamen aufgrund politischer oder rassenhygienischer Gründe Berufsverbot. Sie wurden verhaftet und aus dem Lande verwiesen oder in ein Konzentrationslager gebracht. (S.140)

Am 3. Juli 1934 trat als gesetzliche Grundlage für das öffentliche Gesundheitswesen das Reichsgesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens in Kraft (GVG). Ein wenig später folgten seine drei Durchführungsverordnungen (DV). (Reinicke, 2008, S.49) Der Reichsgesetz-Vertrag war das Werkzeug der nationalsozialistischen Volksgesundheitspflege (Geissler-Piltz et al., 2005, S.141). Die Fürsorgerin erhielt darin ihre Berufsbezeichnung als „Gesundheitspflegerin“ und „Hilfskraft“. Dieses Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (GVG) und die Durchführungsverordnungen hatten sich negativ auf die „Höhenlage“ der Fürsorgerin im Gesundheitswesen ausgewirkt. (Reinicke, 2008, S.97) Die Amtsärzte, welche bereits seit 1918 forderten, dass sich das „tiefere“ Personal ohne Widerrede den Anweisungen des „höheren“ Personals Folge zu leisten hatte, setzten sich damit durch. Die Fürsorgerin wurde von der selbstständigen Stellung, welche sie vor 1934 hatte, zur ärztlichen Hilfskraft zurückgestuft. Im Reichsgesetz (GVG) vom Juli 1934, welches bis ins Jahr 1978 Gültigkeit hatte, war geschrieben: „Sie haben den Arzt durch Hausbesuche und Hilfe in den Beratungsstunden, (...) Ermittlungen und Feststellungen zu unterstützen und beratend einzugreifen (...)“. Darüber hinaus konnte die Fürsorgerin, ebenso wie das übrige ärztliche Hilfspersonal nebenher zu Büroarbeiten im Gesundheitsdienst herangezogen werden. Diese stark negativen Auswirkungen der deutschen Geschichte auf die Klinische Sozial-

arbeit sind auch heute immer noch eine starke Belastung für sie. (Geissler-Piltz et al., 2005, S.141)

#### *Nach dem 2. Weltkrieg bis 1990*

Die Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge, wie beispielsweise der Fürsorgedienst im Spital oder die Beratungsstellen von Gesundheitsämtern, waren nach dem 2. Weltkrieg weiterhin vorhanden. Die neu ausgebildeten Sozialarbeiter/innen in den 1950er- und 1960er Jahren zögerten jedoch, ins Gesundheitswesen einzusteigen. Ein wesentlicher Grund war, dass die Arbeit meistens vom Arzt bestimmt und die Aufgaben der/die Sozialarbeiter/in als Arzthelfertätigkeit empfunden wurde. Es blieben deshalb viele Arbeitsplätze im Gesundheitswesen von Sozialarbeiter/innen unbesetzt. In den Jahren 1960/61 wurde die Ausbildung für Sozialarbeiter/innen neu gestaltet. Dabei wurden Praktikumsstellen im Gesundheitswesen aufgrund der Unsicherheit ihrer Rolle in diesem Arbeitsfeld ebenso nicht besetzt. (Reinicke, 2008, S.95-100)

In den 1970er Jahren kam es in Deutschland im gesamten öffentlichen Gesundheitswesen zu Aktivitäten zur Verbesserung der Situation. Im Mittelpunkt dieser Aktivitäten standen die Sozialarbeitenden und kaum die Ärzte. Um die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen weiter zu verbessern, wurde 1974 eine Mitarbeitergruppe gegründet. Die Zielvorstellung und Forderung lautete: Ärzte und Sozialarbeiter/innen müssen einen neuen Anfang in ihrer Zusammenarbeit wagen. Dabei war jedoch klar, dass die Zusammenarbeit nur erfolgreich sein kann, wenn der Arzt die Sozialarbeitenden als selbstständige Mitarbeitende anerkennt. Auch die Sozialarbeitenden müssen in der Lage und dazu bereit sein, ihre Aufgaben und Grenzen richtig zu sehen und auch einzuhalten. (Reinicke, 2008, S.97-102)

In den 1960er- und den 1970er Jahren fanden in Deutschland zahlreiche Veränderungen in Bezug auf die rechtlichen und sozialen Rahmenbedingungen der Sozialarbeit im Gesundheitswesen statt, welche positive Auswirkungen auf die Entwicklung hatten. 1978 gab es eine Initiative der Gesundheitsministerkonferenz in den einzelnen Bundesländern. Dabei kam es zur Verabschiedung neuer gesetzlicher Grundlagen mit unterschiedlichen Inhalten für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Durch diese Gesetze wurde das GVG abgelöst. Die Entwicklungen der letzten Jahre im Gesundheitswesen wurden berücksichtigt und es wurde

von einem modernen Verständnis der Gesundheitshilfe ausgegangen. (Reinicke, 2008, S.103-106)

## **2.2 Klinische Sozialarbeit im Spital**

In diesem Kapitel wird zuerst die Organisation Spital beleuchtet. Anschliessend wird auf die Klinische Sozialarbeit im Spital, insbesondere auf deren Aufgaben und Kompetenzen, eingegangen.

### **2.2.1 Spital**

Dieses Kapitel soll einen allgemeinen Überblick über die Organisation Spital geben. Dabei wird zuerst auf die Funktion des Spitals eingegangen. Anschliessend werden die verschiedenen Führungstypen, die Finanzierung und die unternehmerische Freiheit der Organisation Spital aufgezeigt. Am Ende des Kapitels werden noch die Berufsgruppen, die in einem Spital tätig sind, beleuchtet.

#### *Funktion und Merkmale*

Gemäss Gerhard Kocher und Willy Oggier (2004) stammt der Begriff Spital vom lateinischen „hospitale“ und ist der schweizerische Begriff für Krankenhaus. Das Spital ist das wichtigste medizinische Kompetenzzentrum des Gesundheitswesens, welches aus medizinisch-technischer Infrastruktur und gutem Fachpersonal besteht. Spitäler können in unterschiedlichen Disziplinen tätig sein, wie beispielsweise innere Medizin, Chirurgie, Psychiatrie, Rehabilitation, Gynäkologie, Geriatrie usw. Welches Spital welche Disziplinen anbietet – es können auch mehrere sein – ist den Leistungsaufträgen der jeweiligen Kantone zu entnehmen. (S.130-131)

Gemäss Georg Hey (2001) gehören zu den wichtigsten Merkmalen eines Spitals, dass es nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeitet. Es muss zudem für die Erfüllung der Funktion der Krankenbehandlung das dafür notwendige Personal bereitstellen wie Ärzte/Ärztinnen, Pflegepersonal sowie funktions- und medizinisch-technisches Personal. Ebenso ist ein wichtiges Merkmal, dass das Spital die grundsätzliche Funktion der Krankenbehandlung hat. (S.207)

Kocher und Oggier (2010) ergänzen zur Funktion des Spitals, dass es medizinische und pflegerische Leistungen erbringen muss (S.377). Kocher und Oggier (2004) schreiben, dass in einem Spital Patienten stationär, teilstationär und auch ambulant behandelt werden. Dies erfolgt unter andauernder ärztlicher Überwachung mit ausgebildeten Fachkräften und den erforderlichen medizinischen und auch hotelmässigen Institutionen. (S.130)

### *Führung und Finanzierung*

Für die interne Organisation und Führung der Spitäler sind drei unterschiedliche Führungstypen gängig: Das „Dreibein“, welches aus pflegerischer, ärztlicher und administrativer Leitung besteht. Das „Zweibein“, das aus einer ärztlichen und einer administrativen Leitung zusammengesetzt ist. (Kocher & Oggier, 2010, S.376) Der dritte Führungstyp ist das „Einbeinsystem“, welches aus einer verantwortlichen Person besteht. Zudem entwickelt sich ein weiterer Führungstyp, in dessen Rahmen vom Verwaltungsrat ein CEO (Chief Executive Officer) delegiert wird. (Kocher & Oggier, 2004, S.133)

Die Finanzierung der Spitäler teilen sich grundsätzlich vier Akteure. Diese sind die Kantone, die Sozialversicherungen, die Privatversicherer durch ihre Zusatzversicherung sowie auch die Patienten/Patientinnen durch ihren Selbstbehalt. (Kocher & Oggier, 2010, S.376)

### *Kantonale Mitbestimmung*

In der Schweiz sind die Kantone für die Gesundheitsversorgung und dadurch auch für die Spitalorganisation zuständig (Undritz, 2004, zit. in Kocher & Oggier, 2004, S.131). Die Spitäler werden in öffentliche Spitäler und private Kliniken unterteilt (Kocher & Oggier, 2010, S.376). Nicht nur die öffentlichen Spitäler, sondern zum Teil auch die privaten Kliniken erhalten finanzielle Unterstützung von den Kantonen und müssen daher einen gesetzlichen Auftrag erfüllen (Kocher & Oggier, 2004, S.131). Durch diese Leistungsaufträge sind die Spitäler von den kantonalen Verwaltungen und der Politik abhängig. Die unternehmerische Freiheit der Spitäler ist durch die Leistungsaufträge eingeschränkt, da die kantonalen Eingriffsmöglichkeiten und Eigentumsrechte Grenzen setzen. (Kocher & Oggier, 2010, S.376)

### *Vertretene Berufsgruppen*

Die verschiedenen Berufsgruppen, die im Spital tätig sind, lassen sich in drei zentrale Funktionsbereiche einordnen. Diese drei Funktionsbereiche sind die Ärzte/Ärztinnen, das Pflegepersonal sowie der Wirtschafts- und Verwaltungsdienst. Die Ärzte/Ärztinnen und das Pflegepersonal sind die am stärksten und zentralsten vertretenen Berufsgruppen innerhalb des Spitals. Diese drei Funktionsbereiche sind bezogen auf ihr Fachgebiet eigenen hierarchischen Strängen zugeordnet. Auch sind sie jeweils als Verwaltungsleitung, Pflegeleitung und Leitung des ärztlichen Dienstes in der Leitung der Organisation Spital vertreten. (Hey, 2001, S.207)

Der ärztliche Dienst muss die Krankenbehandlung von Patienten/Patientinnen, bezogen auf die Leistungsmöglichkeiten des entsprechenden Spitals, sicherstellen. Der ärztliche Dienst gliedert sich in verschiedene Fachrichtungen auf, wie beispielsweise die Innere Medizin, Neurologie, Chirurgie etc. Das Pflegepersonal hat pflegerische Leistungen und die Mitwirkung bei Massnahmen der Diagnostik und Therapie zu erbringen. Die Aufgabe des Wirtschafts- und Verwaltungsdienst ist es, dafür zu sorgen, dass die Voraussetzungen für die medizinischen- und pflegerischen Leistungen vorhanden sind, wie beispielsweise die Räumlichkeiten, die medizinischen Apparate, das Personal und die finanziellen Mittel. (Hey, 2001, S.207)

### **2.2.2 Aufgaben und Kompetenzen**

In diesem Kapitel wird zuerst eine Gegenstandsbestimmung der Klinischen Sozialarbeit im Spital vorgenommen. Danach wird auf ihre Aufgaben sowie ihre spezifischen Kompetenzen und ihr Gesundheitsverständnis eingegangen. Abschliessend soll aufgezeigt werden, weshalb die Klinische Sozialarbeit im Spital unverzichtbar ist.

#### *Definition/Gegenstandsbestimmung*

Bei der Klinischen Sozialarbeit im Spital handelt es sich gemäss Bienz und Reinmann (2004) um eine Teildisziplin der Klinischen Sozialarbeit, wie sie im Kapitel 2.1 beschrieben wurde. Die Klinische Sozialarbeit im Spital kennzeichnet sich durch ihre spezifischen Aufgaben, welche weiter unten angeschaut werden, vor allem aber dadurch, dass sich ihre Tätigkeit auf den Aufenthalt der Patienten/Patientinnen im Spital beschränkt. Nach Gödecker-Geenen und Nau (2002) „berät und begleitet [die Klinische Sozialarbeit im Spital] PatientInnen (und



bei Bedarf die Angehörigen) aller Altersgruppen, deren Lebenssituation sich aufgrund von Krankheit und Behinderung in physischer, psychischer, sozialer, beruflicher, wirtschaftlicher und/oder in anderer Hinsicht verändert hat“ (zit. in Bienz & Reinmann, 2004, S.18). (S.18)

Die Klinische Sozialarbeit im Spital agiert gemäss Anna Maria Dieplinger (2008) in Zusammenarbeit mit den anderen Disziplinen des Spitals, insbesondere mit der Medizin und der Pflege (S.56).

### *Aufgaben*

Wie oben erwähnt, beziehen sich die Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit im Spital auf aktuelle persönliche und soziale Probleme des Patienten/der Patientin, die in Zusammenhang mit seiner/ihrer Erkrankung stehen (Bienz & Reinmann, 2004, S.19).

Zu den konkreten Aufgaben Klinischer Sozialarbeit im Spital zählen gemäss Dieplinger (2008) unter anderem „soziale Beratung, Krisenintervention, sozialanwaltschaftliches Engagement, praktische Hilfen im Alltag, Hilfe bei der Bewältigung sozialer, materieller und persönlicher Probleme, allgemeine Unterstützung und Weiterversorgung von PatientInnen und deren Angehörigen“ (S.55). Zu den Beratungsleistungen der Klinischen Sozialarbeit im Spital gehören laut Dieplinger (2008) unter anderem „die Auskunft und Beratung über Sozialleistungen, die Hilfe bei der Bewältigung häuslicher Probleme, Gespräche mit Angehörigen, Hilfestellungen für eine gesundheitsfördernde Lebensweise, die Unterstützung bei der Lösung seelischer Konflikte, die Beratung über die Folgen chronischer Erkrankungen und die Beratung bei krankheitsbedingten, beruflichen Problemen“ (S.55). (Dieplinger, 2008, S.55)

Über diese direkten Dienstleistungen hinaus hat die Klinische Sozialarbeit im Spital noch weitere Aufgaben, die als indirekte Dienstleistungen bezeichnet werden können. Dies sind nach Bienz und Reinmann (2004) unter anderem die „Teilnahme an krankenhausinternen Arbeitsgruppen, Weiterbildung für Angehörige anderer Berufsgruppen über das Gebiet der Sozialen Arbeit, Vertretung der Anliegen des Spitals gegen aussen, sofern es das eigene Fachgebiet betrifft, Praxisausbildung von SozialarbeiterInnen bzw. Unterricht in den Ausbildungsstätten“ (S.19). (Bienz & Reinmann, 2004, S.19)

### *Kompetenzen*

Dieplinger (2008) zufolge benötigt es, um diese vielfältigen und komplexen Aufgaben Klinischer Sozialarbeit im Spital erfüllen zu können, von den Ausführenden bzw. den Spitalsozialarbeitenden dementsprechende spezifische Kompetenzen. Dies sind unter anderem „die Fähigkeit zur Gesprächsführung, Krisenintervention und Gesundheitsberatung, zur Vermittlung lebenspraktischer Fähigkeiten, zur Entschliessung von Sozialleistungen und zur Organisation und Koordination von Nachsorgemassnahmen“ (Dieplinger, 2008, S.55). Grundsätzlich bedarf es von den Spitalsozialarbeitenden der Kompetenz, „soziale, familiäre und persönliche Konflikte und Krisen zu erkennen und weitere Schritte für die Versorgung eines Patienten/einer Patientin einzuleiten“ (Dieplinger, 2008, S.55). (S.55)

Die Klinische Sozialarbeit im Kontext des Spitals benötigt sowohl umfangreiche methodische Kompetenzen als auch eine breite Wissensgrundlage. Zusätzlich zu den sozialarbeiterischen (Grund)Kompetenzen verfügt sie über gesundheits- und krankheitsrelevantes Wissen von anderen Disziplinen. (Ansen, Gödecker-Geenen & Nau, 2004, S.19)

### *Gesundheitsverständnis*

Die Klinische Sozialarbeit im Spital zeichnet neben ihren spezifischen Kompetenzen insbesondere auch ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit aus. Ihr Gesundheitsverständnis, wie das der Sozialarbeit generell, basiert gemäss Bienz und Reinmann (2004) auf der *Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO)*, die 1986 in Ottawa entstand und Gesundheit folgendermassen definiert:

Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen. (Stephan Sting & Günter Zurhorst, 2000, zit. in Bienz & Reinmann, 2004, S.46)

Die *Ottawa-Charta* betont somit neben den körperlichen und psychischen auch die individuellen und die sozialen Aspekte von Gesundheit. Da die Spitalsozialarbeit auf diesem Gesundheitsverständnis aufbaut, kann festgestellt werden, dass sie über eine ganzheitliche, sogenannte bio-psycho-soziale Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit verfügt. Generell sieht sie den Menschen in seiner Gesamtheit, mit seinen spezifischen Bedürfnissen. (S.46-47)

#### *Was macht die Klinische Sozialarbeit im Spital unverzichtbar?*

Aufgrund dieses ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses der Klinischen Sozialarbeit im Spital orientiert sie sich bei ihrer Tätigkeit am subjektiven Erleben von Gesundheit bzw. Krankheit, an individuellen Bedürfnissen und an sozialen Faktoren der Patienten/Patientinnen. Demgegenüber macht sich die Medizin aufgrund von körperlichen Symptomen und den medizinischen Parametern ein Bild über die Krankheit des/der Patienten/Patientin und stellt die entsprechende medizinische Diagnose. (Dieplinger, 2008, S.79) Die Klinische Sozialarbeit im Spital stellt damit ein unverzichtbarer Gegenpol des medizinischen Sektors im Spital sowie im ganzen Gesundheitswesen dar (Bienz & Reinmann, 2004, S.45).

Die Unverzichtbarkeit Klinischer Sozialarbeit im Spital bringt nach Dieplinger (2008) auch eine Studie zum Ausdruck, die anfangs der 90er-Jahre in 14 Ländern mit total 25916 Probanden unterschiedlicher kultureller und sozioökonomischer Hintergründe durchgeführt wurde. Diese „zeigt, dass PatientInnen, bei denen es infolge einer Krankheit zu psychischen Problemen (Angstzuständen, Depressionen etc.) kommt, ihr Leiden und die damit verbundene Einschränkung der Lebensqualität subjektiv als grösser empfinden als PatientInnen, deren Erkrankung [rein] physischer Natur ist“ (Dieplinger, 2008, S.74). Das heisst also, dass die Einschränkungen im kognitiven, psychischen und motivationalen Bereich bei Krankheiten, die mit psychosozialen Problemen verbunden sind, grösser sind. Diese Studie belegt somit die dringende Notwendigkeit der Erkennung und Behandlung psychosozialer Probleme im Rahmen der Behandlung von körperlichen Erkrankungen, wie dies im Spital geschieht, und dient der Legitimation der Klinischen Sozialarbeit im Spital. (S.74-75)

Trotz der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens sollte das Ziel eines Spitals eine möglichst ganzheitliche und somit auch die psychosozialen Aspekte von Gesund-

heit/Krankheit einschliessende Behandlung der Patienten/Patientinnen im Spital sein. Denn diese trägt massgeblich dazu bei, dass die Behandlung auch nachhaltig erfolgreich ist und die entlassenen Patienten/Patientinnen nicht bereits nach kurzer Zeit wieder in das Spital eingeliefert werden müssen. Sei dies, weil sie bei sich zuhause nicht zurechtkommen oder weil sie sich die Medikamente nicht leisten können. (Dieplinger, 2008, S.45) Eine ganzheitliche Behandlung ist demzufolge nicht „nur“ eine ethische und dem Gesundheitsverständnis und somit Selbstverständnis Klinischer Sozialarbeit im Spital entsprechende Maxime, sondern verhilft gemäss Bienz und Reinmann (2004) auch dem Spital und schlussendlich dem ganzen Gesundheitswesen zu Wirtschaftlichkeit und Kostenoptimierung (S.51).

### **2.3 Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital**

Aufgrund der Ausführungen im vorhergehenden Kapitel und der Erkenntnisse über die Klinische Sozialarbeit im Spital sollte angenommen werden können, dass die Klinische Sozialarbeit im Spital eine gute bzw. ihren spezifischen Kompetenzen und ihrem Nutzen für das Spital entsprechende Position einnimmt. In diesem Kapitel soll nun herausgefunden werden, wie die Klinische Sozialarbeit im Spital tatsächlich positioniert ist. Um ihre Position aufzeigen zu können, bedarf es jedoch zuerst einer kurzen Klärung, was in dieser Arbeit unter dem Begriff „Position“ zu verstehen ist.

Mit Position (franz.: [An]Stellung, Stelle, Lage (Dudenredaktion, 1996, S.580)) der Klinischen Sozialarbeit im Spital meinen die Autorinnen die Stellung sowie den Stellenwert und die Anerkennung, die die Klinische Sozialarbeit im Spital einnimmt bzw. erhält.

Ebenfalls ist vorzuschicken, dass die Position der Klinischen Sozialarbeit nicht in jedem (Akut)Spital dieselbe ist. Es gibt diesbezüglich grosse Unterschiede zwischen den einzelnen Spitälern, insbesondere auch zwischen öffentlichen und privaten Spitälern. Die folgende Beschreibung der Position Klinischer Sozialarbeit im Spital wird auf diese Differenzen nicht weiter eingehen, sondern soll einen allgemeinen Eindruck der Position Klinischer Sozialarbeit im Spital im deutschsprachigen Raum vermitteln.

In Anlehnung an Bienz und Reinmann (2004) wird im Folgenden einerseits auf die Position der Klinischen Sozialarbeit innerhalb der hierarchisch strukturierten Organisation Spital bzw.

der Spitalhierarchie und andererseits innerhalb des interdisziplinären Teams, das insbesondere aus medizinisch-pflegerischem Personal besteht, eingegangen. Zudem wird jeweils aufgezeigt, welche Schwierigkeiten die Positionierung für die Klinische Sozialarbeit im Spital mit sich bringt. (Es kann durchaus sein, dass die Positionierung auch positive Effekte mit sich zieht. Da das Ziel dieser Arbeit aber ist, Verbesserungsmöglichkeiten der Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital herauszuarbeiten, konzentrieren sich die Autorinnen im Folgenden ausschliesslich auf die negativen Effekte bzw. das Verbesserungspotential der Positionierung.)

### **2.3.1 Position innerhalb der Spitalhierarchie**

In diesem Kapitel wird die Position der Klinischen Sozialarbeit in der Spitalhierarchie näher angeschaut.

Nach Bienz und Reinmann (2004) ist die Spitalhierarchie aus drei Machtblöcken zusammengesetzt. Dies sind der ärztliche Dienst, der Pflegedienst und der Verwaltungsdienst. Die Leitung der Organisation Spital besteht aus den Spitzen dieser drei Hierarchien, also aus dem/der leitenden Spitalarzt/-ärztin, dem/der Pflegedienstleiter/in und dem/der Verwaltungsdirektor/in. Der Pflegedienst ist in seiner Arbeit mit den Patienten/Patientinnen den Anordnungen des ärztlichen Dienstes unterstellt. Er ist nur autonom, wenn es um (pflege-)interne Angelegenheiten geht, wie beispielsweise der Gestaltung des Dienstplanes. Somit sind die drei Machtblöcke nicht gleichrangig. Die restlichen Dienste des Spitals sind einer der drei Machtblöcke unterstellt. Die Klinische Sozialarbeit im Spital bzw. der Spitalsozialdienst ist entweder dem medizinischen Sektor oder dem Verwaltungsdienst zugeordnet. (S.57)

Diese Position der Klinischen Sozialarbeit innerhalb der Spitalhierarchie bringt Schwierigkeiten mit sich, auf welche im Folgenden eingegangen wird.

#### *Einschränkung der beruflichen Handlungsautonomie*

Gemäss Bienz und Reinmann (2004) braucht jeder Fachberuf und damit auch die Klinische Sozialarbeit im Spital eine berufliche Handlungsautonomie, um Aufgaben nach ihrem spezifischen Berufswissen und ihrer Methodik ausführen zu können. Dies ist eine wesentliche Vo-

raussetzung für Fachlichkeit und eine optimale Aufgabenerfüllung. Wie oben beschrieben, ist der Klinischen Sozialarbeit im Spital diese berufliche Handlungsautonomie nicht gegeben. Der Spitalsozialdienst kann nicht selbständig über sein professionelles Handeln bestimmen. Es wird von der Trägerschaft bzw. der Leitung der Organisation Spital mitbestimmt. Da die Leitung, wie ebenfalls beschrieben, aus Nicht-Sozialarbeitenden besteht, fehlt es zudem oft an Kenntnis und Verständnis für das Fachgebiet und andere Interessen haben Vorrang. Mit zunehmendem Ausmass dieser Mitbestimmung wächst die Gefahr der Fremdbestimmung. Eine andere in dem Kontext entstehende Problematik ist, dass der Spitalsozialdienst seine Anliegen nicht selber in der Spitalleitung vertreten kann, sondern sie durch ihren zugeordneten Machtblock vertreten lassen muss. Umgekehrt werden Informationen von oben bzw. von der Leitung nicht immer automatisch an die Sozialarbeitenden weitergegeben. Beide Punkte führen zu einer zusätzlichen Abhängigkeit von der übergeordneten Hierarchie. (S.58)

#### *Gefahr der Fremdbestimmung*

Schwierig ist es für die Klinische Sozialarbeit im Spital gemäss Bienz und Reinmann (2004) insbesondere dann, wenn sie dem Verwaltungsdienst unterstellt ist. Bei dieser Zuordnung ist die Gefahr der Fremdbestimmung umso grösser, da das Verwaltungspersonal nicht über genügend Kenntnisse über die Klinische Sozialarbeit verfügt und somit deren Ansprüche nicht genügend wahrnehmen und berücksichtigen kann. Ist der Spitalsozialdienst dem medizinischen Sektor angegliedert, ist diese Gefahr etwas geringer. Die Ärzteschaft ist zwar ebenfalls nicht vom sozialarbeiterischen Fach, jedoch gehört sie wie die Klinische Sozialarbeit einem behandelnden Beruf an, womit das Verständnis für die Klinische Sozialarbeit eher gegeben ist. Eine Anordnung des Spitalsozialdienstes an die Verwaltung lässt eine „wirklich fruchtbare psychosoziale Mitwirkung an der Behandlung“ (Bienz & Reinmann, 2004, S.60) fast nicht zu. (S.60) Dies laut Harald Ansen, Norbert Gödecker-Geenen und Hans Nau (2004) nicht zuletzt auch deshalb, weil Entscheidungen über den Behandlungsverlauf oft von wirtschaftlichen Interessen beherrscht werden und die bio-psycho-sozialen Aspekte der Behandlung in den Hintergrund treten müssen. Die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens lässt den Handlungsspielraum der Klinischen Sozialarbeit im Spital immer kleiner werden. „Die fachliche Qualität sozialarbeiterischer Leistungen wird vielfach in ein Entlassungsmanagement (...) umfunktioniert“ (Ansen et al., 2004, S.59), das zudem noch möglichst wirtschaftlich und somit schnell durchgeführt werden soll. Von der Klinischen Sozialarbeit im

Spital wird verlangt, innerhalb immer kürzerer Zeit „geeignete Versorgungslösungen“ zu organisieren, was im Widerspruch zum psychosozialen Selbstverständnis der Klinischen Sozialarbeit im Spital steht. (S.59-60)

#### *Übertragung des wirtschaftlichen Druckes auf Sozialarbeitende*

Eine zusätzliche Schwierigkeit entsteht laut Bienz und Reinmann (2004), wenn es innerhalb der Spitalleitung zu Konflikten kommt und diese auf der Ebene der in der Leitung nicht persönlich vertretenen Berufsgruppen ausgetragen werden. Konkret würde dies beispielsweise heissen, dass der wirtschaftliche Druck, der kurze Liegezeiten und somit ein schnelles Austrittsmanagement verlangt, von den Stationsärzten/-ärztinnen auf die Sozialarbeitenden übertragen wird. Der/die Sozialarbeiter/in einer Station ist dann scheinbar alleine dafür verantwortlich, für Patienten/Patientinnen bzw. Klienten/Klientinnen schnellstmöglich Plätze in Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen zu finden. Da dies momentan ein eher schwieriges Unterfangen ist, weil zurzeit nur wenige solcher Plätze zu vergeben sind, stellt dies für den/die Sozialarbeiter/in einen enormen Druck dar. (S.59-60)

#### *Zwang zur permanenten Selbstdarstellung*

Ansen et al. (2004) erwähnen zusätzlich zu den oben genannten Punkten den personellen Aspekt, welcher einiges über die Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital aussagt. Die Klinische Sozialarbeit ist der am geringsten vertretene Beruf im Spital. Im Jahr 2000 sah sich ein/e Klinische/r Sozialarbeiter/in im Krankenhaus (in Deutschland) durchschnittlich rund 2000 Angehörigen anderer Berufen gegenüber. Eine weitere Errechnung besagt, dass vom gesamten Krankenhauspersonal nur 0,5% Sozialarbeitende sind. Diese geringe quantitative Präsenz der Klinischen Sozialarbeit im Spital führt dazu, dass das Bild ihrer beruflichen Tätigkeiten durch diese Randständigkeit verschwommen bleibt, was eine permanente Selbstdarstellung notwendig macht. Zudem kann die Klinische Sozialarbeit im Spital ihre Aufgaben nur optimal erfüllen, „wenn sie personell angemessen ausgestattet wird“ (Ansen et al., 2004, S.26). In Anbetracht der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens muss jedoch mit dem Gegenteil gerechnet werden, „nämlich (...) [mit einem] Stellenabbau mit negativen Auswirkungen auf das qualitative Niveau der Sozialen Arbeit“ (Ansen et al., 2004, S.26). (S.23-26)

### *Gefahr der Verdrängung Klinischer Sozialarbeit im Spital*

Nach Ansen et al. (2004) kam es gemäss einer im Jahr 2001 durchgeführten Befragung in 26 Krankenhäusern (in Deutschland) gar vor, dass zwei davon keine Sozialarbeitenden angestellt hatten. Die sozialarbeiterischen Aufgaben bzw. die Aufgaben des Sozialdienstes tätigten Angehörige des Pflegedienstes. Dies bringt die Gefahr mit sich, dass der soziale Dienst von der Pflege oder auch von anderen Berufen als potentielles Tätigkeitsfeld erkannt wird und die Klinische Sozialarbeit – aufgrund des zunehmenden wirtschaftlichen Druckes der Spitäler – verdrängt wird. (S.26-27)

### **2.3.2 Position innerhalb des interdisziplinären Teams**

In diesem Kapitel wird die Position der Klinischen Sozialarbeit im interdisziplinären Team näher betrachtet.

Gemäss Bienz und Reinmann (2004) arbeiten die Sozialarbeitenden im Spital in mindestens zwei verschiedenen Teams. Zum einen im Team der Sozialarbeitenden und zum anderen in mindestens einem interdisziplinären Team, das insbesondere aus Ärzten/Ärztinnen und Pflegenden besteht. Wenn ein/eine Sozialarbeitende/r im Spital für mehrere Abteilungen zuständig ist, ist er/sie Mitglied in mehreren interdisziplinären Teams. Laut Ansen et al. (2004) könnte die Klinische Sozialarbeit im Spital ihre Aufgaben nicht erfüllen, wenn sie nicht in Kontakt mit anderen Berufen, vor allem mit den medizinisch-pflegerischen Berufen, wäre (S.28). Eine gute Integrierung ins interdisziplinäre Team und eine gute Zusammenarbeit mit den Teamkollegen/-kolleginnen ist für die Klinischen Sozialarbeitenden von grosser Wichtigkeit. Nur so können sie die Ressourcen, die ein solch multiprofessionelles Team mit sich bringt, optimal nützen und zu den Informationen (zum Beispiel über Prognosen, Mitwirkung der Patienten/Patientinnen und Präsenz der Angehörigen) kommen, die sie für ihre professionelle Arbeit mit den Klienten/Klientinnen benötigen. Auch ist dies Voraussetzung, um den (bio-psycho-sozialen) Anliegen ihrer Klienten/Klientinnen (und deren Angehörigen) Gehör verschaffen zu können. Eine bestmögliche und somit fruchtbare und nachhaltige Behandlung der Patienten/Patientinnen bzw. Klienten/Klientinnen kann nur durch eine gute bzw. kooperative interdisziplinäre Zusammenarbeit erreicht werden. (S.62-63)



Zur Zusammenarbeit der Klinischen Sozialarbeit mit dem restlichen interdisziplinären Team ist nach Bienz und Reinmann (2004) grundsätzlich zu sagen, dass der Kontakt mit der Pflege meist intensiver ausfällt, als jener mit der Medizin. Dabei ist wiederum zu beachten, dass häufig bis meistens nicht die leitenden Ärzte/Ärztinnen, sondern die Assistenärzte/-ärztinnen direkt mit den Sozialarbeitenden zu tun haben. Informationen der Ärzte/Ärztinnen an die Sozialarbeitenden werden nicht selten über das Pflegepersonal weitergeleitet. Dies führt innerhalb des interprofessionellen Teams zu ganz unterschiedlich intensiven Formen der Zusammenarbeit. Es gibt viele Berührungspunkte zwischen dem medizinisch-pflegerischen Bereich und der Klinischen Sozialarbeit, wo es Zusammenarbeit braucht, wie zum Beispiel die Planung des Aus- bzw. Übertritts in eine Rehabilitations- oder Pflegeinstitution oder auch die Organisation von Spitexdiensten. (S.63-64)

#### *Rolle als Entlastungs- bzw. Hilfskraft*

Bienz und Reinmann (2004) schreiben, dass sowohl aus Sicht der Pflege als auch aus Sicht der Medizin eine Sozialberatung im Spital als nötig erachtet wird. „Deren Position im interdisziplinären Team erscheint aber marginal“ (Bienz & Reinmann, 2004, S.66). Der Klinischen Sozialarbeit wird im interdisziplinären Team eine Rolle als Dienstleisterin, Vermittlerin und Beraterin zugeschrieben. Die Klinische Sozialarbeit im Spital wird von den Ärzten/Ärztinnen und Pflegenden somit als Entlastung oder Hilfskraft angeschaut. Gemäss den spezifischen Kompetenzen der Klinischen Sozialarbeit (siehe Kapitel 2.2) sollte ihr im interdisziplinären Team eigentlich eine eigenständige Position zugedacht werden, was jedoch (noch) nicht der Fall ist. So kann festgestellt werden, dass der/die Spitalsozialarbeitende „oftmals ihre [sic!] sozialarbeiterische Berufsrolle zu wenig ausüben kann und im interdisziplinären Team eher eine Randposition einnimmt oder einnehmen muss“ (Bienz & Reinmann, 2004, S.66). (S.66)

#### *Machtposition der Ärzteschaft und Fremdbestimmung der Sozialarbeit*

„In Spitälern (...) herrschen die Ärzte [sic!] so gut wie unumschränkt“ (Peter Lüssi, 1998, zit. in Bienz & Reinmann, 2004, S.67). Es sind denn auch vor allem die Ärzte/Ärztinnen, die, Bienz und Reinmann (2004) zufolge, die von den Sozialarbeitenden zu behandelnden Probleme definieren. Dies steht jedoch entgegen der im Kapitel 2.3.1 erwähnten Tatsache, dass die Klinische Sozialarbeit eine berufliche Handlungsautonomie benötigt, um ihre Aufgaben optimal erfüllen zu können. Lüssi (1998) bringt dies folgendermassen auf den Punkt: „Diese

Definitionsmacht der Ärzte [sic!] steht in direktem Widerspruch zum beruflichen Verständnis der Sozialarbeit und ihrem Bestreben nach eigener Entscheidungs- und Methodenautonomie“ (zit. in Bienz und Reinmann, 2004, S.67). Zudem wächst dadurch die Gefahr, dass die Klinische Sozialarbeit zu einem medizinischen Hilfsberuf degradiert und komplett fremdbestimmt wird. Es ist aber nicht nur die Medizin, sondern auch die Pflege, die ihren Beitrag zur Fremdbestimmung der Klinischen Sozialarbeit leistet. Auch von ihr werden den Sozialarbeitenden oft nur noch die Restaufgaben übertragen. Dies sind dann meist Aufgaben, die von der Pflege oder eben auch der Medizin aus zeitlichen oder anderen Gründen (zum Beispiel Fehlen von geschäftstechnischen Grundlagen) nicht selber erledigt werden können. (S.67-68)

#### *Vermittlung der Erstkontakte als Beispiel der Fremdbestimmung*

Auch den Erstkontakt zum Klientel der Klinischen Sozialarbeit im Spital initiiert laut Bienz und Reinmann (2004) in der Regel das medizinische oder das pflegerische Personal und nicht die Klinische Sozialarbeit oder die Patienten/Patientinnen oder deren Angehörige selbst. Da das Büro des Spitalsozialdienstes meist nicht auf der Station angesiedelt ist, sind die Patienten/Patientinnen oder deren Angehörige oft gar nicht in Kenntnis darüber, dass es vor Ort eine Sozialberatung gibt. Sie sind also auf einen Hinweis der Ärzte/Ärztinnen oder der Pflegenden angewiesen. Umgekehrt werden die Sozialarbeitenden nur in seltenen Fällen automatisch über die neu eingetretenen Patienten/Patientinnen informiert. Sie sind damit auf die Wahrnehmung sozialer Probleme durch die anderen Berufsgruppen angewiesen. Die Sozialarbeitenden können daher meistens nicht selbst bestimmen, bei welchen Patienten/Patientinnen eine soziale Indikation gegeben bzw. eine Sozialberatung angezeigt ist und sie im Endeffekt zugezogen werden. (S.68-69)

#### *Widerspruch zum sozialarbeiterischen Berufs- und Gesundheitsverständnis*

Schwierig ist der oben beschriebene Punkt gemäss Bienz und Reinmann (2004) insbesondere dann, wenn der Erstkontakt erst kurz vor Spitalaustritt der Patienten/Patientinnen vermittelt wird. Die Erwartungen an die Sozialarbeitenden sind dann meist, innerhalb möglichst kurzer Zeit eine geeignete Anschlusslösung, sei es eine Pflege- oder Rehabilitationseinrichtung, zu organisieren und sämtliche finanziellen Aspekte zu regeln. Um ein wirklich tragfähiges soziales Netz für die Klienten/Klientinnen aufzubauen, benötigt es aber eine gewisse Zeit. Nicht

zuletzt erfordert es auch von den Klienten/Klientinnen eine je nach persönlicher Situation mehr oder weniger grosse Anpassungsleistung, was ebenfalls Zeit braucht. Solche Kurzkontakte, innerhalb welchen noch möglichst viel organisiert und geregelt werden sollte, stellen also für alle Beteiligten eine Überforderung dar. „SozialarbeiterInnen [erfüllen] in vielen Kliniken die Rolle einer Feuerwehrfrau [sic!], die [sic!] im Entlassungsfeuer zu verbrennen droht“ (Bienz & Reinmann, 2004, S.70). (S.69-70)

#### *Zusammenarbeit mit Medizin als zentraler Belastungsfaktor*

Aussagen von Ärzten/Ärztinnen über Spitalsozialarbeitende können sich, Wolfgang Schwarzer (2000) zufolge, in etwa so anhören:

Seine [sic!] Kleidung sei anders (zugegeben, er braucht keinen Kittel, aber er identifiziert sich in seiner Kleidung gern mit seinen Klienten). Er spreche eine andere Sprache, nämlich die der Sozialwissenschaften, er kultiviere einen anderen Krankheitsbegriff, er scheinne Krankheit für eine vermutlich sozial bedingte spezielle Devianz zu halten, er sage Klient statt Patient, und man sehe ihm seine Vorbehalte gegen den Medizinbetrieb im Allgemeinen förmlich an. Man wisse nie genau, was er tut. Meist scheinne er mit den Patienten ‚nur zu reden‘. [...]. Seine Ziele seien stets umfangreich und weit gesteckt. Sie bezwecken langfristige Persönlichkeitsentwicklung und Umstellung der Lebensziele. (zit. in Bienz & Reinmann, 2004, S.65)

Bereits angesprochen wurde, dass der Kontakt zwischen den Sozialarbeitenden und den Ärzten/Ärztinnen im Spital weniger intensiv ist als jener zwischen den Sozialarbeitenden und den Pflegenden. Dem hinzuzufügen ist, dass die Beziehung zwischen den Sozialarbeitenden und den Mediziner/innen gemäss Ansen et al. (2004) einer der wichtigsten Belastungspunkte der Klinischen Sozialarbeit im Spital darstellt. Die Zusammenarbeit wird seitens der Sozialarbeitenden mehrheitlich als nicht gut empfunden. Aus Sicht der Ärzteschaft ist der Spitalsozialdienst relativ anonym. Besprechungen zwischen den beiden Disziplinen finden meist unzureichend, eher zufällig statt. Anstelle eines intensiven wechselseitigen Kommunikationsprozesses kann vielmehr von der Delegation des Sozialen die Rede sein. Seitens der Ärzteschaft

ist der Spitalsozialdienst eine Delegationsinstanz. Dieses Machtgefälle führt dazu, dass die ärztliche Sichtweise im Spital massgebend ist. Ansen et al. (2004) bringt dies folgendermassen auf den Punkt: „Die Bewertung der Leistungen Sozialer Arbeit hängt in erster Linie davon ab, ob Anweisungen der Ärzte [sic!] umgesetzt werden“ (S.29). (S.28-29)

*Anmerkung*

Im Kapitel 2.3 wurde nun auf die Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital, einerseits innerhalb der Spitalhierarchie und andererseits innerhalb des interdisziplinären Teams eingegangen. Den Autorinnen scheint es an dieser Stelle wichtig zu erwähnen, dass die Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital aber nicht nur durch die Organisationshierarchie und das multiprofessionelle Team bestimmt wird, sondern auch von der Klinischen Sozialarbeit selbst abhängt. Sie ist dieser Positionierung nicht einfach machtlos ausgeliefert, sondern kann aktiv etwas dagegen bzw. für eine bessere Position im Spital tun. Doch darauf wird später näher eingegangen.

### 3 Systemtheoretischer Bezugsrahmen

In diesem Kapitel wird zuerst eine Einführung in die Systemtheorie gegeben. Danach wird aufgezeigt, um was es sich bei einem Funktionssystem handelt, um anschliessend einerseits das Funktionssystem Soziale Hilfe sowie andererseits das Funktionssystem Medizin zu beschreiben. Danach wird auf Funktionssysteme im Kontext einer Organisation eingegangen. Zuvor wird jedoch noch begründet, weshalb in dieser Arbeit die Systemtheorie als Vermittlerin von Erklärungswissen herbeigezogen wird.

#### *Begründung Systemtheorie*

Die Autorinnen beziehen sich auf die soziologische Systemtheorie von Niklas Luhmann, um das Problem der unbefriedigenden Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital aus zwei verschiedenen Blickwinkeln her zu betrachten. Die Theorie soll einerseits eine Antwort darauf geben, weshalb die Klinische Sozialarbeit im Spital diese Position einnimmt und andererseits sollen von der Systemtheorie Handlungsentwürfe abgeleitet werden, welche sich aus dieser Sichtweise ergeben. Martin Hafen (2007a) erklärt diesbezüglich: „Theorien können –vereinfacht ausgedrückt – als wissenschaftliche Anleitung zur Beobachtung der Welt verstanden werden. Mit den Begriffen und Sätzen hilft eine Theorie dabei, die Vielfalt der Welt (...) zu ordnen und aus dieser Ordnungsleistung Erkenntnisse zu gewinnen, die wiederum für die Gestaltung der Praxis genutzt werden können“ (S.7). Die Autorinnen beziehen sich auf die soziologische Systemtheorie nach Niklas Luhmann, da sie als eine Theorie der Gesellschaft und als eine Theorie von Organisationen gilt (Georg Hey, 2001, S.9). Die Arbeit befasst sich unter anderem gerade mit diesen zwei Themen, also mit Funktionssystemen (Gesellschaft), welche im Kontext einer Organisation stehen. Ebenso eignet sich die Theorie für die Arbeit, da sie ein Instrumentarium ist, um gesellschaftliche Phänomene zu beschreiben. Zudem gibt sie auch eine konstruktive Antwort auf eine Vielzahl ungelöster gesellschaftlicher Probleme. (Roland Merten, 2000, S.274)

#### 3.1 Einführung Systemtheorie

Bevor auf die Erläuterung der Funktionssysteme eingegangen wird, werden zuerst die zentralsten Begriffe der Systemtheorie von Niklas Luhmann erklärt, um die Grundlagen dieser Theorie und anschliessend die folgenden Kapitel verstehen zu können. Vorrangig wird allgemein auf die Theorie nach Niklas Luhmann eingegangen. Dabei wird der Begriff „Operation“

erklärt, welcher zentral für die Theorie ist. Anschliessend werden die Begriffe soziale, psychische und biologische Systeme aufgegriffen, wobei besonders auf die sozialen Systeme eingegangen wird. Am Ende des Kapitels werden noch die Subsysteme erklärt, welche für die Beantwortung der Fragestellungen ebenfalls von Bedeutung sind.

Hafen (2005) schreibt, dass Luhmann das Konzept der funktionalen Differenzierung der modernen Gesellschaft entwickelte. Dabei ist die These von Luhmann: „Dass sich die Gesellschaft nicht mehr wie im Mittelalter in Schichten aufteilt, sondern dass sich ab Mitte des letzten Jahrtausends gesellschaftsweit operierende Systeme herausgebildet haben, welche ganz spezifische Funktionen erfüllen“ (S.22). Gemäss Hafen (2007a) ist es wichtig, dass solche Systeme nicht gesehen und auch nicht angefasst werden können. Hafen schreibt: „Systeme sind heuristische (gedankliche, theoretische) Konstrukte“ (S.15).

Margot Berghaus (2004) schreibt, dass Luhmann die Systeme in biologische, psychische und soziale Systeme unterteilt, welche ganz unterschiedlich operieren (S.39). Bevor jedoch weiter insbesondere auf die sozialen Systeme eingegangen wird, wird der Begriff „Operation“ näher erklärt, da dieser in der Systemtheorie sehr zentral ist.

### *Operation*

Hafen (2005) schreibt: „Jedes System ist ein Zusammenhang von Beobachtungen. Jede Organisation, jede Familie, jede Jugendgruppe, aber auch jeder einzelne Mensch (bzw. dessen Bewusstsein) beobachtet sich und die Umwelt aus der je eigenen Perspektive“ (S.18). Weiter schreibt Hafen dazu, wenn wir über etwas nachdenken oder von etwas sprechen, dann unterscheiden wir das von etwas anderem. (S.18-10) Die Beobachtung ist die Grundoperation der Systeme und meint die Bezeichnung im Kontext einer Unterscheidung (Hafen, 2005, S.107). Wenn wir von der Klinischen Sozialarbeit im Spital sprechen, unterscheiden wir diese beispielsweise von Ärzten, Pflegepersonal, Physiotherapeuten etc. im Spital.

Wie zuvor erklärt wurde, ist die Beobachtung die Grundoperation der Systeme. Daraus lässt sich schliessen, dass die Aktivität der Systeme die Operation ist. Berghaus (2004) schreibt, die Operationen sind die ausschlaggebenden Aktivitäten von Systemen. Durch die Operation produziert und reproduziert sich das System selber. Das heisst, dass sich das System auf der

Basis ihrer eigenen Elemente selbstreproduziert, organisiert oder schafft (Autopoiesis). (S.40-52) Gemäss Hafen (2005) entscheidet jedes System durch seine Selbstreproduktion selbst, wie es innerhalb des Systems denkt, kommuniziert und auf welche Irritationen es aus seiner Umwelt reagiert (S.20). Systeme können jedoch nur innerhalb ihrer Grenzen (operationale Geschlossenheit) operieren und können somit nicht in ihre Umwelt hinausgreifen (Hafen, 2005, S.108). Berghaus (2004) erklärt, unter Umwelt wird die „Aussenseite“ des Systems verstanden, welche jedoch bei jedem System eine andere Umwelt ist (S.42). Das heisst, dass die Systeme nicht in ihre Aussenseite (Umwelt) hinausgreifen können und umgekehrt von der Aussenseite nicht in das System hineingegriffen/interveniert werden kann (Hafen, 2007a, S.11). (Mehr zu Funktionssystemen im Kapitel 3.2) Berghaus (2004) ergänzt, dass die Systeme über das Operieren sich selbst reproduzieren und somit eine Differenz von System und Umwelt erzeugen (S.42). Gemäss Hafen (2005) können jedoch Systeme von anderen Systemen ihrer Umwelt abhängig sein, wofür der Begriff strukturelle Kopplung verwendet wird (S.109). Hafen (2005) schreibt: „Dass Systeme nicht isoliert operieren sondern immer auch auf Systeme in ihrer Umwelt angewiesen sind“ (S.109). (Mehr zum Begriff „Strukturelle Kopplung“ im Kapitel 3.5.3)

### *Soziale Systeme*

Wie bereits erwähnt, unterteilt Luhmann die Systeme in soziale, psychische und biologische Systeme ein (Berghaus, 2004, S.39). Im Rahmen der Arbeit beziehen sich die Autorinnen hauptsächlich auf die sozialen Systeme. Auf die biologischen Systeme wird im Verlauf der Arbeit nicht eingegangen, da diese für die Beantwortung der Fragestellungen der Arbeit nicht relevant sind. Die psychischen Systeme werden kurz angeschnitten, um den Unterschied zu den sozialen Systemen beleuchten zu können.

Die psychischen Systeme operieren in Form von Gedanken, Vorstellungen und unbewussten Operationen wie beispielsweise die Wahrnehmung. Die sozialen Systeme operieren hingegen in Kommunikation. (Hafen, 2005, S.19-20) Rudolf Wimmer, Jens O. Meissner und Patricia Wolf (2009) erklären, dass sich Kommunikation nur an Kommunikation anknüpfen kann. Also überall wo Sozialität zu beobachten ist, findet auch Kommunikation statt. Beispielsweise beim Sozialrapport, beim Diskutieren, beim Flirten etc. (S.106)

Obwohl das psychische und das soziale System unterschiedlich operieren, operieren sie aber nicht unabhängig voneinander, sondern eng gekoppelt (Hafen, 2005, S.20). Beispielsweise wird ein Gespräch nicht nur durch das soziale System, also durch die Kommunikation zu steuern versucht, sondern auch durch das psychische System (Gedanken) der anderen Person. Wie bereits oben beschrieben, zeigt dies, dass Systeme auf andere Systeme angewiesen sind (strukturelle Kopplung).

Zentral in Luhmanns Systemtheorie sind soziale Systeme, welche wie bereits erwähnt, in Form von Kommunikation operieren (Berghaus, 2004, S.61). Hafen (2005) erklärt, die sozialen Systeme unterscheidet Luhmann in Gesellschaft, Organisation und Interaktion. „Mit diesen drei Systemtypen (...) [lassen] sich alle Kommunikationen einordnen“. (S.21) Im Folgenden werden diese drei sozialen Systemtypen kurz erläutert.

Hafen (2007a) schreibt, dass Luhmann die Gesellschaft als Gesamtheit aller Kommunikation versteht. „Jede Kommunikation, welche realisiert wird – sei das nun eine Zahlung, das Schreiben eines Liebesbriefes oder eine Predigt in der Sonntagsmesse –, ist nach dieser Definition gesellschaftlich und damit sozial“. (S.16) In Bezug auf die Gesellschaft entwickelte Luhmann das Konzept der funktionalen Differenzierung, welches besagt, dass sich innerhalb der modernen Gesellschaft gesellschaftliche Funktionssysteme entwickelten (Berghaus, 2004, S.62). (Siehe mehr dazu im Kapitel 3.2.) Ein weiterer Systemtyp der sozialen Systeme von Luhmann ist die Organisation. Nach Michael Beetz (2003) sind die Funktionssysteme zur Erfüllung ihrer Funktion auf Organisationen angewiesen (S.41). Auf die Organisation wird im Kapitel 3.5 näher eingegangen.

Der dritte Systemtyp ist gemäss Unterteilung von Luhmann die Interaktion. Von einer Interaktion wird gesprochen, wenn bei der Kommunikation körperliche Anwesenheit vorhanden ist (Hafen, 2007a, S.20). Wer in das Interaktionssystem inkludiert wird, entscheidet das Interaktionssystem selbst. Ist eine Person in ein Interaktionssystem inkludiert, also durch die körperliche Anwesenheit (und Kommunikation), kann diese sich nur durch körperliches Weggehen aus dem Interaktionssystem exkludieren. (Hafen, 2005, S.24) Beispielsweise entscheidet das Interaktionssystem bei der Arztvisite im Spital, welches aus den zuständigen



Ärzten und dem Pflegepersonal besteht, ob der Sozialdienst des Spitals in den Behandlungsprozess des Patienten/der Patientin inkludiert wird.

Nach Beetz (2004) lassen sich die Systeme weiter in Subsysteme, Subsysteme etc. ausdifferenzieren. Das bedeutet, dass die Subsysteme eine Teilfunktion von den übergeordneten Systemen wahrnehmen. (S.48) Beispielsweise gliedert sich die Organisation Spital als System in verschiedene Subsysteme auf. Wie im Kapitel 2.2.1 beschrieben, kann ein Spital unterschiedliche Disziplinen haben, wie beispielsweise innere Medizin oder Chirurgie. Diese können auch als Subsysteme des Spitals betrachtet werden.

### **3.2 Definition Funktionssystem**

Im vorherigen Kapitel wurden die Grundlagen der Systemtheorie von Niklas Luhmann erklärt. Unter anderem wurde dort der Begriff „Funktionssystem“ aufgegriffen, welcher nun in diesem Kapitel differenzierter erklärt wird, um in den folgenden Kapiteln die Funktionssysteme „Soziale Hilfe“ und „Medizin“ verstehen zu können.

Wie im Kapitel 3.1 erklärt, entwickelte Luhmann das Konzept der funktionalen Differenzierung der Gesellschaft. Dieses Konzept besagt, dass sich in der modernen Gesellschaft wichtige Funktionssysteme herausgebildet haben, welche wesentliche Funktionen erfüllen. (Hafen, 2005, S.22) Hafen (2005) schreibt: „Wichtige Funktionssysteme sind beispielsweise die Wirtschaft, die Politik, die Wissenschaft, das Bildungssystem, die Kunst, das Medizinsystem, das System der Massenmedien, die Religion und zunehmend auch das System der Sozialen Hilfe“ (S.108). Solche Funktionssysteme erfüllen, wie erwähnt, spezifische Funktionen. Um diese Aufgaben erfüllen zu können, orientieren sich die Funktionssysteme, wie andere Systeme, an ihren eigenen Aufgaben und ihren systemspezifischen Strukturen. (Hafen, 2005, S.22)

Ein zentrales Merkmal der Funktionssysteme ist der binäre Code. Die Funktionssysteme ordnen sich anhand ihres binären Codes die für sie relevante Kommunikation zu und schliessen andere Kommunikation damit aus. Im Beispiel des Wirtschaftssystems ist der binäre Code Zahlung/Nichtzahlung. Das bedeutet, dass sich das Wirtschaftssystem als Funktionssystem nur mit Kommunikation befasst, wenn es darin um Zahlung oder Nichtzahlung geht und

nicht beispielsweise um Gesundheit oder Krankheit. (Hafen, 2007a, S.17) Durch den binären Code werden die Operationen des jeweiligen Systems von Operationen anderer Systeme in der Umwelt abgegrenzt. Der Code kann auch als Entweder/Oder verstanden werden. Die eine Seite wird als Designationswert (Zielwert) des Systems beschrieben. Also als die Seite, welche bevorzugt wird. Die andere Seite ist der Reflexionswert. Durch diesen Wert wird der positive Wert (Designationswert) erst identifizierbar. (Hafen, 2005, S.34)

Wie im Kapitel 3.1 geschrieben, greifen die Systeme nicht in ihre Umwelt hinaus und es kann auch nicht von der Umwelt in sie hineingegriffen/interveniert werden (operationale Geschlossenheit). Das Gleiche gilt auch für die Funktionssysteme. Es ist schwierig, sie von aussen zu verändern. Mit gezielten Interventionsversuchen aus der Umwelt kann jedoch versucht werden, die gewünschte Veränderung zu erzielen, welche jedoch auch eine andere Wirkung erzeugen kann. (Hafen, 2005, S.22) Funktionssysteme sind, wie andere Systeme, auf Systeme in ihrer Umwelt angewiesen (strukturelle Kopplung). Für die Funktionssysteme sind das besonders die Organisationen. Auch Beetz (2004) schreibt, dass die Funktionssysteme für die Erfüllung ihrer Funktionen auf Organisationen angewiesen sind (S.41). So ist beispielsweise die Rechtswissenschaft für die Rechtssprechung auf Gerichte angewiesen.

### **3.3 Funktionssystem Soziale Hilfe**

Im Folgenden wird das Funktionssystem Soziale Hilfe näher angeschaut. Das System Soziale Hilfe wird in der Fachliteratur zur Systemtheorie unterschiedlich bezeichnet, wie beispielsweise auch als System der Sozialarbeit oder der Sozialen Arbeit. Die Autorinnen beziehen sich jedoch auf Hafen (2005), welcher den Begriff „Soziale Hilfe“ verwendet. Gemäss Hafen (2005) ist Soziale Hilfe ein „übergeordneter Begriff zur Bezeichnung jeglicher Hilfeformen in der Gesellschaft, die sich in der Moderne zu einem Funktionssystem schliessen“ (S.29-34).

In der Fachliteratur zur Systemtheorie sind unterschiedliche Meinungen vorhanden, ob das System Soziale Hilfe ein „primäres Funktionssystem“, ein „sekundäres Funktionssystem“ oder ein „sekundäres Primärsystem“ ist (Hafen, 2005, S.34). Merten (2000) schreibt, dass das System Soziale Hilfe kein primäres Funktionssystem ist, da es nicht, wie andere Funktionssysteme, die eigenen Probleme, sondern fremde Probleme behandelt (S.101). Hafen (2005) ergänzt, dass sich das System hauptsächlich mit den Folgen (Exklusion/Ausschlies-

sung) von anderen Funktionssystemen, wie beispielsweise des Wirtschaftssystems befasst. Er bezieht sich jedoch auf die Meinung von Luhmann, welcher schreibt, „dass es sich beim System der Sozialen Hilfe um ein Funktionssystem handelt, welches sich noch in einer frühen Phase der Ausdifferenzierung befindet“ (Hafen, 2005, S.34). Dass die Soziale Hilfe ein eigenständiges Funktionssystem und kein „sekundäres Funktionssystem“ bzw. „sekundäres Primärsystem“ ist, zeigt sich daran, dass das Funktionssystem Soziale Hilfe nicht in der Funktion von anderen Systemen und dessen Codes operiert. (S.34-35) Das System Soziale Hilfe übernimmt beispielsweise in einem Spital nicht die Funktion der Feststellung von medizinischen Diagnosen und der Planung der daraus folgenden medizinischen Behandlung. Die Autorinnen beziehen sich jedoch auf die Meinung von Merten, welcher von einem Funktionssystem Soziale Hilfe als kein eigenständiges Funktionssystem ausgeht. Der Grund dafür ist, dass das Funktionssystem Soziale Hilfe keine berufliche Handlungsautonomie innerhalb der Organisation Spital hat, wie bereits im Kapitel 2.3 beschrieben wurde.

Neben dem binären Code des Funktionssystems Soziale Hilfe wird noch auf die Funktion des Systems eingegangen. Die Funktion der Sozialen Hilfe ist, mit staatlicher Sozialhilfe und/oder professioneller Sozialer Arbeit und Einbezug des Codes Hilfe/Nichthilfe gesellschaftliche Probleme zu lösen versuchen. (Hafen, 2005, S.35) Hafen (2005) schreibt, dass sich diese Probleme „unter anderem durch die Umstellung von einer stratifizierten auf eine funktional ausdifferenzierte Gesellschaftsordnung ergeben, und dass die Sozialhilfe und die Soziale Arbeit dabei durch nichtorganisierte Hilfeformen ergänzt werden“ (S.35). Bezogen auf die Klinische Sozialarbeit im Spital heisst das, dass sich ihre Funktion auf die persönlichen und sozialen Probleme der Patienten/Patientinnen bezieht, welche im Zusammenhang mit ihren Erkrankungen stehen.

Ein wichtiges Merkmal gemäss Hafen (2005), welches anhand der Systemtheorie als wesentlicher Faktor für die Bildung eines Funktionssystems vorhanden ist, ist der binäre Code, wie im Kapitel 3.2 erwähnt. Auch über die genaue Bezeichnung des binären Codes des Funktionssystems Soziale Hilfe gibt es unterschiedliche Meinungen. Hafen (2005) verwendet den Code „Hilfe/Nichthilfe“ für das Funktionssystem Soziale Hilfe. Es wird auch der Code „Fall/Nichtfall“ verwendet. Dieser Code bezieht sich jedoch ausschliesslich auf die professionelle Form von Sozialer Arbeit. Hafen aber schreibt, dass es trotz der Zunahme von professi-

onell Tätigen auch immer noch nicht professionelle Hilfe in der Sozialen Hilfe gibt, wie beispielsweise die ehrenamtliche Hilfe. Er befürwortet deshalb den Code Hilfe/Nichthilfe, welcher die professionelle und die nichtprofessionelle Soziale Hilfe mit einbezieht. (S.35) Das Funktionssystem Soziale Hilfe befasst sich also ausschliesslich mit der Kommunikation, wenn es um Hilfe/Nichthilfe geht. Beispielsweise ist eine Person nach Bezug von zwei Jahren Arbeitslosentaggeld ausgesteuert. Sie weiss danach nicht, wie sie weiterhin ihre Existenz sichern kann. Das System Soziale Hilfe ist dann für die Entscheidung zuständig, ob Hilfe oder Nichthilfe geleistet werden muss.

### **3.4 Funktionssystem Medizin**

Wie im Kapitel 3.2 beschrieben wurde, gibt es Diskussionen darüber, ob das Funktionssystem „Soziale Hilfe“ überhaupt ein Funktionssystem ist. Auch beim Funktionssystem Medizin sind Diskussionen unter den Fachleuten vorhanden. Dabei handelt es sich aber nicht wie beim Funktionssystem „Soziale Hilfe“ darum, ob es ein Funktionssystem ist, sondern ob vom Gesundheitssystem oder vom Medizinsystem ausgegangen werden soll. In diesem Kapitel wird auf diese Diskussion eingegangen, um die Unterschiede dieser beiden Systeme beleuchten zu können.

Luhmann spricht in seiner Literatur jeweils vom Medizinsystem. Dabei geht er davon aus, dass sich das Medizinsystem über Krankheitsbefunde reproduziert. (Hafen, 2007b, S.99) (Mehr zum Begriff „Reproduzieren“ im Kapitel 3.2) Jost Bauch (1996) schreibt, der binäre Code, den Luhmann dem Medizinsystem zuordnet, ist Krankheit/Gesundheit, welcher sich auf die Körper- bzw. Organmedizin bezieht. Wenn eine Krankheit eintritt, hat sie nach Luhmann absolute Priorität. Dabei meint er eine Akutkrankheit, welche sofortige medizinische Intervention benötigt. Kritisiert wird jedoch am Medizinsystem mit dem Code Krankheit/Gesundheit, dass das System mehr macht, als sich lediglich auf Krankheiten zu konzentrieren. Dessen ist sich auch Luhmann bewusst. Bauch (1996) schreibt, dass Luhmann der Meinung ist: „Auch wenn das Krankheitssystem seine „Reizbarkeit“ und seine „Resonanzfähigkeit“ ausweitet, z. B. auf Probleme der Lebensführung, so macht es doch Sinn, dass das System erst aktiv wird, wenn der Schadensfall (Krankheit) eingetreten ist“ (Bauch, 1996, S.76-79). Das bedeutet demnach, dass das Funktionssystem Medizin aktiv wird, sobald eine Krankheit eintritt.

Hafen (2007b) geht nicht, wie Luhmann, von einem Medizinsystem, sondern von einem Gesundheitssystem aus. Wie bereits oben erwähnt, existieren Meinungen, dass das Medizinsystem mehr macht, als Krankheiten zu behandeln. Deshalb geht Hafen von einem Gesundheitssystem und nicht von einem Medizinsystem aus. Hafen schreibt dazu, dass das Gesundheitssystem nicht nur Krankheitsbefunde umfasst, sondern dass es auch präventive Aspekte enthält. Die präventiven Aspekte sind, Risikofaktoren zu verhindern und Schutzfaktoren zu stärken. Das heisst, dass sich das Gesundheitssystem im Vergleich zum Medizinsystem nicht nur über Krankheitsbefunde, sondern auch über seine präventive Funktion (krankheitsrelevante Einflussfaktoren) reproduziert. (S.99) Wie im Kapitel 3.1 erklärt, können sich Systeme auch in Subsysteme ausdifferenzieren lassen. Dies ist gemäss Hafen auch beim Gesundheitssystem so. Hafen (2007b) erklärt, dass sich dieses umfassende Funktionssystem (Gesundheitssystem) aufgrund seiner zwei zentralen Funktionen, die Krankenbehandlung und die präventive Funktion, in zwei Subsystemen ausdifferenzieren lässt. Diese Subsysteme bezeichnet er als Medizinsystem – das System der Krankenbehandlung – und als Präventionssystem – das System der Krankheitsverhinderung. Aufgrund dieser zwei Subsysteme spricht er von einer Doppelcodierung. Das heisst, sein Vorschlag für das Gesundheitssystem mit den Subsystemen Medizin und Prävention ist weiterhin der Code Krankheit/Gesundheit sowie zusätzlich der zweite binäre Code Behandlung/Prävention. Durch diese Doppelcodierung werden nicht nur Personen mit Befunden von Krankheitssymptomen, sondern auch Personen mit Befunden für zukünftige mögliche und noch nicht manifeste Krankheiten über die Kommunikation dem Gesundheitssystem zugeschrieben. (S.102-103)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Gesundheitssystem ein umfassenderes Funktionssystem ist, als das Medizinsystem, da es nebst der Krankenbehandlung auch die präventive Funktion der Krankheitsverhinderung enthält. Das Gesundheitssystem wird bereits bei zukünftig möglichen, noch nicht bestehenden Krankheiten aktiv. Hafen sagt, dass das Medizinsystem als Subsystem des Gesundheitssystems angeschaut wird. Luhmann jedoch spricht von einem Medizinsystem als Funktionssystem und nicht von einem Subsystem. Luhmann begründet dies damit, dass das Medizinsystem „erst“ aktiv wird, wenn eine Krankheit eintritt und somit ein Funktionssystem ist.

Im Kapitel 2.2.1 wurde beschrieben, dass das Spital die Funktion der Krankenbehandlung hat. Wie oben erwähnt, erfüllt das Gesundheitssystem die Funktion der Krankenbehandlung und Krankheitsverhinderung. Das Spital konzentriert sich jedoch nicht auf die Krankheitsverhinderung, sondern auf die Krankenbehandlung. Folglich wird klar, dass die Organisation Spital das Funktionssystem Medizin enthält, welches ebenfalls das Ziel der Krankenbehandlung verfolgt. Die Autorinnen beziehen sich deshalb auf das System Medizin und nicht auf das Gesundheitssystem.

### **3.5 Funktionssysteme im Kontext einer Organisation**

In diesem Kapitel wird zuerst erklärt, was im systemtheoretischen Verständnis unter Organisationen zu verstehen ist. Danach wird das Verhältnis von Funktionssystemen und einer Organisation angeschaut. Abschliessend wird auf die strukturelle Kopplung der Organisation Spital mit den Funktionssystemen Soziale Hilfe und Medizin eingegangen.

#### **3.5.1 Definition Organisation**

Wie im Kapitel 3.2.1 erläutert, sind durch die Differenzierung der Gesellschaft in Funktionssysteme parallel dazu auch Organisationen entstanden, mit deren Hilfe die Funktion der Funktionssysteme erfüllt wird (Wimmer et al., 2009, S.44).

Da sich die Autorinnen auf die Systemtheorie beziehen, sind gemäss Wimmer et al. (2009) Organisationen nach dem systemtheoretischen Verständnis nicht lediglich jenes oder dieses, sondern auch das, was sie nicht sind. Das bedeutet, dass ein System auf seine Umwelt angewiesen ist, wie im Kapitel 3.2. erklärt. Das gleiche gilt auch für die Organisation. Eine Organisation ist nur eine Organisation, wenn sie in ihrer Umwelt ist. Durch die Umwelt lässt sich bestimmen, was eine Organisation ist, aufgrund von allem, was sie nicht ist (Umwelt). Beispielsweise ist ein Sozialdienst ein Sozialdienst, weil er keine Elektronik herstellt oder Filme produziert. Ein Spital ist ein Spital, weil es alles andere aus seiner Umwelt nicht ist. Es stellt keine Autos her, fliegt nicht wie eine Fluggesellschaft Menschen von A nach B etc. Das heisst, alles was die Organisation nicht tut, befähigt sie dazu, sich auf das zu konzentrieren, was sie tut. Da sich die Organisation von ihrer Umwelt unterscheiden kann, bildet sie nach dem Verständnis der systemtheoretischen Organisationswissenschaft durch ihre Operation eine Dif-

ferenz zwischen dem System (also zwischen sich selbst) und der Umwelt mit anderen Systemen. (S.103-104)

Wie erwähnt, erzeugt ein System eine Differenz zwischen sich und der Umwelt. Wird von Erzeugung einer Differenz zwischen System und Umwelt gesprochen, wird deutlich, dass es sich um einen Prozess, also um eine Operation handelt. Das heisst, es wird nicht von einem Stillstand ausgegangen. Das erklärt, dass Organisationen nicht einfach von Bestand sind, sondern dass sie auch operieren. Beispielsweise ist ein Spital nicht einfach nur ein Gebäude, welches Zimmer mit Betten, Operationssäle, Behandlungszimmer, Intensivstation, Ärzte und Pflegepersonal hat. Das systemtheoretische Verständnis sieht Organisationen als einen Erzeugungsmechanismus, welcher für das System typische Operationen miteinander verbindet, durch welche sich das System fortlaufend reproduziert (Autopoiesis). Das bedeutet, dass Organisationen alles von ihren Operationen ausschliessen, was nicht zur Aufrechterhaltung ihrer System-Umwelt-Differenz benötigt wird. (Wimmer et al., 2009, S.105-106)

Wie im Kapitel 3.2 erklärt, gehören Organisationen zu den sozialen Systemen, welche über ihre Kommunikation operieren. In einer Organisation laufen Kommunikationen zusammen, welche ein Netzwerk bilden (Wimmer et al., 2009, S.107), beispielsweise alle Telefongespräche, Patientenmeldungen, Lohnabrechnungen, Hüftoperationen, Patientenrapporte etc. Im Vergleich zu anderen sozialen Systemen ist ein zentrales Merkmal für die Kommunikation von Organisationen, dass es sich gemäss Hafén (2007a) bei der Kommunikation um das Verknüpfen von Entscheidungen handelt (S.18). Hafén (2007a) schreibt: „Organisationen reproduzieren sich über das Verketteten von Entscheidungen“ (S.18). Das bedeutet, dass die Organisationen aus einem Zusammenhang von Entscheidungen bestehen, durch welche sie eine Differenz zur Umwelt schaffen und sich darüber reproduzieren (Wimmer et al., 2009, S.108). Abschliessend kann gesagt werden, dass eine Organisation nach dem systemtheoretischen Verständnis ein soziales System ist, welche auf ihre Umwelt angewiesen ist. Ebenso laufen in der Organisation die Kommunikationen zusammen, für welche zentral ist, dass sie aus Entscheidungen bestehen.

### 3.5.2 Verhältnis von Funktionssystemen und Organisation

Die beiden Begriffe „Funktionssysteme“ und „Organisationen“ werden oft miteinander verwechselt. Gemäss Beetz (2004) ist der Grund dafür, dass Funktionssysteme häufig aufgrund ihrer Organisationen identifiziert werden (S.45). Wenn das Funktionssystem Soziale Hilfe beispielsweise in der Organisation Spital operiert, wäre es falsch, davon auszugehen, dass das System Soziale Hilfe sich ausschliesslich mit Aufgaben befasst, welche innerhalb des Spitals anfallen. Wie im Kapitel 2.1.1 beschrieben, ist das Funktionssystem Soziale Hilfe auch in Organisationen wie Psychiatrie, Sozialdienst in der Geriatrie, Rehabilitationen oder Suchteinrichtungen vorhanden.

Funktionssysteme und Organisationen sind nach dem systemtheoretischen Verständnis soziale Systeme, welche über ihre Kommunikation operieren. Ebenso sind beide autopoietische geschlossene Systeme, die sich über die Differenz zu ihrer Umwelt konstituieren. (Beetz, 2004, S.46) Trotz diesen Gemeinsamkeiten sind sie gemäss Beetz (2004) nicht identisch, stehen aber in einem Verhältnis zueinander (S.45-46). Darunter wird verstanden, wie im Kapitel 3.2 und 3.5.3 erklärt, dass Funktionssysteme zur Erfüllung ihrer Funktionen auf Organisationen angewiesen sind. Es wurde bereits erläutert, dass das Funktionssystem Medizin zur Erfüllung seiner Funktion der Krankenbehandlung auf die Organisation Spital angewiesen ist. Auch das Funktionssystem Soziale Hilfe mit der Funktion, gesellschaftliche Probleme anhand staatlicher Sozialhilfe und/oder professioneller Sozialer Arbeit zu lösen, benötigt dafür eine Organisation. Es kann, ebenso wie das Funktionssystem Medizin, zur Erfüllung der Funktion die Organisation Spital beanspruchen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Funktionssysteme und Organisation, welche eigenständige, soziale Systeme sind, in einem Abhängigkeitsverhältnis zueinander stehen. (Beetz, 2004, S.66)

### 3.5.3 Strukturelle Kopplung

Dieses Verhältnis, wie im Beispiel oben erwähnt, wird im systemtheoretischen Verständnis als strukturelle Kopplung bezeichnet. Strukturelle Kopplung ist nach Beetz (2004) der Überbegriff von Intersystembeziehungen oder auch von einem Verhältnis von einem System zu seiner Umwelt (S.66). Hafen (2005) erklärt betreffend strukturelle Kopplung: „Der Begriff umschreibt, dass Systeme nicht isoliert operieren, sondern immer auch auf Systeme in ihrer



Umwelt angewiesen sind“ (S.109). So benötigt das Funktionssystem Medizin für die Erfüllung der Krankenbehandlung aus seiner Umwelt eine Organisation, wie beispielsweise das Spital.

Das bedeutet, dass Systeme auf andere Systeme in ihrer Umwelt angewiesen sind, jedoch trotzdem unabhängig operieren. Gemäss Beetz (2004) koppeln sich Funktionssysteme mit Funktionssystemen, sie können sich aber auch mit Organisationen oder mit Interaktionen koppeln. Der Begriff „strukturelle Kopplung“ bedeutet demnach, dass jedes System mit jedem strukturell gekoppelt sein kann. Bezogen auf die Kopplung von Organisationen und Funktionssysteme lassen sich Funktionssysteme in Organisationen nieder zur Erfüllung ihrer Funktion. Eine Organisation jedoch kann sich nicht nur mit einem Funktionssystem koppeln, sondern auch mit mehreren. Weiter erklärt Beetz, dass sich bei einer Organisation mit mehreren Funktionssystemen die Situation ergeben kann, dass sich die Organisation hauptsächlich auf ein Funktionssystem orientiert. Dadurch könnten andere Funktionssysteme vernachlässigt werden. (S.68-70) Dies wird im Kapitel 5.2.1 anhand der Fragestellung genauer illustriert.

### *Zusammenfassung*

Im Kapitel drei wurde die Frage, weshalb die Klinische Sozialarbeit im Spital eine unbefriedigende Position einnimmt, systemtheoretisch beleuchtet. Dabei hat sich herausgestellt, dass die Klinische Sozialarbeit im Spital bzw. das System der Sozialen Hilfe (noch) kein eigenständiges Funktionssystem ist. Demgegenüber ist das Medizinsystem ein unumstrittenes, eigenständiges Funktionssystem. Das führt insbesondere zu einem Autonomiegefälle und somit zu einer Abhängigkeit seitens des Systems der Sozialen Hilfe. Diese Abhängigkeit ist im Kontext der Organisation Spital umso grösser, da das Spital die Funktion der Krankenbehandlung und somit dieselbe Funktion wie das Medizinsystem verfolgt. Es konzentriert sich vor allem auf das Medizinsystem und vernachlässigt damit das System der Sozialen Hilfe.

## **4 Professionstheoretischer Bezugsrahmen**

In diesem Kapitel soll als erstes ein Einblick in die geschichtliche Verortung von Professionen gegeben werden. Danach wird auf das Professionsverständnis von Silvia Staub-Bernasconi eingegangen, um zu sehen, was Professionen in der heutigen Zeit auszeichnet. Anschliessend wird angeschaut, wie sich die Soziale Arbeit zu einer etablierten Profession entwickeln kann und wie die Medizin diesen Weg bereits vor Jahren erfolgreich bestritten hat.

### **4.1 Professionen in der Vergangenheit**

Im Folgenden wird die Geschichte von Professionen rekonstruiert. Dies insbesondere, um zu sehen, was früher ein Beruf erfüllen musste, um als Profession zu gelten.

Über Jahre hinweg war die europäische Gesellschaft Rudolf Stichweh (2000) zufolge in (Geburts-)Stände unterteilt. Diese brachten die unterschiedlichen gesellschaftlichen Ränge unter Familien zum Ausdruck. Ab dem Spätmittelalter kamen die sogenannten Korporationen hinzu. Dies waren (funktional) spezialisierte Einrichtungen, wie „religiöse Orden und Bruderschaften, Städte, Universitäten und schliesslich auch Berufe“ (Stichweh, 2000, S.29). Im Unterschied zu den Ständen zeichneten sie sich durch die Spezialisierung auf und Zuständigkeit für ein Sachthema und nicht bloss durch die „Besetzung einer Position in einer Hierarchie gesellschaftlicher Ränge“ (Stichweh, 2000, S.29) aus. Zudem mussten sie durch eine dazu befugte religiöse oder politische Macht zugelassen werden. (S.29-30)

Wie oben erwähnt, zählten gemäss Stichweh (2000) nach einiger Zeit auch die Berufe zu den Korporationen. So die professionellen Berufe, wie zum Beispiel die Mediziner, Juristen und Geistliche, wie auch die nicht-professionellen Berufe bzw. die Berufe im Handel und Handwerk. Die Professionen unterschieden sich von den übrigen Berufen jedoch durch gewisse Attribute, die sie als solche auszeichneten. Zum einen hatten sie einen engen Bezug zur Universität, indem viele Ausübende des professionellen Berufes Mitgliedschaftsrecht in der Fakultät hatten. Die Universität (als akademische Korporation) ihrerseits hatte dadurch Kontrolle über „ihre“ Praktizierenden bzw. deren Berufsausübung. Durch den starken Bezug zur Universität war ein weiteres Attribut der professionellen Berufe der Bezug auf eine der grossen Wissenschaften dieser Zeit. Dies zog wiederum ein nächstes Attribut mit sich und zwar jenes der Interesselosigkeit. Das heisst, die Professionen mussten ihre persönlichen Interes-

sen zurück bzw. hinter die „Interessen der Wissenschaft“ stellen. Weitere Attribute der professionellen Berufe waren die Staatsnähe und der Elitestatus, der den Professionellen durch ihre akademische Ausbildung zuteil wurde. (S.30)

Im 18. Jahrhundert wurden laut Stichweh (2000) die professionellen Berufsgruppen – inzwischen konnten sich neben den Ärzten und den Richtern auch die Lehrer dazuzählen – zu Berufsständen. Diese Entwicklung hatte schwerwiegende Folgen für die (Geburts-)Stände. Denn da eine Positionierung der Berufsstände in eine Ranghierarchie keinen Sinn machte bzw. sich nicht legitimieren liess, wurde die ständische Klassifikation der Gesellschaft enthierarchisiert. (S.30)

In der Moderne wurde gemäss Stichweh (2000) dann das Prinzip der funktionalen Differenzierung der Gesellschaft entscheidend. Die Gesellschaft wurde funktional differenziert und (Geburts-)Stände und Berufsstände wurden durch Funktionssysteme ersetzt. Dies waren spezialisierte Systeme zum Beispiel für die Wissenschaft, das Recht, die Wirtschaft, die Medizin und später auch die Soziale Hilfe. (S.31) (Mehr dazu im Kapitel 3)

Nach Stichweh (2000, S.29) sind Professionen also „ein Mechanismus der Überleitung von der ständischen Gesellschaft des alten Europa zur funktional differenzierten Gesellschaft der Moderne“.

#### **4.2 Professionen in der Gegenwart/Professionsverständnis von Staub-Bernasconi**

Im vorhergehenden Kapitel wurde beschrieben, wie Professionen sich früher von den anderen „normalen“ Berufen unterschieden, nämlich durch Attribute wie der enge Bezug zur Universität und zu einer der damaligen grossen Wissenschaften, durch die Interesselosigkeit, die Staatsnähe und den Elitestatus. In diesem Kapitel soll aufgezeigt werden, was Professionen heute auszeichnet. Was unterscheidet Professionen in der heutigen Zeit von anderen „normalen“ Berufen? Was muss ein Beruf gegenwärtig erfüllen, um eine etablierte, unumstrittene Profession zu sein bzw. zu einer zu werden?

Im Folgenden beziehen sich die Autorinnen auf Silvia Staub-Bernasconi und ihr Professionsverständnis.

Im Professionsverständnis von Silvia Staub-Bernasconi (2005) zeichnet sich eine Profession insbesondere durch wissenschaftliches Wissen sowie eine Berufsethik aus (S.1). Etwas konkreter heisst das gemäss Staub-Bernasconi (2005):

Eine Profession ist im Unterschied (...) [zu einem „normalen“ Beruf] erstens wissenschaftlich begründungspflichtig für das, was sie beschreibt, interpretiert und tut, d.h. sie muss ihre Situations- und Problemanalyse, ihre Methoden aufgrund des derzeit verfügbaren theoretisch-wissenschaftlichen Wissens begründen und zugleich festhalten, was sie (noch) nicht weiss und deshalb mit Erfahrungswissen lösen muss (S.1).

Dies macht die Profession unabhängig von Alltagstheorien von Trägerschaften und Politikern/Politikerinnen. Zweitens besitzt eine Profession einen eigenen Ethikkodex. Auch dieser macht sie weitgehend unabhängig von Trägerschaften und Politikern/Politikerinnen – unabhängig „im Urteil und Vorgehen gegenüber (...) den gerade vorherrschenden Zumutungen des Zeitgeistes (...), wehe er von politisch Rechts, Links oder der Mitte“ (Staub-Bernasconi, 2005, S.1). (Staub-Bernasconi, 2005, S.1)

Ein „normaler“ Beruf besitzt gemäss Staub-Bernasconi (2005) dahingegen „nur“ ein je nach Beruf unterschiedlich ausgeprägtes Repertoire an Techniken bzw. Methoden und Handlungsanweisungen, die bezüglich ihrer Wirksamkeit und Effizienz überprüft wurden (S.1).

### **4.3 Soziale Arbeit als Profession**

Nach Roland Becker-Lenz, Stefan Busse, Gudrun Ehlert und Silke Müller (2009) gibt es in der gegenwärtigen professionstheoretischen Diskussion keine einheitliche Antwort auf die Frage, wie weit die Soziale Arbeit professionalisiert ist bzw. wie der heutige Professionalisierungsstand der Sozialen Arbeit ist (S.9). Auch laut Staub-Bernasconi (2005) kann nur mit Sicherheit gesagt werden, „dass Soziale Arbeit als Profession zur Zeit auf noch sehr unsicheren Beinen steht“ (S.1).

Das Ziel dieses Kapitels besteht deshalb darin, aufzuzeigen, wie sich die Soziale Arbeit in Zukunft zu einer etablierten Profession entwickeln kann. Zuerst wird aber auf die Gründe eingegangen, weshalb die Soziale Arbeit als Profession noch nicht weiterentwickelt ist.

Wie eben festgestellt, ist die Soziale Arbeit noch keine etablierte Profession. Dies ist durchaus verwunderlich, fanden doch zum Beispiel in Deutschland bereits mit der einsetzenden Sozialpolitik Bismarck'scher Prägung erste Professionalisierungsversuche Sozialer Arbeit statt, wie Roland Merten (2000, S.193) schreibt. Auch Staub-Bernasconi (2007, S.1) betont das „hohe Alter“ der Professionalisierungsversuche der Sozialen Arbeit. Trotzdem ist „dies noch heute – vor allem im deutschsprachigen Raum – ein unabgeschlossenes Projekt“ (Staub-Bernasconi, 2007, S.1).

Der Hauptgrund für die nicht oder nur langsam vorankommende Professionalisierung Sozialer Arbeit ist gemäss Staub-Bernasconi (2007, S.1) „fast ausschliesslich selbstgemacht“. Sie sieht ihn in der immer noch ungefestigten beruflichen Identität Sozialarbeitender. Auch Bienz und Reinmann (2004) stellen fest, dass seit Jahren über die Berufsidentität in der Sozialen Arbeit diskutiert wird. Sie zitieren zudem Lüssi (1998, zit. in Bienz & Reinmann, 2004, S.53), der meint: „Ja es gehört schon fast zur beruflichen Identität des Sozialarbeiters [sic!], ein Identitätsproblem zu haben“. (S.53)

Bienz und Reinmann (2004) schreiben bezüglich der Klärung des Begriffs „Identität“, dass damit „völlige Übereinstimmung“ oder „Einheit“ gemeint ist. In der Psychologie wird anstelle von „Identität“ auch vom „Selbst“ gesprochen. Damit wird das Verhältnis bzw. die Einstellung einer Person zu sich selbst bezeichnet. Damit gemeint ist gleichzeitig auch „die Erfahrung, eine äusseren und inneren Veränderungen gegenüber weitgehend stabile Einheit zu sein“ (Bienz & Reinmann, 2004, S.53). (S.53)

Bezüglich des Identitätsproblems in der Sozialen Arbeit fügt Staub-Bernasconi (2007) hinzu, dass jemand, der sein berufliches Ich nicht kennt oder, anders formuliert, wer sich nicht selbst definieren kann, der wird von anderen definiert. Und solche Fremddefinitionen gibt es über die Soziale Arbeit zur Genüge. Sie gehen meist in die Richtung, „dass Soziale Arbeit als ‚ganz normaler Beruf‘, als Praxisfeld, deren Zusammenhang eher historisch als theoretisch-

systematisch zu begreifen sei“ (Staub-Bernasconi, 2007, S.2), zu verstehen ist. Zu den Fremddefinitoren zählen unter anderen die bereits etablierten Professionellen wie zum Beispiel im Gesundheitswesen die Ärzte/Ärztinnen, die Psychiater/innen und mit zunehmendem Professionalisierungsgrad auch die Pflegenden (siehe auch Kapitel 2.3). (S.1-2)

Das Problem sind laut Staub-Bernasconi (2007, S.2) aber nicht die Fremddefinitionen an sich. Denn solche sind im Kontext einer Zusammenarbeit nahezu nicht zu vermeiden. Das zentrale Problem ist vielmehr, dass diesen Fremddefinitionen keine präzisen eigenen Definitionen entgegengebracht werden können. Dies weder von den Praktikern/Praktikerinnen noch von den Theoretikern/Theoretikerinnen der Sozialen Arbeit. Zu einer solchen Definition gehören würden Staub-Bernasconi (2007) zufolge „a) für welche Problematiken man zuständig ist, b) auf welches Bezugs-, d.h. Beschreibungs- und Erklärungswissen man sich für die Begründung des Vorgehens stützt, c) welche Ziele man verfolgt und d) wie man die Wirksamkeit des professionellen Handelns überprüft“ (S.2).

Befragungen von in der Praxis tätigen Sozialarbeitenden haben nach Staub-Bernasconi (2007, S.2-3) ergeben, dass die wenigsten präzise über den Gegenstand, die Methoden und Ziele ihrer Arbeit berichten konnten. Jedoch störten sich die meisten am niedrigen gesellschaftlichen Status ihrer Tätigkeit. Doch: „Wie können SozialarbeiterInnen, die selbst nicht genau wissen, was ihre zentrale Aufgabe und ihr Grundlagen- wie methodische Wissen ist, von anderen Professionen, oder gar der Gesellschaft mehr Anerkennung erwarten?“ (Staub-Bernasconi, 2007, S.3)

Nachdem der Hauptgrund für die nur schleichend vorankommende Professionalisierung der Sozialen Arbeit geklärt ist, soll im Folgenden herausgefunden werden, wie sich die Soziale Arbeit in Zukunft zu einer etablierten Profession entwickeln kann.

Gemäss Staub-Bernasconi (2007) benötigt es dazu zuerst einmal einen ganz bewussten und deutlichen Entscheid – insbesondere von den Ausbildungsträgern, den Berufsverbänden und den Trägern des Sozialwesens. Einen Entscheid, ob die Soziale Arbeit ein „ganz normaler“ Beruf „und damit ausführendes Organ für und in direkter Abhängigkeit von Professionen und Sozialmanagern“ (Staub-Bernasconi, 2007, S.3) bleiben soll. Oder ob sie sich zu einer „voll-

wertige[n] Profession mit einem wesentlich besseren gesellschaftlichen und akademisch-wissenschaftlichen Status als heute“ (Staub-Bernasconi, 2007, S.3) weiterentwickeln soll. Das erste Szenario ist ein klares Entprofessionalisierungsszenario. Das zweite Szenario ist nicht nur am internationalen Entwicklungsstand Sozialer Arbeit anschlussfähig (worauf hier aber nicht weiter eingegangen wird), sondern ermöglicht auch im deutschsprachigen Raum die Weiterentwicklung Sozialer Arbeit zur Profession. (S.3-4)

Damit sich die Soziale Arbeit zu einer etablierten Profession entwickeln kann, muss sie gemäss Staub-Bernasconi (2007, S.6), wie bereits im Kapitel 3.2.2 erläutert, gewisse Standards erfüllen. Diese sind insbesondere wissenschaftliches Wissen sowie eine Berufsethik.

Soziale Arbeit als „normaler“ sozialer Beruf wird durch ein Doppelmandat charakterisiert und zwar durch die zwei Mandate der Hilfe und der Kontrolle. Soziale Arbeit als Profession hat ein drittes Mandat bzw. ein Tripelmandat, welches sich die Profession selbst gibt. Dieses dritte Mandat besteht aus zwei Komponenten – eben aus dem wissenschaftlichen Wissen und der Berufsethik. (Staub-Bernasconi, 2007, S.6)

Im Folgenden werden die beiden Komponenten des professionellen Mandats, im Hinblick auf die Soziale Arbeit, genauer betrachtet:

Das wissenschaftliche Wissen Sozialer Arbeit besteht nach Staub-Bernasconi (2007, S.6-7) aus Handlungstheorien bzw. aus wissenschaftlich fundierter Methodik. Diese sollen ganz allgemein soziale Probleme verringern, beseitigen oder ihnen vorbeugen. Wissenschaftliche Fundierung heisst gemäss Staub-Bernasconi (2007) „Rückbezug auf transdisziplinäre Situations- und Problembeschreibungen und die sie erzeugenden Gesetzmässigkeiten. Sie bedeutet zudem die Übersetzung von wissenschaftlichem Wissen in Handlungsleitlinien“ (S.7). Dem fügt sie hinzu: „[Wissenschaftliche Fundierung] birgt schliesslich immer das Risiko, dass man den sogenannten ‚gesunden Menschenverstand‘, seine Alltagstheorien, Intuition, Werte und Methoden korrigieren muss“ (S.7).

Die Berufsethik Sozialer Arbeit besteht gemäss Staub-Bernasconi (2007, S.7) auf nationaler Ebene aus dem Ethikkodex von *AvenirSocial*. Den Ethikkodex gibt sich die Soziale Arbeit

selbst und zwar unabhängig von äusseren Einflüssen. Auch die Kontrolle über die Einhaltung des Kodexes geschieht durch sie selbst. Der Ethikkodex basiert auf den Menschenrechten, womit vor allem Menschenrechte und Gerechtigkeit als ethische Leitlinien der Sozialarbeitenden im Ethikkodex verankert sind. Laut Staub-Bernasconi (2007) sind diese ethischen Leitlinien „die regulativen Ideen, nach welcher [sic!] Problemdefinitionen, -erklärungen, -bewertungen und Veränderungsprozesse seitens der AdressatInnen wie der Träger beurteilt werden müssen“ (S.7). Zudem: „Aufgrund ihres Bezugs auf die Menschenwürde als Begründungsbasis verhindert sie zugleich die Abwertung der Hilfe an Individuen zugunsten struktureller oder fachpolitischer Arbeit“ (S.7). International ist die Berufsethik Sozialer Arbeit in der Deklaration der Ethischen Prinzipien der *International Association of Social Work* und der *International Association of Schools of Social Work* festgehalten (Perspektiven der Sozialen Arbeit, 17. Mai 2010).

Das dritte Mandat charakterisiert nicht nur eine Profession, sondern ist gemäss Staub-Bernasconi (2007) gleichzeitig „die übergeordnete Legitimationsbasis für die Annahme oder Verweigerung von Aufträgen“ (S.7). Eine Profession kann also selbstbestimmte Aufträge formulieren. Das professionelle Mandat ist „ein eigenes, wissenschaftlich und ethisch begründetes Referenzsystem, das der Profession eine kritisch-reflexive Distanz gegenüber den AdressatInnen, der Politik, den Trägern/Finanzgebern ermöglicht“ (Staub-Bernasconi, 2007, S.7).

#### **4.4 Medizin als Profession**

Anders als bei der Sozialen Arbeit sieht es bei der Medizin aus: Die Medizin hat sich bereits vor Jahren zu einer etablierten Profession entwickelt. Im Folgenden soll am Beispiel Deutschland bzw. Preussen aufgezeigt werden, wie die Medizin ihren heutigen Status einer Profession erreicht hat. Gemäss Bauch (1996, S.27) ist die erfolgreiche Professionalisierung der Medizin im Wesentlichen in drei Schritten geschehen.

Bevor die Medizin ihre Entwicklung zur Profession „antrat“, nahm sie laut Bauch (1996, S.29) in der Gesellschaft lange nicht die Stellung ein, die sie in der heutigen Zeit einnimmt. Im Gegenteil, ihre soziale Stellung war damals um einiges schlechter bzw. unbedeutender als heutzutage. Ein wesentlicher Grund dafür war, dass sich jeder und jede als Arzt/Ärztin bezeich-



nen und sich sogenannt medizinisch betätigen konnte. In diesem Zuge wurde der ärztliche Berufsstand oft Ziel von Spott, welcher sich in Gedichten wie dem Folgenden ausdrückte:

Ein jeder Idiot verlangt ein Arzt zu seyn.

Ein Priester, Jude, Mönch, und was nur sonst den Schein

vom alten Weibe hat, ein Kaufmann, Gerber, Bauer

Ein Becker, Pferde-Schmidt, ein jeder loser Lauer,

Ja selbst der Hencker auch, die Säugamm, der Soldat,

Und wer nur sonsten wo ein Apothekgen hat. (Barbara Elkeles, 1987, zit. in Bauch, 1996, S.29)

Als erster Schritt in Richtung Profession musste die Medizin gemäss Bauch (1996) also an ihrer sozialen Anerkennung arbeiten und „eine gesellschaftlich tragende Rolle übernehmen“ (Bauch, 1996, S.27). Eine diesbezügliche Verbesserung wurde in der Zeit des Spätabsolutismus in Gang gesetzt. Damals versuchte der Staat, die Gesellschaft zu rationalisieren. Dies mit dem Ziel, zu mehr nationalem Reichtum zu gelangen. Eine Strategie, die Rationalisierung der Gesellschaft zu erreichen, waren die Versuche, die Gesellschaft zu medikalisieren, das heisst Gesundheit zu einem zentralen gesellschaftlichen Wert zu machen. (S.25-26) Die Professionalisierungsinteressen der Ärzteschaft lehnten sich somit an die Interessen des Staates an und sie begann, sich diesen Rationalisierungs- und Medikalisierungsprozess des spätabsolutistischen Staates zunutze zu machen. Infolge dieser Anlehnung an den Staat und dessen Rationalisierungs- und Medikalisierungspolitik gelang es dem ärztlichen Berufsstand schliesslich, sich in der Gesellschaft aufzuwerten. Denn „Gesundheit wurde zum Staatsziel der beginnenden bürgerlichen Leistungsgesellschaft“ (Bauch, 1996, S.27). (S.27)

Nachdem die Medizin laut Bauch (1996) an sozialer Bedeutung gewonnen hatte und ihre Expertenrolle gesichert war, galt es – als zweiter wesentlicher Schritt in Richtung Profession – sich wieder vom Staat zu lösen. Im Jahre 1840 begann die Medizinalreformbewegung. Die Ärzteschaft begann sich von den bürokratisch-staatlichen Fesseln loszulösen, welche ihr

durch die Staatsanlehnung auferlegt wurden. Einschränkend war, dass die gesamte Ärzteschaft disziplinarrechtlich wie die staatlichen Beamten behandelt wurde. Zudem musste sie einen Diensteid leisten, Sanitätsberichte abfassen und sie war dem § 200 des Preussischen Strafgesetzbuches unterworfen. Dieser Paragraph verpflichtete die Ärzteschaft, „die ärmeren Bevölkerungsschichten unentgeltlich zu behandeln“ (Bauch, 1996, S.28). Die Ärzte hatten also die Rolle eines (unbezahlten) Staatsdieners. Von den staatlichen Einschränkungen kam die Ärzteschaft schliesslich durch den Erlass der Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes 1869 los. Diese Gewerbeordnung hob den oben genannten § 200 des Preussischen Strafgesetzes auf. Gleichzeitig gab sie aber auch § 199 des Preussischen Strafgesetzes, das sogenannte Kurpfuschereiverbot, frei, wodurch wieder jede Person die Heilkunde praktizieren konnte. Nur der rechtliche Schutz des Titels „Arzt“ blieb gewährleistet. Während die Emanzipierung vom Staat die Medizin in ihrem Professionalisierungsprozess einen grossen Schritt weiterbrachte, hatte die Freigabe des Kurpfuschereiverbots einen entprofessionalisierenden Effekt auf die Ärzteschaft. Das vorher bestehende ärztliche Dienstleistungsmonopol musste wieder dem ausgedehnten Markt weichen. (S.27-28)

Der dritte bedeutende Schritt der Medizin auf ihrem Weg zur Profession bestand gemäss Bauch (1996) aus der „Aufhebung“ des ersten sowie zweiten Entwicklungsschrittes und der gleich anschliessenden (Wieder-)Vereinigung der wesentlichen Elemente dieser zwei Schritte. Das heisst, es wurden die staatlichen Privilegien aus der Phase der Staatsanlehnung und die Selbstverwaltung bzw. „das Recht, die berufsständischen Angelegenheiten in Eigenregie erledigen zu können“ (Bauch, 1996, S.28), aus der Phase der Autonomisierung gegenüber dem Staat miteinander verbunden. Mit diesem dritten Entwicklungsschritt erreichte die Medizin den lange angestrebten Professionsstatus. Diese dritte Phase wurde mit der Gründung der ersten Ärztekammer bzw. der ersten ärztlichen Berufsorganisation 1864 initiiert, überlappte also die vorhergehende Entwicklungsphase. Zunehmend kam es zu weiteren solchen Zusammenschlüssen, womit „aus den gelehrten Lesegesellschaften – den medizinischen Societäten – echte Interessenvertretungen mit staatlicher Anerkennung wurden“ (Bauch, 1996, S.29). Zu guter Letzt, sozusagen als finaler Professionalisierungsschritt der Medizin, wurde im Heilpraktikergesetz von 1939 das Kurpfuschereiverbot wieder aufgenommen, wodurch auch das ärztliche Dienstleistungsmonopol wieder hergestellt war. (S.28-29)

## 4.5 Professionen im Kontext einer Organisation

In diesem Kapitel wird zuerst definiert, was unter einer Organisation im organisationstheoretischen Verständnis zu verstehen ist. Danach werden Professionen innerhalb einer Organisation beleuchtet und anschliessend angeschaut, wie diese koordiniert werden können.

### 4.5.1 Definition Organisation (organisationstheoretisch)

Organisationstheoretisch betrachtet sind Organisationen gemäss Hey (2001) soziale Gebilde, „die dauerhaft ein Ziel verfolgen und eine formale Struktur aufweisen, mit deren Hilfe Aktivitäten der Mitglieder auf das verfolgte Ziel ausgerichtet werden sollen“ (Alfred Kieser & Herbert Kubicek, 1992, zit. in Hey, 2001, S.212). Die zentralen Elemente von Organisationen sind demnach das Organisationsziel, die Organisationsstruktur sowie die verschiedenen Mitglieder der Organisation. Als Rahmenbedingungen sind zusätzlich die Gesellschaft bzw. deren Anforderungen an die Organisation zu nennen. (S.212)

Das Organisationsziel besteht Hey (2001) zufolge einerseits aus internen Zielvorstellungen der Mitglieder und andererseits aus den Anforderungen der Gesellschaft an die Organisation. Diese einzelnen Zielelemente können sich durchaus widersprechen, bilden aber im Endeffekt eine „Vorstellung über den für die Zukunft anzustrebenden Zustand der Organisation“ (Kieser & Kubicek, 1992, zit. in Hey, 2001, S.212). (S.212)

Die Organisationsstruktur hat laut Hey (2001) zum einen die Funktion, zu sichern, „dass die deklarierten Ziele – und zwar unabhängig von der personellen Besetzung der Mitgliedschaften – adäquat und dauerhaft das Handeln innerhalb der Organisation orientieren“ (Hey, 2001, S.212). Die andere Funktion der Organisationsstruktur besteht darin, „die Konflikte, die sich aus den (Partikular-)Interessen der beteiligten Gruppen und Personen ergeben, auf eine Weise (...) [zu lösen], dass sie den formulierten Zielvorstellungen nicht zuwiderlaufen“ (Hey, 2001, S.212). (S.212)

Nach Hey (2001) dienen die Mitglieder von Organisationen nicht als Personen/Individuen, sondern als Träger/innen von bestimmten Rollen bzw. Ausführende eines spezifischen Handlungskomplexes. Diese von den Organisationsmitgliedern geforderten spezifischen Handlungen

gen bzw. Leistungen erfüllen „spezifische, auf die Realisierung der Organisationsziele gerichtete, Funktionen“ (Hey, 2001, S.212). (S.212)

#### **4.5.2 Professionen in einer Organisation**

Bezüglich der Organisationsstruktur wurde gemäss Hey (2001) von Henry Mintzberg eine Typologie von fünf verschiedenen Organisationsformen entwickelt (S.216). In diesem Kapitel wird insbesondere die Organisationsform von Spitälern näher betrachtet, da diese für die vorliegende Arbeit von Bedeutung ist.

Mintzberg (1992) zufolge lassen sich die gängigen Muster organisationeller Handlungssteuerung in ein Kontinuum von Organisationsstrukturen einbetten. Der eine Pol dieses Kontinuums stellt die bürokratische Organisationsstruktur dar und der andere Pol die organische Organisationsstruktur. Nebst diesen zwei Polen gibt es auf dem Kontinuum noch drei weitere voneinander abgrenzbare Organisationsstrukturen, wovon eine die professionelle Organisationsstruktur ist, auf welche im Folgenden näher eingegangen wird. (zit. in Hey, 2001, S.215)

Den zur professionellen Organisationsstruktur gehörenden Organisationstyp nennt Mintzberg die Profibürokratie (Original-Terminus von Mintzberg: Professional Bureaucracy) bzw. die Organisation der Professionellen. „Das Paradebeispiel der Profibürokratie ist die auf persönliche Dienstleistungen spezialisierte Organisation mit komplexen, stabilen Arbeitsaufgaben“ (Mintzberg, 1992, zit. in Hey, 2001, S.217). Als konkrete Organisationsform ist hier insbesondere diejenige von Spitälern zu nennen. Aber auch Universitäten und Sozialeinrichtungen zählen dazu. Ein zentrales Merkmal der professionellen Organisation ist, dass sie „über eine Standardisierung der Qualifikationen koordiniert“ (Hey, 2001, S.217) wird. Ein weiteres zentrales Merkmal ist, dass der betriebliche bzw. operative Kern (welcher die Dienstleistungen erbringt bzw. produziert) der wichtigste Teil der Organisation ist. (Hey, 2001, S.217)

Um eine professionelle Organisation handelt es sich immer dann, wenn der operative Kern der Organisation „überwiegend aus hochqualifizierten, professionellen Mitarbeitern [sic!] besteht, die schwer zu erlernende, aber gut zu definierende [und folglich zu standardisierende] Verfahren anwenden“ (Mintzberg, 1992, zit. in Hey, 2001, S.217). Verglichen mit der bü-

rokratischen Organisation beispielsweise zeichnet sich die professionelle Organisation unter anderem dadurch aus, „dass hochqualifizierte professionelle MitarbeiterInnen einen qualitativ und quantitativ deutlich gewichtigeren operativen Kern bilden und sie aufgrund ihrer Ausbildung sowie ihrer professionellen Identität in der Lage sind, ihre Aufgaben weitgehend autonom und unabhängig voneinander wahrzunehmen“ (Hey, 2001, S.217-218). Diese weitgehende fachliche Autonomie der Professionellen erleichtert massgeblich die Koordination bzw. Steuerung der Organisation. Die Professionellen nehmen in der Organisation eine starke Machtposition ein. (Hey, 2001, S.217-218)

Gemäss Hey (2001) sind – im Gegensatz zu diesem gerade beschriebenen (theoretischen) Idealtypus von professionellen Organisationen – real existierende professionelle Organisationen, wie eben zum Beispiel Spitäler, strukturellen und situativen Einflüssen ausgesetzt, welche unweigerlich eine Anpassung ihrer Organisationsstruktur und somit der -koordinationsweise bedingen. Aufgrund des in dieser Arbeit gesetzten Rahmens wird im Folgenden nur auf einen Einfluss, welchem professionelle Organisationen unterliegen, eingegangen, und zwar auf den der gesellschaftlichen Anforderungen an die Organisation. (S.218) (Zur Bedeutung der gesellschaftlichen Anforderungen an die Organisation siehe auch vorhergehendes Kapitel)

Wie oben beschrieben, wird eine professionelle Organisation über die Standardisierung der Qualifikationen koordiniert. Dies verläuft gemäss Hey (2001) jedoch nur so lange relativ problemlos, „wie die (...) [den Organisationen] zugewiesenen Aufgaben mit den Standarddefinitionen einer Profession zu erfassen und den Standardprogrammen derselben Profession zu bewältigen sind“ (Hey, 2001, S.221). Sobald die Organisation von der Gesellschaft oder den Dienstleistungsempfängenden mit veränderten oder zusätzlichen Anforderungen konfrontiert wird – im Falle der Organisation Spital beispielsweise mit der Forderung nach einer ganzheitlichen Behandlung –, kann dies dazu führen, dass in der Organisation Leistungspotentiale von weiteren Professionen benötigt werden. Diese innerorganisationelle professionelle Ausdifferenzierung führt einerseits dazu, dass die mit der organisationellen Professionalisierung erreichte innerorganisationelle Komplexitätsreduktion wieder deutlich abnimmt. Andererseits kann es aufgrund ebendieser organisationsinternen professionellen Ausdifferenzierung zu Konflikten zwischen den Professionen kommen. (S.221)

Die real existierende professionelle Organisation ist somit auf zusätzliche (interprofessionelle) Koordinationsinstrumente angewiesen, die zum einen die von Profession zu Profession – aufgrund ihren „verschiedenen Professionskulturen mit ihren jeweils eigenen Deutungs- und Handlungsmustern“ (Hey, 2001, S.222) – variierenden Situations- und Problemanalysen eines „Falles“ koordinieren. Und zum anderen das Konfliktpotential zwischen den Professionen auffangen. (Hey, 2001, S.222)

Die interprofessionelle Koordination kann laut Hey (2001) nicht aufgrund eines interprofessionell-hierarchischen Modells bzw. über persönliche Weisungen einer (oder mehreren) (dominierenden) Profession(en) erreicht werden. Denn persönliche Weisungen bedeuten immer einen Eingriff in die fachliche Autonomie der davon betroffenen Professionellen „und führen meist zu offenem oder verdecktem Widerstand“ (Hey, 2001, S.224). (S.222)

#### **4.5.3 Koordination von Professionen in einer Organisation**

Doch wie können nun (multi)professionelle Organisationen, wie zum Beispiel Spitäler, optimal koordiniert werden, wenn dies über die alleinige Standardisierung der Qualifikationen, wie es im Kapitel zuvor beschrieben wurde, in der Realität nicht funktioniert? Dieser Frage soll in diesem Kapitel nachgegangen werden.

Als geeignetstes Koordinationsinstrument für professionelle Organisationen dient gemäss Hey (2001) die gegenseitige Abstimmung. Diese ist nicht nur für Angehörige unterschiedlicher Professionen, sondern auch für Angehörige derselben Profession innerhalb einer Organisation von zentraler Bedeutung. (S.223)

Hey (2001, S.224) schreibt: „Als kommunikative Basis für die gegenseitige Abstimmung zwischen Angehörigen derselben Profession dienen primär die der Profession jeweils eigenen Wissensbestände, Handlungsmodelle und Fachsprachen (...)“. Störungen in der gegenseitigen Abstimmung kommen hier vor allem in Form von Verständigungsproblemen vor, welche jedoch unter den Angehörigen derselben Profession relativ einfach beseitigt werden können. Die gegenseitige Abstimmung zwischen Angehörigen derselben Profession verläuft demnach in der Regel relativ unproblematisch. (Hey, 2001, S.224)

Anders sieht es nach Hey (2001) beim Koordinationsinstrument der gegenseitigen Abstimmung zwischen Angehörigen unterschiedlicher Professionen aus. Denn bei Angehörigen unterschiedlicher Professionen treten zusätzlich zu den Verständigungsproblemen noch Verständnisprobleme auf. Diese kommen unter anderem daher, dass sämtliche der an der gegenseitigen Abstimmung beteiligten Professionen „sich auf eigene Sinnwelten beziehen, die auf jeweils spezifische Selektionszusammenhänge von Sinnhaftigkeit und Bedeutungslosigkeit zurückgreifen“ (Hey, 2001, S.224). Diese Störungen in der gegenseitigen Abstimmung lassen sich durch rein sprachliche Mitteilung schwer aus dem Weg räumen. Insbesondere dann nicht, wenn eine (oder mehrere) der beteiligten Professionen ihre Deutungs- und Handlungsmuster als allein relevant durchsetzen wollen bzw. interprofessionelle Geltungskonflikte entstehen. Damit einher geht häufig der Versuch, interprofessionelle Koordination anstelle von gegenseitiger Abstimmung mit persönlichen Weisungen zu erreichen. Doch wie bereits im Kapitel zuvor erwähnt, werden solche Versuche von den so angesprochenen Professionen als Einschränkung ihrer Autonomie erlebt, was nicht gerade kooperationsförderlich ist. (S.224)

Demzufolge benötigt es für die gegenseitige Abstimmung von Professionellen, die verschiedenen Professionen angehören, wie Hey (2001, S.224) schreibt, „besonderer integrativ-koordinierender Instrumente“. Diese sollen:

Die am Kommunikationsprozess Beteiligten in die Lage versetzen, nicht unmittelbar kompatible Wissensbestände und Handlungsmodelle so aufeinander abzustimmen, dass sowohl fallorientiert konsistentes Handeln als auch eine Überbrückung auftretender Differenzen zwischen den verschiedenen Deutungs- und Handlungsoptionen sowie die Lösung damit verbundener Konflikte möglich wird. (Hey, 2001, S.224-225)

Ein solches integrativ-koordinierendes Instrument ist die fallorientierte Lebenslagenanalyse. Die fallorientierte Lebenslagenanalyse ist, dadurch, dass sie nicht professionsspezifisch dominiert wird, imstande, „zwischen den weiterhin professionsspezifischen Fallbeurteilungen koordinierend [zu] vermitteln“ (Hey, 2001, S.280). Die fallorientierte Lebenslagenanalyse

dient also als „Orientierungsrahmen, der die gegeneinander abgegrenzten Sinnwelten der beteiligten Professionen integrieren kann“ (Sting & Zurhorst, 2000, S.170) und somit der interprofessionellen Kooperation. Aufgrund des in dieser Arbeit gesetzten Rahmens wird auf dieses methodische Instrument nicht näher eingegangen.

### *Zusammenfassung*

Aus dem Kapitel vier kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Soziale Arbeit eine sich (noch) herausbildende Profession ist, während sich die Medizin bereits seit vielen Jahren zu einer unbestrittenen Profession etabliert hat. Dass die Soziale Arbeit noch keine etablierte Profession ist, ist vor allem selbstverschuldet: Es fehlt ihr auch nach jahrelangen Professionalisierungsversuchen noch immer an einer gefestigten professionellen Identität. Zudem konnte festgestellt werden, dass Professionen in einer Organisation spezielle Koordinationsinstrumente benötigen, um die Differenzen zwischen den verschiedenen Professionskulturen mit je eigenen Deutungs- und Handlungsmustern zu überbrücken und damit Konfliktpotential aufzufangen.



## 5 Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit

In diesem Kapitel werden die Fragestellungen 1, 2 und 3 dieser Arbeit abschliessend beantwortet.

Vorausgeschickt werden sollte, dass im Folgenden im Zusammenhang mit der Sozialen Arbeit bzw. der Klinischen Sozialarbeit im Spital weiterhin Begriffe wie „professionelle Identität“ und „professionelles Selbstverständnis“ verwendet werden. Dies, obwohl in dieser Arbeit, insbesondere infolge des Kapitels 4.3, davon ausgegangen wird, dass die Soziale Arbeit noch keine (etablierte) Profession ist.

### 5.1 Beantwortung der Fragestellung 1

In diesem Kapitel soll die Fragestellung 1 dieser Arbeit abschliessend beantwortet werden.

#### ● *Fragestellung 1: Wie ist die Klinische Sozialarbeit im Spital positioniert?*

Im Kapitel 2.3 wurde dieser Frage nachgegangen, indem einerseits auf die Position der Klinischen Sozialarbeit innerhalb der hierarchisch strukturierten Organisation Spital bzw. der Spitalhierarchie und andererseits innerhalb des interdisziplinären Teams eingegangen wurde. Diese Aufteilung soll an dieser Stelle beibehalten werden.

#### *Position der Klinischen Sozialarbeit innerhalb der Spitalhierarchie*

Wie im Kapitel 2.3.1 und auch im Kapitel 2.2.1 aufgezeigt wurde, besteht die Organisation Spital in der Regel aus drei Hierarchien. Diese sind der ärztliche Dienst, der Pflegedienst und der Verwaltungsdienst. Die leitenden Personen dieser drei Hierarchien bilden zusammen die Spitalleitung. Die Klinische Sozialarbeit im Spital bzw. der Spitalsozialdienst ist, wie auch die weiteren Spitaldienste, wie zum Beispiel die Physiotherapie, je nach Spital entweder dem medizinischen Sektor oder der Verwaltung unterstellt.

Diese Positionierung der Klinischen Sozialarbeit innerhalb der Spitalhierarchie bringt eine grundlegende Problematik mit sich. Denn diese Unterstellung oder Zuordnung des Spitalsozialdienstes an den medizinischen Sektor bzw. die Verwaltung schränkt sie massgeblich in ihrer beruflichen Handlungsautonomie ein. Diese braucht sie, wie auch jede andere Disziplin, um ihre Aufgaben nach ihrem spezifischen Wissen und ihren eigenen Methoden ausführen

zu können. Da die Klinische Sozialarbeit im Spital einer Hierarchie unterstellt ist, wird ihr professionelles Handeln massgeblich von dieser Hierarchie mitbestimmt. Mit zunehmendem Masse dieser Mitbestimmung wächst die Gefahr der Fremdbestimmung und somit eines weitgehenden Autonomieverlustes.

Umso problematischer ist es für die Klinische Sozialarbeit im Spital, wenn sie im Konkreten der Verwaltung unterstellt ist. Da es der Verwaltung oft an Kenntnis und Verständnis für das Fachgebiet der Klinischen Sozialarbeit im Spital fehlt – noch mehr als dem medizinischen Sektor – und andere, meist wirtschaftliche Interessen Vorrang haben, nimmt die Gefahr der Fremdbestimmung und des Autonomieverlustes markant zu. Eine Angliederung des Spitalsozialdienstes an die Verwaltung führt in der Regel dazu, dass eine wirksame und nachhaltige psycho-soziale Mitwirkung an der Behandlung der Patienten/Patientinnen fast nicht möglich ist.

Ein zusätzlicher Aspekt, der den Sozialarbeitenden im Spital ihre Arbeit erschwert, ist der personellen Unterbesetzung. Die Klinische Sozialarbeit ist im Spital mit Abstand eine der am geringsten vertretenen Disziplinen. Dies führt dazu, dass sie sich immer wieder von neuem darstellen und erklären muss, da das Bild ihres Fachgebietes durch die geringe quantitative Präsenz im Spital verschwommen bleibt. Darüber hinaus kann sie ihre Aufgaben nur dann im Sinne ihres professionellen Selbstverständnisses erfüllen, wenn sie personell angemessen ausgestattet ist. Heikel für die Klinische Sozialarbeit im Spital wird es dann, wenn ihre Arbeit aus finanziellen Gründen bzw. aufgrund Kostenoptimierung durch Nicht-Sozialarbeitende, zum Beispiel Pflegende, ausgeführt wird.

#### *Position der Klinischen Sozialarbeit innerhalb des interdisziplinären Teams*

Wie im Kapitel 2.3.2 beschrieben, arbeiten die Sozialarbeitenden in Spitälern in mindestens einem interdisziplinären Team. Wenn sie für mehrere Abteilungen im Spital zuständig sind, sind sie in mehreren interdisziplinären Teams vertreten. Eine gute Integrierung in das Team und eine gute Zusammenarbeit mit den Teamkollegen/-kolleginnen, insbesondere mit dem medizinisch-pflegerischen Bereich, ist von zentraler Bedeutung für die Sozialarbeitenden. Denn nur so können sie ihre Aufgaben optimal und im Sinne ihres bio-psycho-sozialen

Gesundheitsverständnisses erfüllen. Mit dem pflegenden Personal haben die Sozialarbeitenden im Spital einen intensiveren Kontakt, als mit den Ärzten/Ärztinnen.

Obwohl die Ärzte/Ärztinnen als auch die Pflegenden eine Sozialberatung im Spital als nötig erachten, ist die Position, welche die Klinische Sozialarbeit innerhalb des interdisziplinären Teams einnimmt, eine marginale. Dem Spitalsozialdienst wird sowohl von den Ärzten/Ärztinnen als auch von den Pflegenden eine Rolle als Dienstleister, Vermittler und Berater zugeschrieben. Die Spitalsozialarbeitenden werden somit eher als Entlasteter/innen und Hilfskräfte, denn als Fachpersonen mit einer eigenständigen Position angesehen. Eine eigenständige Position sollten sie jedoch aufgrund ihrer spezifischen Kompetenzen, wie sie im Kapitel 2.2.2 beschrieben wurden, haben. Die Klinische Sozialarbeit im Spital kann deshalb aufgrund ihrer Randposition ihre eigentliche Berufsrolle meist zu wenig ausüben.

Die zu behandelnden Probleme und damit die zu erfüllenden Aufgaben, häufig Restaufgaben, werden meist von den Ärzten/Ärztinnen definiert. Dies führt ebenfalls zu einer erheblichen Einschränkung der beruflichen Handlungsautonomie der Spitalsozialarbeitenden. Auch hier ist zu erwähnen, dass gerade diese berufliche Handlungsautonomie benötigt würde, um Aufgaben optimal ausführen zu können. Aber auch die Pflege trägt erheblich zur Fremdbestimmung klinischer Sozialarbeit im Spital bei.

Insbesondere die Erstkontakte zu den Patienten/Patientinnen des Spitals werden vom medizinisch-pflegerischen Bereich initiiert. Somit können die Spitalsozialarbeitenden nicht selbst bestimmen, bei welchen Patienten/Patientinnen eine Sozialberatung angezeigt ist. Es kommt hinzu, dass diese Erstkontakte meist erst kurz vor Austritt der Patienten/Patientinnen zustande kommen. Dies bedeutet für die Sozialarbeitenden und – nicht zu vergessen – für die Patienten/Patientinnen selbst sowie deren Angehörige einen grossen Stress. Denn in solchen Situationen müssen innerhalb möglichst kurzer Zeit Rehabilitations- bzw. Pflegeplätze organisiert und alles Administrative und Finanzielle geregelt werden.

Einer der zentralsten Belastungspunkte der Sozialarbeitenden im Spital ist ihre Beziehung zu den Ärzten/Ärztinnen. Die Zusammenarbeit zwischen den beiden Disziplinen wird mehrheitlich als unbefriedigend empfunden. Besprechungen zwischen den Sozialarbeitenden und den

Ärzten/Ärztinnen kommen meist eher zufällig zustande. Die Kommunikation verläuft in der Regel ziemlich einseitig, vorherrschend ist das Prinzip der Delegation des Sozialen. Das Machtgefälle zwischen der Klinischen Sozialarbeit und der Medizin im Spital ist nicht von der Hand zu weisen, hängt doch beispielsweise die Bewertung der sozialarbeiterischen Leistungen vor allem davon ab, ob die Anweisungen der Ärzte/Ärztinnen umgesetzt werden.

### *Zusammenfassung*

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Klinische Sozialarbeit im Spital sowohl innerhalb der Spitalhierarchie als auch des interdisziplinären Teams eine ungünstige, das heisst, mit diversen Schwierigkeiten verbundene Position einnimmt. Diese Position kann mit „Randposition“ oder ähnlichem bezeichnet werden, was aber schlussendlich immer dasselbe über sie aussagt. Nämlich, dass die Klinische Sozialarbeit im Spital auch nach jahrelangem Bestehen noch immer nicht die Beachtung und Anerkennung erhält, die ihr – aufgrund ihres zentralen originären Beitrages zu einer ganzheitlichen Behandlung der Patienten/Patientinnen – zustehen würde. Sie wird häufig weitgehend fremdbestimmt und kann dadurch meist nicht im Sinne ihres professionellen Selbstverständnisses tätig sein, was weder den einzelnen Patienten/Patientinnen, noch dem Spital, noch dem Gesundheitswesen und somit der Gesellschaft als Ganzes zugute kommt.

## **5.2 Beantwortung der Fragestellung 2**

In diesem Kapitel soll die Fragestellung 2 dieser Arbeit abschliessend beantwortet werden.

### ● *Fragestellung 2: Weshalb nimmt die Klinische Sozialarbeit im Spital diese Position ein?*

Im Theorieteil dieser Arbeit wurde dieser Frage anhand zwei verschiedener Theorien nachgegangen, zum einen der Systemtheorie und zum anderen der Professionstheorie. Aus diesem Grund wird auch in diesem Kapitel die abschliessende Beantwortung der Fragestellung 2 aus zwei verschiedenen theoretischen Perspektiven vorgenommen.

### 5.2.1 Aus systemtheoretischer Perspektive

#### *Funktionssysteme Soziale Hilfe und Medizin*

Im Rahmen der Arbeit wurde das Funktionssystem Soziale Hilfe aufgezeigt. Es wurde erklärt, dass im Funktionssystem Soziale Hilfe neben professionell Tätigen auch freiwillige Helfer/innen vorhanden sind. Auch die ersten Anfänge von Klinischer Sozialarbeit im Spital wurden von Laien gemacht, wie im Kapitel 2.1.2 beschrieben. Damals waren Frauen aus Frauen- und Mädchenvereinen im Spital tätig, welche ohne sozialarbeiterische Ausbildung erste sozialarbeiterische Tätigkeiten im Spital durchführten. Im Kapitel 2.3.1 wurde zudem erwähnt, dass die sozialarbeiterische Tätigkeit zum Teil heute noch von Angehörigen aus dem Pflegebereich übernommen wird. Hier ist jedoch anzufügen, dass dies einen kleinen Teil von allen Sozialarbeitenden im Spital betrifft.

Der binäre Code, welcher dem Funktionssystem Soziale Hilfe zugeschrieben wird, ist Hilfe/Nichthilfe und befasst sich somit mit jeglicher Kommunikation, welche Hilfe/Nichthilfe umfasst. Die Funktion, die dieses System erfüllt, besteht darin, dass mit staatlicher Sozialhilfe oder der professionellen Sozialen Arbeit gesellschaftliche Probleme zu lösen versucht wird. Wie erklärt, sind die Meinungen geteilt, ob das Funktionssystem Soziale Hilfe ein eigenständiges Funktionssystem ist. Die Autorinnen sind jedoch im Rahmen der Arbeit der Meinung, dass es kein eigenständiges Funktionssystem ist, wie bereits im Kapitel 3.3 erwähnt wurde. Der Grund liegt, wie im Kapitel 2.3.1 beschrieben, darin, dass das Funktionssystem Soziale Hilfe (Klinische Sozialarbeit) im Spital entweder dem Verwaltungsdienst oder dem medizinischen Sektor untergeordnet und dadurch die berufliche Handlungsautonomie nicht gegeben ist. Ebenso kann das Funktionssystem Soziale Hilfe seine Funktion nicht erfüllen, wenn es keinen Kontakt zum Funktionssystem Medizin hat. Denn letzteres gibt dem Funktionssystem Soziale Hilfe die Aufträge bzw. bestimmt, bei welchen Patienten/Patientinnen eine Sozialberatung durchzuführen ist. Das Funktionssystem Soziale Hilfe kann sein professionelles Handeln nicht selbstständig bestimmen und ist – im Rahmen der vorliegenden Arbeit – kein eigenständiges Funktionssystem.

Das zweite Funktionssystem, welches für die Beantwortung der Fragestellung 2 zentral ist, ist das Medizinsystem. Wie im Kapitel 3.4 aufgezeigt und begründet, beziehen sich die Auto-

rinnen in der Arbeit nicht auf das Gesundheits-, sondern auf das Medizinsystem. Das Medizinsystem befasst sich nach Luhmann mit der Kommunikation des binären Codes Krankheit/Gesundheit, welcher sich auch auf den Körper des Menschen bezieht und erfüllt die Funktion der Krankenbehandlung. Wenn eine Akuterkrankung auftritt, die schnelle medizinische Versorgung benötigt, wird das Medizinsystem aktiv. Da das Medizinsystem im Rahmen dieser Arbeit in der Leitung des Spitals vertreten ist, kann es auch in organisatorischen Angelegenheiten mitbestimmen. Ebenso kann es anderen Funktionssystemen, wie dem der Sozialen Hilfe Aufgaben delegieren. Aus diesen Gründen ist es autonom und wird als eigenständiges Funktionssystem angesehen.

Im Rahmen der Arbeit sind also das Funktionssystem Soziale Hilfe und das Medizinsystem zentral. Werden die beiden Funktionssysteme gegenübergestellt, wird deutlich, dass es zwei unterschiedliche Systeme sind. Dies lässt sich an den binären Codes der Systeme erkennen. Das Funktionssystem Soziale Hilfe befasst sich ausschliesslich mit der Kommunikation Hilfe/Nichthilfe, das Medizinsystem mit der Kommunikation Krankheit/Gesundheit. Dabei wird deutlich, dass die beiden Funktionssysteme sich mit unterschiedlicher Kommunikation befassen und sie anhand ihres Codes unterschiedlich operieren. Ebenso erfüllen beide Systeme ganz unterschiedliche Funktionen. Das Medizinsystem hat die Funktion der Krankenbehandlung und das System Soziale Hilfe die Funktion, mit staatlicher Sozialhilfe oder der professionellen Sozialen Arbeit gesellschaftliche Probleme zu lösen. Das System Soziale Hilfe ist im Rahmen dieser Arbeit kein eigenständiges Funktionssystem. Beim Medizinsystem ist es unumstritten, ob es sich um ein eigenständiges Funktionssystem handelt. Das System Soziale Hilfe steht somit als kein eigenständiges Funktionssystem dem Medizinsystem als eigenständiges Funktionssystem gegenüber.

### *Strukturelle Kopplung*

Im Kapitel 3.5.3 wurde der Begriff strukturelle Kopplung erklärt, welcher aussagt, dass Systeme auf andere Systeme in ihrer Umwelt angewiesen sind. Daraus lässt sich die Frage ableiten, ob das System Soziale Hilfe und das Medizinsystem für die Erfüllung seiner jeweiligen Funktionen (gegenseitig) aufeinander angewiesen sind. Im Kapitel 2.3 und am Anfang dieses Kapitels wurde aufgezeigt, dass das Funktionssystem Soziale Hilfe im Spital keine berufliche Handlungsautonomie hat, weil es dem Verwaltungsdienst oder dem medizinischen Sektor

bzw. dem Medizinsystem angegliedert ist. Wenn das System der Sozialen Hilfe dem Medizinsystem – welches in der Spitalleitung vertreten ist – angeordnet ist, ist es einerseits auf dieses angewiesen, um von ihm wesentliche Informationen betreffend der Leitung des Spitals zu erhalten. Andererseits ist es auf das Medizinsystem angewiesen, da dieses den Kontakt zu den Patienten/Patientinnen hat und meistens bestimmt, bei welchen Patienten/Patientinnen Sozialberatungen durchzuführen sind. Somit wird deutlich, dass das System Soziale Hilfe auf das Medizinsystem angewiesen ist, um seine Funktion innerhalb des Spitals erfüllen zu können. Dem gegenüber ist das Medizinsystem, welches im Kontext der Organisation Spital ein weitgehend eigenständiges System ist, für seine Funktionserfüllung nicht auf das System Soziale Hilfe oder andere Funktionssysteme angewiesen. Dies lässt sich dadurch begründen, dass das Medizinsystem innerhalb des Spitals einen hohen Rang hat, demzufolge in der Spitalleitung vertreten ist und somit eine grosse Autonomie besitzt.

Der Begriff „strukturelle Kopplung“ bezieht sich nicht nur auf die Kopplung von Funktionssystemen. Wie im Kapitel 3.5.3 beschrieben, können sich verschiedene Systemtypen koppeln. So koppelt sich auch die Organisation Spital mit einem oder mehreren Funktionssystemen. Dies bedeutet, dass die Organisation Spital nebst dem Funktionssystem Medizin noch weitere Funktionssysteme, wie beispielsweise das der Sozialen Hilfe, enthalten kann. Nach dem systemtheoretischen Verständnis besteht jedoch die Gefahr, dass sich die Organisation hauptsächlich an einem Funktionssystem orientiert und dadurch das andere bzw. die anderen vernachlässigt werden. Da das Spital wie das Medizinsystem die Funktion der Krankenbehandlung hat, konzentriert sich die Organisation Spital auf das Medizinsystem und vernachlässigt dadurch das System der Sozialen Hilfe. Ein weiterer Grund dafür, dass die Organisation Spital andere Funktionssysteme vernachlässigt, findet sich nach dem systemtheoretischen Verständnis darin, dass die Organisation Spital das ist, was sie gerade nicht ist. Das heisst, sie konzentriert sich auf das, was sie tut, nämlich auf die Behandlung von Krankheiten durch das Erbringen von medizinischen und pflegerischen Leistungen. Durch die Behandlung von Krankheiten, was seine grundlegende Operation ist, produziert und selbstreproduziert sich das Spital. Damit sich das Spital reproduzieren kann, muss es sich auf das Medizinsystem konzentrieren, da es dieselbe Funktion erfüllt. Dies führt ebenso dazu, dass das Funktionssystem Soziale Hilfe vernachlässigt wird.

### *Beantwortung*

Anhand der Systemtheorie werden unterschiedliche Gründe ersichtlich, weshalb die Klinische Sozialarbeit im Spital eine unbefriedigende Position einnimmt, welche die Beantwortung der Fragestellung 1 ergeben hat. Erstens besteht das Funktionssystem Soziale Hilfe im Vergleich zum Medizinsystem nicht nur aus professionell Tätigen, sondern auch aus freiwilligen Helfern/Helferinnen. Dies zeigt auch die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit im Spital. Auch im Kapitel 2.3.1 ist deutlich geworden, dass teilweise auch heute noch sozialarbeiterische Aufgaben von Angehörigen des Pflegedienstes übernommen werden. Das Durchführen dieser Aufgaben durch nicht professionelle Sozialarbeitenden zieht sich bis heute hin. Dies führt dazu, dass das System Soziale Hilfe vom Medizinsystem als nicht professionelle Tätigkeit betrachtet und deshalb abgewertet bzw. als minderwertig angesehen wird.

Der zweite Grund für die unbefriedigende Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital ist, dass das Funktionssystem Soziale Hilfe (Klinische Sozialarbeit) kein eigenständiges Funktionssystem ist. Es ist stark abhängig vom Medizinsystem. Dies wird zum einen deutlich, wenn die Spitalhierarchie, wie im Kapitel 2.3.1 beschrieben, angeschaut wird. Die Klinische Sozialarbeit ist keine eigene Hierarchie, sondern der Verwaltung oder dem medizinischen Sektor unterstellt. Somit ist sie auch nicht in der Leitung eines Spitals vertreten. Das Funktionssystem Soziale Hilfe kann deshalb nicht selbstständig über sein professionelles Handeln bestimmen, sondern es wird weitgehend fremdbestimmt. Zum anderen erhält das Funktionssystem Soziale Hilfe im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Regel vom Medizinsystem die entsprechenden Aufgaben, und dies oft sehr spät. Dadurch wird deutlich, dass das Funktionssystem Soziale Hilfe von anderen Systemen, besonders vom Medizinsystem, für die Erfüllung seiner Funktion angewiesen ist. Das Medizinsystem hingegen kann seine Funktion durchaus auch ohne das System der Sozialen Hilfe erfüllen. Dieses ist somit im Spital besonders abhängig vom Medizinsystem und wird auch durch dieses fremdbestimmt.

Ein weiterer Grund findet sich in der Organisation selbst. Das Spital konzentriert sich hauptsächlich auf das Medizinsystem, da es ebenso die Funktion der Krankenbehandlung, wie das Spital selbst, wahrnimmt. Auch aus Sicht der Systemtheorie konzentriert sich die Organisation Spital mehr auf die Krankenbehandlung, um sich auch fortzuproduzieren können. Daraus



wird deutlich, dass das Funktionssystem Soziale Hilfe (Klinische Sozialarbeit) von der Organisation Spital kaum Beachtung erhält.

Die Systemtheorie beleuchtet einen weiteren Grund, der dazu führt, dass das Funktionssystem Soziale Hilfe im Spital eine unbefriedigende Position einnimmt. Dieser zeigt sich darin, dass, wie bereits erwähnt, zwei unterschiedliche Systeme mit unterschiedlichen binären Codes im Spital operieren. Im Kapitel 2.3.2 wurde aufgezeigt, dass dem Funktionssystem Soziale Hilfe vom Medizinsystem oft nur Restaufgaben, wie beispielsweise das Entlassungsmanagement, delegiert werden, welche dieses aus zeitlichen oder anderen Gründen nicht erledigen kann. Somit wird das System der Sozialen Hilfe auch vom Medizinsystem als Delegationsinstanz betrachtet. Damit wird deutlich, dass das Medizinsystem über die Funktion des Systems Soziale Hilfe zu wenig Bescheid weiss, ihm nur Aufgaben übergibt, welche es selbst nicht erledigen möchte oder kann und das System Soziale Hilfe somit zur Hilfskraft degradiert wird.

### *Zusammenfassung*

Aus systemtheoretischer Sicht wurden unterschiedliche Gründe dargestellt, weshalb die Klinische Sozialarbeit im Spital eine unbefriedigende Position einnimmt. Einen Grund findet sich darin, dass die Klinische Sozialarbeit als Funktionssystem Soziale Hilfe teilweise aus nicht professionellen Sozialarbeitenden besteht. Deshalb wird sie vom Funktionssystem Medizin als nicht professionelle Tätigkeit angesehen und erhält nicht die Anerkennung, die ihr eigentlich zusteht. Weiter wurde ersichtlich, dass die Organisation Spital sich aufgrund ihrer Funktion der Krankenbehandlung hauptsächlich auf das Medizinsystem konzentriert und dadurch das System der Sozialen Hilfe vernachlässigt. Zudem erhält das Funktionssystem Soziale Hilfe von der Medizin aufgrund mangelnden Wissens bezüglich seiner Funktion nur die Restaufgaben delegiert, welche die Medizin nicht selber erledigen wollen oder können. Des Weiteren ist die Klinische Sozialarbeit anderen Funktionssystemen unterstellt und somit von ihnen abhängig, was ebenso massgeblich die unbefriedigende Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital unterstützt.

### 5.2.2 Aus professionstheoretischer Perspektive

Der Professionsstatus eines Berufes hat und hatte schon früher eine zentrale Relevanz, wenn es darum geht bzw. ging, dass ein Beruf bzw. eine Profession über mehr Macht und Autonomie, als ein anderer Beruf oder eine andere Profession verfügt. Früher zeichneten sich die Professionen durch Attribute aus, wie ein enger Bezug zur Universität und zu einer der damaligen grossen Wissenschaften, die Interesselosigkeit, die Staatsnähe und den Elitestatus, der den Professionellen aufgrund ihrer akademischen Ausbildung zukam. In der heutigen Zeit – und im Professionsverständnis von Silvia Staub-Bernasconi – unterscheiden sich Professionen von „normalen“ Berufen insbesondere durch zwei zu erfüllende Eigenschaften, nämlich durch wissenschaftliches Wissen und durch eine Berufsethik. Beides macht die Profession im Urteil und Vorgehen weitgehend autonom bzw. unabhängig von externen Einflüssen, wie zum Beispiel professionsfremden Problemdefinitionen. Eine Profession kann eigenständig Aufträge formulieren.

Während sich die Disziplin Medizin bereits seit langem zu einer unumstrittenen Profession etabliert hat, kämpft die Disziplin der Sozialen Arbeit (im deutschsprachigen Raum) noch heute um einen allseits anerkannten Professionsstatus. Als Profession steht die Soziale Arbeit, im Gegensatz zur Medizin, auf noch unsicheren Beinen.

Sobald Mediziner/innen auf Sozialarbeitende treffen, widerspiegelt sich diese Situation in einem nicht von der Hand zu weisenden Machtgefälle zwischen den zwei Disziplinen. Die Medizin hat eindeutig mehr Macht und mehr Autonomie, als die Soziale Arbeit. So kann insbesondere im Spital festgestellt werden, dass die Ärzte/Ärztinnen um einiges mehr Autonomie und somit Selbstbestimmung über ihr professionelles Handeln besitzen, als die Sozialarbeitenden. Die Sozialarbeitenden hingegen werden in ihrem professionellen Handeln weitgehend fremdbestimmt. Dies fängt bei der Problemdefinition an, die vor allem von den Ärzten/Ärztinnen gemacht werden. Beispiel Erstkontakte: Die Spitalsozialarbeitenden können nicht selbstbestimmt darüber entscheiden, ob bzw. bei welchen Patienten/Patientinnen eine Sozialberatung angezeigt ist. Im Gegenteil, sie müssen darauf warten, dass ein Arzt/eine Ärztin bzw. jemand vom Pflegepersonal ihnen die Aufgabe erteilt, sich um eine/n bestimmte/n Patienten/Patientin zu kümmern.

Doch weshalb ist die Soziale Arbeit als Profession noch nicht weiterentwickelt, obwohl sie sich schon seit Jahren in diesem Prozess befindet? Gemäss Silvia Staub-Bernasconi liegt der Grund darin, dass die Soziale Arbeit ein Identitätsproblem bzw. eine noch immer ungefestigte professionelle Identität hat. Doch wer sein professionelles Ich nicht kennt, also sich nicht selbst definieren kann, wird unweigerlich von anderen definiert. So wird beispielsweise die Klinische Sozialarbeit im Spital, als Teildisziplin der Sozialen Arbeit, als Entlastungsdienst und Hilfskraft bestimmt. Problematisch dabei ist, dass solchen Fremddefinitionen keine präzisen eigenen Definitionen entgegengebracht werden können; dies weder von den Praktiker/innen noch von den Theoretiker/innen Sozialer Arbeit. Doch – um es nochmals mit den Worten von Staub-Bernasconi auf den Punkt zu bringen – wie kann von anderen Professionen oder gar der Gesellschaft mehr Anerkennung erwartet werden, wenn nicht einmal die Sozialarbeitenden selbst genau wissen, was ihre zentralen Aufgaben und ihr Grundlagen- wie methodische Wissen sind?

Dieses Phänomen der immer noch ungefestigten professionellen Identität Sozialer Arbeit ist denn auch im Spital festzustellen und widerspiegelt sich schliesslich in der schlechten Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital. Wie bereits am Ende des Kapitels 2.3 kurz aufgegriffen wurde, bestimmen nicht nur die Mediziner/innen sowie andere Berufsgruppen des interdisziplinären Teams und die Spitalhierarchie die Randposition der Klinischen Sozialarbeit im Spital. Die Position Klinischer Sozialarbeit im Spital wird massgeblich auch von ihr selbst verursacht. So lässt sie sich scheinbar widerstandslos in diese tendenzielle Randständigkeit drängen. Und dies hat massgeblich mit ihrem beruflichen Identitätsproblem zu tun. Denn hätten die Spitalsozialarbeitenden eine gemeinsame professionelle Identität, würden sie sich selbstbewusster, vehementer und insbesondere auch im Kollektiv für eine bessere bzw. ihren spezifischen Kompetenzen entsprechende Positionierung einsetzen.

Wie bereits angesprochen wurde, spielt bei der Positionierung Klinischer Sozialarbeit im Spital auch die Spitalhierarchie bzw. die Organisation Spital eine zentrale Rolle. Im Kapitel 4.5.2 wurde auf die Mintzberg'sche Typologie von fünf verschiedenen Organisationsformen eingegangen. Im Rahmen dieser Typologie werden Spitäler zu der Organisationsform der professionellen Organisationen gezählt. Diese zeichnen, um es nochmals zu erwähnen, insbesondere die weitgehende fachliche Autonomie der Professionellen innerhalb der Organisati-

on aus. Wie jedoch bereits im Kapitel 2.2.1 und auch im Kapitel 2.3.1 gesehen werden konnte, sind Spitäler in der Realität viel eher dem bürokratischen Organisationstyp zuzuordnen. Denn Spitäler werden in aller Regel von den Hierarchiespitzen, insbesondere vom ärztlichen Dienst und der Verwaltung aus koordiniert und die Professionellen, die nicht in der Leitung sind, werden unter anderem durch persönliche Weisungen erheblich in ihrer fachlichen Autonomie eingeschränkt. Die hierarchisch strukturellen Rahmenbedingungen, in welchen sich die Klinische Sozialarbeit im Spital bewegen muss, begünstigen deren tendenzielle Randständigkeit zusätzlich. Da der Spitalsozialdienst entweder dem medizinischen Sektor oder der Verwaltung zugeordnet und somit unterstellt ist, ist eine gewisse Fremdbestimmung praktisch nicht zu vermeiden. Für eine weitgehendste Selbstbestimmung bzw. Autonomie bräuchte der Sozialdienst eine eigene Leitungsposition bzw. eine eigene Vertretung in der Spitalleitung. Doch dies ist aus Gründen, wie der geringen personellen Vertretung Sozialarbeitender im Spital, wohl (so schnell) nicht zu erreichen. Die geringe quantitative Präsenz Sozialarbeitender ist denn auch als weitere strukturelle Rahmenbedingung zu nennen, die die Position Klinischer Sozialarbeit im Spital wesentlich mitbegünstigt. Denn dadurch bleibt das Bild ihrer Tätigkeit verschwommen, was einerseits die Randständigkeit noch erhöht und andererseits die Spitalsozialarbeitenden zwingt, sich bzw. ihre Arbeit immer wieder vorzustellen, das heisst ihre eigentlichen Aufgaben, ihre spezifischen Kompetenzen und auch ihre Methoden zu kommunizieren.

Wie im Kapitel 2.2.1 festgestellt wurde, ist das primäre Ziel von Spitälern die Krankenbehandlung bzw. die medizinische Versorgung. Davon ist abzuleiten, dass die Klinische Sozialarbeit im Spital nicht in erster Linie wichtig ist für dessen Kerngeschäft. Aber: Wie im Kapitel 4.5.1 beschrieben, besagt die organisationstheoretische Betrachtung von Organisation über das Ziel einer Organisation, dass dieses von der Gesellschaft bzw. deren Anforderungen an die Organisation mitbestimmt wird. Da die Gesellschaft von einem Spital zunehmend eine ganzheitliche Behandlung wünscht oder anfordert, muss dies die Organisation Spital auch zusehends in ihrer Zielformulierung und -umsetzung berücksichtigen. Das heisst, im Rahmen einer Behandlung darf sie nicht nur dem medizinisch-pflegerischen Aspekt Beachtung schenken, sondern muss auch dem psychosozialen Aspekt genügend Gewicht geben, um die geforderte ganzheitliche Behandlung zu gewährleisten. Eine solche ganzheitliche Behandlung setzt jedoch Kooperation zwischen den verschiedenen, für die Behandlung benötigten Dis-

ziplinen, voraus. Doch damit steht es, wie im Kapitel 2.3 beschrieben wurde, nicht zum Besten. Insbesondere die Zusammenarbeit der Klinischen Sozialarbeit mit der Medizin gestaltet sich als eher schwierig. So ist sie denn auch einer der zentralsten Belastungspunkte der Spitalsozialarbeitenden.

Weshalb ist das so, abgesehen von dem unterschiedlich ausgeprägten Professionalisierungsgrad der an der Behandlung beteiligten Disziplinen bzw. Professionen? Mit den verschiedenen Professionen treffen auch verschiedene Professionskulturen mit je eigenen Deutungs- und Handlungsmustern aufeinander. Diese wiederum bringen unterschiedliche Fallbeurteilungen mit sich. Das kann schliesslich zu Konflikten zwischen den Professionen führen. Solche interprofessionelle Konflikte verstärken sich umso mehr, wenn eine oder mehrere der an der Zusammenarbeit beteiligten Professionen ihre Fallbeurteilungen als allein relevant ansehen und durchsetzen will bzw. wollen. Damit einher geht oft der Versuch, die interprofessionelle Koordination mit dem Machtinstrument der persönlichen Weisung zu erreichen. Auf Seiten der so angesprochenen Professionen führt dies jedoch in der Regel zu offenem oder verdecktem Widerstand, da persönliche Weisungen einen massiven Eingriff bzw. eine Einschränkung ihrer fachlichen Autonomie darstellen.

### *Zusammenfassung*

Zusammenfassend und aus professionstheoretischer Perspektive kann die derzeitige Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital damit begründet werden, dass die Klinische Sozialarbeit bzw. die Soziale Arbeit als sich (noch) herausbildende Profession im Spital auf die Medizin als seit langem etablierte Profession trifft. Diese unterschiedlichen Professionalisierungsgrade bringen ein Machtgefälle und einen grossen Autonomieunterschied zwischen den beiden Disziplinen mit sich. Während die Ärzte/Ärztinnen ihr professionelles Handeln weitgehend selbst bestimmen können, werden die Spitalsozialarbeitenden weitgehend fremdbestimmt. Diese Fremdbestimmung wird zusätzlich begünstigt durch die Organisation Spital und deren hierarchisch strukturellen Rahmenbedingungen, in welchen sich die Klinische Sozialarbeit bewegen muss. Durch die noch immer ungefestigte professionelle Identität Sozialer Arbeit, welche sich auch im Spital deutlich bemerkbar macht, bedingt die Klinische Sozialarbeit ihre unbefriedigende Position im Spital zudem massgeblich mit.

### 5.3 Beantwortung der Fragestellung 3

In diesem Kapitel soll die Fragestellung 3 dieser Arbeit beantwortet werden.

- *Fragestellung 3: Wie kann die Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital gestärkt werden?*

Wie im Rahmen der Beantwortung der Fragestellung 1 dieser Arbeit geklärt wurde, ist die Position, die die Klinische Sozialarbeit im Spital einnimmt, eine eher schwierige. Sie wird häufig weitgehend fremdbestimmt und kann meist nicht im Sinne ihres professionellen Selbstverständnisses arbeiten.

Wie in dieser Arbeit nun schon mehrmals erwähnt wurde, aber eben doch sehr zentral ist, wird die unbefriedigende Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital durch die Spitalhierarchie, das interdisziplinäre Team – im Besonderen die Medizin – und schliesslich auch durch die Klinische Sozialarbeit selbst verursacht.

Diese Feststellung ist vor allem auch für die Beantwortung der Fragestellung 3 von zentraler Relevanz. Um die Frage, wie die Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital gestärkt werden kann, zu beantworten, braucht es nach Meinung der Autorinnen eine klare Trennung zwischen den Stärkungsmassnahmen, welche die Klinische Sozialarbeit im Spital oder die Soziale Arbeit im Allgemeinen eigenständig umsetzen kann und denjenigen, die von Seiten der Organisation Spital sowie des interdisziplinären Teams, insbesondere der Medizin, eine gewisse Kooperation voraussetzen. Stärkungsmassnahmen, welche die Organisation Spital und die Medizin betreffen, können durch die Soziale Arbeit nicht unmittelbar und mit Sicherheit umgesetzt werden. Dazu ist sie auf deren Kooperation angewiesen. Die Organisation Spital beispielsweise kann zwar versucht beeinflusst zu werden, indem auf Spitalleitungs- oder kantonaler Ebene an Veränderungen zur Stärkung der Position Klinischer Sozialarbeit im Spital gearbeitet wird. Ob die Organisation Spital sich aber beeinflussen lässt bzw. dementsprechend kooperiert, liegt schliesslich nicht in den Händen der Sozialen Arbeit. So können auch die Mediziner/innen nicht unmittelbar und mit Sicherheit verändert werden. Auch sie können nur versucht beeinflusst zu werden, indem ihnen zum Beispiel gut gemeinte Hinweise bezüglich der interdisziplinären Zusammenarbeit erteilt werden. Es sollte jedenfalls nicht (nur) auf die Medizin und die Organisation Spital vertraut werden, wenn wirklich eine

verbesserte Position Klinischer Sozialarbeit im Spital erzielt werden will. Um eine gestärkte Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital zu erreichen, muss dies vor allem selbst in die Hand genommen werden. Aus diesem Grund werden im Folgenden die herausgearbeiteten möglichen Stärkungsmassnahmen bzw. Handlungsentwürfe unterteilt in solche, die die Soziale Arbeit im Allgemeinen oder die Klinische Sozialarbeit im Spital im Speziellen eigenständig umsetzen kann und in solche, die sich lediglich indirekt herbeiführen lassen.

### **5.3.1 Eigenständig umsetzbare Stärkungsmassnahmen**

#### *Gefestigte professionelle Identität Sozialer Arbeit*

Wie im Rahmen der Beantwortung der Fragestellung 2 deutlich wurde, hat die Klinische Sozialarbeit im Spital, wie die Soziale Arbeit allgemein, ein Identitätsproblem bzw. eine immer noch ungefestigte professionelle Identität. Deshalb muss die Soziale Arbeit bzw. müssen die Sozialarbeitenden (Praktiker/innen wie auch Theoretiker/innen) dringend an der Festigung ihrer professionellen Identität arbeiten. Dies ist wohl leichter gesagt als getan. Doch, wie ebenfalls aufgezeigt, ist dies eine zentrale Voraussetzung dafür, dass die Soziale Arbeit zu einer unbestrittenen, etablierten Profession werden kann.

Zu einer gefestigten professionellen Identität gehört, wie ebenfalls im Rahmen der Beantwortung der Fragestellung 2 erwähnt, eine präzise eigene Definition von seiner Disziplin zu haben. Dazu zählen gemäss Staub-Bernasconi (2007) „a) für welche Problematiken man zuständig ist, b) auf welches Bezugs-, d.h. Beschreibungs- und Erklärungswissen man sich für die Begründung des Vorgehens stützt, c) welche Ziele man verfolgt und d) wie man die Wirksamkeit des professionellen Handelns überprüft“ (S.2).

Die Soziale Arbeit bzw. die Sozialarbeitenden müssen eine gefestigte professionelle Identität erreichen. Nur so können die Professionalisierungsversuche Sozialer Arbeit im deutschsprachigen Raum in Zukunft zu einem erfolgreichen Abschluss kommen. Und dies würde unter anderem massgeblich zu einer gestärkten Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital beitragen.

Aber auch die mit einer gefestigten professionellen Identität einhergehende präzise Eigendefinition würde viel zu der angestrebten verbesserten Stellung Klinischer Sozialarbeit im Spital beitragen. Denn damit könnten die Spitalsozialarbeitenden gegenüber der Spitalleitung sowie den interdisziplinären Teamkollegen klarer ausdrücken bzw. formulieren, was ihre eigentliche Funktion, ihre Aufgaben und ihre spezifischen Kompetenzen sind; wessen Bedeutung unter ‚Vermehrte Kommunikation der Aufgaben und Kompetenzen‘ aufgezeigt wird.

#### *Wissenschaftliches Wissen und Berufsethik*

Im Rahmen der Beantwortung der Fragestellung 2 wurde geklärt, dass nebst der gefestigten professionellen Identität eine weitere zentrale Voraussetzung, um eine etablierte Profession werden zu können, ist, über bestimmte (professionelle) Standards zu verfügen. Im Professionsverständnis von Staub-Bernasconi sind dies insbesondere wissenschaftliches Wissen und eine Berufsethik.

Die Berufsethik Sozialer Arbeit ist im Ethikkodex von *AvenirSocial* verankert. Dies auf nationaler Ebene. Auf internationaler Ebene ist die Berufsethik Sozialer Arbeit in der Deklaration der Ethischen Prinzipien der *International Association of Social Work* und der *International Association of Schools of Social Work* festgehalten. Diesen relevanten Aspekt einer erfolgreichen Professionsbildung erfüllt die Soziale Arbeit also.

Das wissenschaftliche Wissen Sozialer Arbeit besteht insbesondere aus Handlungswissen, also aus Handlungstheorien und davon abgeleiteten und somit wissenschaftlich fundierten Methoden. Auch wenn die Soziale Arbeit sicherlich noch einiges in Sachen Forschung und Weiterentwicklung theoretischer Grundlagen tun kann, muss sie sich diesbezüglich alles andere als verstecken. Ihre Teildisziplin Klinische Sozialarbeit im Spital als Beispiel besitzt, wie im Kapitel 2.2.2 erwähnt, nebst ihren sozialarbeiterischen Fach- und Methodenkompetenzen zusätzlich Wissensbestandteile diverser anderen Disziplinen des Gesundheitswesens. Dieses umfangreiche Wissen bringt zum Ausdruck, dass die Klinische Sozialarbeit im Spital durchaus wissenschaftlich tätig ist und mit den anderen spitalinternen Disziplinen wie Medizin und Pflege mithalten kann.



Die Berufsethik und das wissenschaftliche Wissen machen die Soziale Arbeit, wie im Rahmen der Beantwortung der Fragestellung 2 erwähnt, weitgehend unabhängig von Trägerschaften/Finanzgebern und Politikern/Politikerinnen, aber auch von anderen Disziplinen oder Professionen. Das heisst, durch die beiden professionellen Standards kann sie selbstbestimmte Aufträge formulieren. Sie kann zudem Aufträge, die ihr von anderen gegeben werden, annehmen, aber auch ablehnen. Für die Klinische Sozialarbeit im Spital heisst das, dass sie nicht zwingend auf ein Mandat bzw. einen Auftrag seitens der Ärzteschaft oder der Pflege warten muss, um tätig werden zu können. Sie kann sich aufgrund des wissenschaftlichen Wissens und der Berufsethik ein eigenes Urteil über die Situation der Patienten/Patientinnen bilden und auch das mögliche weitere Vorgehen eigenbestimmt wählen.

#### *Klarer Entscheid für Professionalisierungsszenario*

Damit die Soziale Arbeit nach jahrelangen Professionalisierungsversuchen im deutschsprachigen Raum zu einer unumstrittenen, etablierten Profession werden kann, benötigt es, wie auch im Rahmen der Beantwortung der Fragestellung 2 erwähnt, nebst der gefestigten professionellen Identität und den dazugehörenden professionellen Standards auch einen ganz bewussten und deutlichen Entscheid für das Professionalisierungsszenario. Also einen Entscheid darüber, ob die Soziale Arbeit überhaupt eine Profession werden oder ein „ganz normaler“ sozialer Beruf bleiben soll. Diesen Entscheid benötigt es insbesondere von den Ausbildungsträgern, den Berufsverbänden und den Trägern des Sozialwesens.

#### *Vermehrte Kommunikation der Aufgaben und Kompetenzen*

Im Rahmen der Beantwortung der Fragestellung 1 wurde mehrmals zum Ausdruck gebracht, dass sowohl in der Spitalleitung, als auch im interdisziplinären Team mangelnde Kenntnis und zuwenig Verständnis bezüglich des Fachgebiets der Klinischen Sozialarbeit im Spital herrscht. Dies führt, wie ebenfalls erwähnt, unter anderem dazu, dass die Klinische Sozialarbeit im Spital nur noch die Restaufgaben, wie etwa das Entlassungsmanagement, zugeteilt bekommt, die die Ärzte/Ärztinnen bzw. die Pflegenden nicht selber erledigen können oder wollen. Auch sind die fehlenden Kenntnisse über die sozialarbeiterische Disziplin der wahrscheinliche Grund dafür, dass die Spitalsozialarbeitenden meist erst kurz vor Spitalaustritt der Patienten/Patientinnen in den Behandlungsprozess einbezogen werden, da das medizi-

nische Personal nicht genau weiss, für was die Klinische Sozialarbeit im Spital eigentlich zuständig ist.

Es ist leicht zu erkennen, dass es im Spital dringend eine intensivere, das heisst vermehrte und offensivere Information über das Fachgebiet der Klinischen Sozialarbeit im Spital braucht. Die Spitalsozialarbeitenden müssen ihre eigentlichen Aufgaben und ihre spezifischen Kompetenzen, wie sie im Kapitel 2.2.2 aufgezeigt wurden, sowohl in der Spitalleitung, als auch im interdisziplinären Team deutlich machen. Denn, wenn die Klinische Sozialarbeit im Spital vermehrt kommuniziert, was sie nebst dem Entlassungsmanagement sonst noch zu bieten hat, ist es auch wahrscheinlicher, dass sie angemessen genutzt wird.

Erforderlich ist auch eine vermehrte und offensivere Kommunikation bezüglich den Realitäten im Gesundheits- und Sozialwesen. Beispielsweise, dass gerade das Entlassungsmanagement und somit die Vernetzungsarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialwesen um einiges aufwändiger ist, als dies die Ärzte/Ärztinnen und Pflegenden (scheinbar) annehmen.

Für diese Art von Öffentlichkeitsarbeit eignen sich die interdisziplinären Teamsitzungen, aber auch gemeinsame Visiten und Rapporte. Dies sind gute Gelegenheiten, um die anderen spitalinternen Disziplinen über die Aufgaben und Kompetenzen der Klinischen Sozialarbeit im Spital zu informieren.

Dasselbe Ergebnis resultiert auch aus der Systemtheorie. Auch aus systemtheoretischer Sicht muss die Klinische Sozialarbeit im Spital vermehrte Kommunikation bezüglich ihren spezifischen Kompetenzen und ihrem Nutzen für das Spital betreiben. Denn, wie im Rahmen der Beantwortung der Fragestellung 2 beschrieben, konzentriert sich die Organisation Spital aufgrund ihrer Funktion der Krankenbehandlung zu stark auf das Medizinsystem, welches dieselbe Funktion wahrnimmt. Das System der Sozialen Hilfe rückt dadurch in den Hintergrund. Auch gegenüber dem Medizinsystem muss das System der Sozialen Hilfe seine Funktion transparenter machen. Denn, damit es vom Medizinsystem nicht nur die Restaufgaben delegiert erhält, muss das Medizinsystem genau wissen, welche Funktion das System der Sozialen Hilfe wahrnimmt. Dazu muss das Funktionssystem Soziale Hilfe dem Medizinsystem und eben auch der Organisation Spital aber vermehrt seine Funktion aufzeigen, die sich auf die

persönlichen und sozialen Probleme der Patienten/Patientinnen bezieht, welche im Zusammenhang mit deren Erkrankungen stehen. Dadurch wird der Organisation Spital und dem Medizinsystem bewusst, welche Funktion das System der Sozialen Hilfe hat und wie relevant diese für die Erfüllung der Krankenbehandlung ist.

Aus systemtheoretischer Sicht ist das Problem dabei jedoch, dass Systeme von aussen nur schwer beeinflussbar sind, wie dies im Kapitel 3.1 beschrieben wurde. Da Systeme nur innerhalb ihrer Grenze operieren, kann nicht von aussen in die Systeme interveniert werden. Sie können von aussen bzw. aus ihrer Umwelt nicht direkt verändert werden. Das Ziel, dass sich die Organisation Spital stärker auf das Funktionssystem Soziale Hilfe konzentriert bzw. dass das Medizinsystem das Funktionssystem Soziale Hilfe angemessen nützt, ist nach dem systemtheoretischen Verständnis demzufolge schwierig zu erreichen, jedoch nicht aussichtslos. Das Funktionssystem Soziale Hilfe muss aus der Umwelt gezielt Signale so setzen, dass die Organisation Spital und das Medizinsystem darauf reagieren. Diesbezügliche Möglichkeiten sind zum Beispiel Plakate im Spital aufzuhängen, welche zum Ausdruck bringen, was seine Funktion und Aufgaben sind. Dasselbe kann auch mit Flyers geschehen, die innerhalb des Spitals verteilt werden. Es könnten aber auch Workshops durchgeführt werden, in denen die Klinische Sozialarbeit im Spital mit ihrer Funktion und ihren Aufgaben vorgestellt wird. Wichtig dabei ist einfach, dass die Massnahmen so getroffen werden, dass die Organisation Spital und das Medizinsystem darauf reagieren und erkennen, wie wichtig das Funktionssystem Soziale Hilfe für die Krankenbehandlung ist.

Mit den unbefriedigenden Fremdeinschätzungen sowie der Fremdbestimmung der Klinischen Sozialarbeit im Spital kann es erst dann besser werden, wenn sie ihre eigentlichen Aufgaben und ihre spezifischen Kompetenzen sowohl im interdisziplinären Team, als auch in der Spitalleitung vermehrter, offensiver und klarer kommuniziert.

### *Gestärktes Selbstbewusstsein*

Die Klinische Sozialarbeit im Spital hat Mühe, im medizinischen Umfeld des Spitals ihren zentralen originären Beitrag zur Behandlung von Patienten/Patientinnen und damit ihre Berechtigung im Spital deutlich zu machen. Es fehlt ihr an Selbstbewusstsein.

Wie im Kapitel 2.2.2 aufgezeigt, hat sie dazu aber überhaupt keinen Grund. Die Klinische Sozialarbeit im Spital verfügt nicht nur über viele Stärken, sie stellt in der Tat einen unverzichtbaren Teil im Behandlungsprozess des Spitals dar. Sie hat also durchaus eine Daseinsberechtigung im Spital. Dieser Tatsache müssen sich die Spitalsozialarbeitenden bewusst werden. Sie müssen sich bewusst werden, dass ihre Disziplin bezüglich ihrer Behandlungsbeiträge auf der gleichen Ebene mit der Medizin und der Pflege steht.

Natürlich hat dieses mangelnde Selbstbewusstsein (und damit wahrscheinlich auch die mangelnde Kommunikation bezüglich der eigentlichen Aufgaben und spezifischen Kompetenzen) massgeblich mit der ungefestigten professionellen Identität Sozialarbeitender zu tun. Das heisst, wenn sich die professionelle Identität Sozialer Arbeit festigt, wird nach Meinungen der Autorinnen auch deren Selbstbewusstsein zunehmen.

Damit die Klinische Sozialarbeit im Spital die angestrebte bessere Position erreichen kann, ist es zentral relevant, dass sie ihre unverzichtbaren Behandlungsbeiträge offen legt und deutlich macht.

#### *Bessere Integration ins interdisziplinäre Team*

Systemtheoretisch betrachtet benötigt die Klinische Sozialarbeit im Spital eine bessere Integration ins interdisziplinäre Team, um sich von der Abhängigkeit vom Medizinsystem zu lösen. Denn, wie im Rahmen der Beantwortung der Fragestellung 1 erwähnt, gelangt das System der Sozialen Hilfe in der Regel über das Medizinsystem an die Informationen zu den Versorgungsbedürfnissen der Patienten/Patientinnen. Dadurch ist das Funktionssystem Soziale Hilfe auf die Wahrnehmung und Erkennung von persönlichen und sozialen Problemen von Patienten/Patientinnen durch das Medizinsystem angewiesen. Dies führt zu einer Abhängigkeit der Funktionserfüllung des Systems der Sozialen Hilfe, welche umso grösser ist, wenn dieses nicht gut in das interdisziplinäre Team integriert ist und der Informationsfluss nicht reibungslos funktioniert.

Das bedeutet, das Funktionssystem Soziale Hilfe muss dafür sorgen, dass es selber entscheiden kann, ob bzw. bei welchen Patienten/Patientinnen eine Sozialberatung angezeigt ist. Konkret heisst das, es muss unbedingt – und falls erforderlich mit Nachdruck – die Forderung

anbringen, möglichst frühzeitig bzw. innerhalb der ersten zwei, drei Tagen nach Spitaleintritt über die Patienten/Patientinnen informiert zu werden. Somit kann es selbstständig entscheiden, ob die Patienten/Patientinnen ihre Funktion benötigen oder nicht. Die Funktion des Systems der Sozialen Hilfe würde somit nicht erst dann aktiv, wenn das Medizinsystem dies bestimmt, sondern wenn es dies selber als angemessen erachtet. Dies würde zudem einen weiteren Vorteil mit sich bringen: Das System der Sozialen Hilfe steht weniger unter Zeitdruck, da es frühzeitig sieht, welche Patienten/Patientinnen welche Unterstützung benötigen und dementsprechend mehr Zeit hat, um seine Funktion in seinem Sinne erfüllen zu können.

Eine bessere Integrierung ins interdisziplinäre Team würde dazu beitragen, dass das Funktionssystem Soziale Hilfe deutlich weniger oder gar nicht mehr vom Medizinsystem abhängig wäre und damit einen grossen Schritt in Richtung selbstständiges Funktionssystem vorankommen würde. Und das wiederum wäre eine Entwicklung, welche massgeblich zu einer besseren Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital beitragen würde.

### **5.3.2 Auf Medizin angewiesene Stärkungsmassnahmen**

#### *Koordination von Klinischer Sozialarbeit und Medizin im Spital / Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit*

Wie im Rahmen der Beantwortung der Fragestellung 2 beschrieben, eignet sich zur Koordination von verschiedenen Professionen/Disziplinen in einer Organisation, und somit zur Koordination der Sozialen Arbeit bzw. Klinischen Sozialarbeit und der Medizin im Spital, die fallorientierte Lebenslagenanalyse von Hey. Dieses methodische Instrument ist in der Lage, zwischen den verschiedenen Professionskulturen, den professionsspezifischen Sinnwelten und somit den unterschiedlichen Deutungs- und Handlungsmustern koordinierend zu vermitteln. Es ist imstande, die professionsspezifischen Fallbeurteilungen, das heisst die Situations- und Problemanalysen sowie die für geeignet empfundenen Behandlungsmassnahmen, zu integrieren. Die fallorientierte Lebenslagenanalyse fängt damit Konfliktpotential zwischen den an der Behandlung der Patienten/Patientinnen beteiligten Professionellen auf und trägt dadurch massgeblich zu einer gelungenen interprofessionellen Kooperation bei.

Um die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu verbessern, benötigt es aber auch andere, über die Fallarbeit hinausgehende Aktivitäten. Wie im Kapitel 2.2.2 erwähnt, ist eine Aufgabe Klinischer Sozialarbeit im Spital die Weiterbildung von Angehörigen anderer Disziplinen über das eigene Fachgebiet. Dieser Auftrag darf nicht vernachlässigt werden. Denn, wie nun bereits mehrmals erwähnt, ist es für die interprofessionelle Zusammenarbeit zentral relevant, dass die an der Zusammenarbeit Beteiligten über die benötigten fachlichen Kenntnisse über die jeweils anderen Disziplinen verfügen. Solche Weiterbildungen können sowohl team- als auch spitalintern, also abteilungsübergreifend stattfinden. Ebenfalls scheint (externer) Unterricht an Schulen für Pflegeberufe beispielsweise oder das Mitwirken an Fortbildungen für Mediziner/innen als geeignet. Umgekehrt können die Spitalsozialarbeitenden an Kursen und Fortbildungsveranstaltungen für Teammitglieder bzw. Kooperationspartner/innen teilnehmen. Wichtig ist, dass solche interdisziplinäre Weiterbildungen gegenseitig sind und zur fachlichen Horizonterweiterung beitragen. Dadurch können auch verschiedene Professionskulturen und professionsspezifische Sinnwelten kennen gelernt werden, womit mehr Verständnis für die jeweils anderen Disziplinen geweckt wird, was ebenfalls zu einer besseren Kooperation führt.

Damit es zwischen den verschiedenen Professionen nicht zu (Geltungs)Konflikten kommt, sind zudem Werte wie Toleranz, Wertschätzung und Respekt, die den jeweils anderen Disziplinen entgegengebracht werden, vorausgesetzt. Zentral wichtig ist auch, dass die Kommunikation zwischen den verschiedenen Professionen nicht von persönlichen Weisungen seitens einer oder mehrerer dominierender Professionen beherrscht wird. Denn dies führt auf Seiten der so angesprochenen Professionen zu Widerstand, was nicht kooperationsförderlich ist. Dies kann sich ein Spital nicht leisten, denn gerade in Zeiten von zunehmendem wirtschaftlichem Druck und damit immer kürzeren Liegezeiten braucht es eine gute Kooperation zwischen den am Behandlungsprozess der Patienten/Patientinnen beteiligten Disziplinen.

### 5.3.3 Auf Organisation Spital angewiesene Stärkungsmassnahmen

#### *Forderungen auf Ebene der Spitalleitung bzw. auf kantonaler Ebene / Verbindliche Stellenbeschreibungen*

Wie die Beantwortung der Fragestellung 2 aufgezeigt hat, verfügt das Funktionssystem Soziale Hilfe neben professionell Tätigen auch über freiwillige Helfer/innen. Auch zeigt die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit auf, dass in ihren Anfängen die sozialarbeiterische Tätigkeit im Spital von Laien durchgeführt wurde. Vor allem aber sind noch heute nicht in allen Spitälern professionelle Sozialarbeitende aktiv. Die sozialarbeiterischen Aufgaben werden dort von Angehörigen des Pflegedienstes erledigt. Das führt dazu, dass das Medizinsystem zur Erkenntnis gelangt, dass die Funktion des Systems der Sozialen Hilfe auch von nicht professionellen Sozialarbeitenden erfüllt werden kann. Die Funktion des Systems der Sozialen Hilfe wird damit abgewertet und die Klinische Sozialarbeit im Spital zur Hilfskraft und Delegationsinstanz gemacht. Um dem entgegenzuwirken, muss das Funktionssystem Soziale Hilfe dafür sorgen, dass ausschliesslich professionelle Sozialarbeitende seine Funktion im Spital übernehmen. Dadurch wird dem Medizinsystem bewusst, dass es für die Funktionserfüllung des Systems der Sozialen Hilfe professionelle Sozialarbeitende benötigt und die Funktionserfüllung hohe Ansprüche voraussetzt. Dies trägt wesentlich dazu bei, dass die Klinische Sozialarbeit im Spital die Anerkennung erhält, die ihr zusteht. Die Klinische Sozialarbeit im Spital oder die Soziale Arbeit allgemein muss sich demzufolge dafür einsetzen, dass in Spitälern nur noch ausgebildete Sozialarbeitende eingestellt werden. Die Arbeit der Klinischen Sozialarbeit im Spital darf nicht mehr von sozialarbeiterischen Laien bzw. von Angehörigen der Pflege (oder der Überleitungspflege) übernommen werden.

Die Beantwortung der Fragestellung 2 ergab zudem, dass das Funktionssystem Soziale Hilfe in der Organisation Spital auch deshalb stark von anderen abhängig ist, weil es entweder dem Medizinsystem oder der Verwaltung unterstellt ist. Um gegen diese Abhängigkeit des Funktionssystems Soziale Hilfe vorzugehen, ist es dringend notwendig, dass das System Soziale Hilfe selbst in der Leitung der Organisation Spital vertreten ist. Dadurch kann es an Entscheidungen teilnehmen, mitentscheiden und ist zudem über jede neue Information und Veränderung direkt in Kenntnis gesetzt. Die Soziale Arbeit muss sich also dafür einsetzen, dass die Klinische Sozialarbeit im Spital eine eigene oder zumindest eine mit den weiteren (in

der Spitalleitung nicht vertretenen) Spitaldiensten, wie die Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie etc., gemeinsame Vertretung in der Spitalleitung erhält.

Wie zu Beginn des Kapitels 2.3 erwähnt, kann es von Spital zu Spital stark variieren, wie die Klinische Sozialarbeit in die Organisation strukturell eingebettet ist. Das heisst, es hängt von den Spitälern ab, ob ihre jeweiligen Spitalsozialdienste günstige strukturelle Rahmenbedingungen antreffen oder nicht. Die Klinische Sozialarbeit im Spital benötigt demnach dringend verbindliche Stellenbeschreibungen. Es gibt zwar in der Schweiz Stellenbeschreibungen des *Schweizerischen Fachverbandes Sozialdienst in Spitälern (SFSS)* und etwa in Deutschland von der *Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK)*. Jedoch sind diese noch nicht in allen Spitälern eingeführt worden. Die Soziale Arbeit oder die Klinische Sozialarbeit im Spital muss sich dafür einsetzen, dass die Stellenbeschreibungen für sämtliche Spitäler zu verbindlichen Richtlinien werden.

### *Zusammenfassung*

Zusammenfassend werden die herausgearbeiteten möglichen Massnahmen zur Stärkung der Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital hier noch einmal aufgeführt:

- Gefestigte professionelle Identität Sozialer Arbeit
- Wissenschaftliches Wissen und Berufsethik
- Klarer Entscheid für Professionalisierungsszenario
- Vermehrte Kommunikation der Aufgaben und Kompetenzen
- Gestärktes Selbstbewusstsein
- Bessere Integrierung ins interdisziplinäre Team



- Koordination der Klinischen Sozialarbeit und der Medizin im Spital sowie weitere Massnahmen zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Forderungen auf der Ebene der Spitalleitung bzw. auf kantonaler Ebene sowie verbindliche Stellenbeschreibungen

Es liegt nun an den Berufsangehörigen, den Ausbildungsträgern, den Berufsverbänden und den Trägern des Sozialwesens, diese Massnahmen tatkräftig umzusetzen, um eine gestärkte Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital zu erreichen.

## **6 Abschliessende Gedanken und Ausblick**

Im letzten Kapitel soll es Platz haben für die persönlichen Gedanken der Autorinnen bezüglich ihrer Bachelor-Arbeit bzw. verschiedenen Aspekten ihres gewählten Themengebietes. Zudem werden einige Ideen zu möglichen weiteren Bachelor-Arbeiten, Projekten etc. angeführt.

### **6.1 Persönliche Gedanken**

Die Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital zu beschreiben, zu erklären sowie Handlungsentwürfe abzuleiten, war für uns sehr spannend und auch herausfordernd. Die Erfahrung, die Andrea Born als Pflegefachfrau HF im Spital in Bezug auf die Position der Klinischen Sozialarbeit gemacht hat, wurden im Laufe der Arbeit bestätigt und ergänzt. Die Schilderungen von Roland Lukas bezüglich des Exotendaseins der Klinischen Sozialarbeit im Spital waren für uns zu Beginn der Arbeit nicht nachvollziehbar. Wir diskutierten darüber und fanden den Grund vor allem darin, dass wir aufgrund des Studiengangs Sozialarbeit die Vorstellung hatten, dass die Soziale Arbeit auch in der Praxis als Profession betrachtet wird und eine dementsprechende Anerkennung genießt. Die Realität ist leider eine andere, wie dies gerade die Klinische Sozialarbeit im Spital aufzeigt. Im Laufe der Arbeit wurden natürlich weitere Gründe erkennbar, welche die unbefriedigende Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital nachvollziehbar machen.

Die Beschreibung der Klinischen Sozialarbeit war für uns einerseits interessant. Wir lernten ein Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit umfassender kennen, welches wir aus dem Modul Sozialarbeit und Gesundheit bereits etwas kannten. Andererseits fehlte uns zum Teil die persönliche Praxiserfahrung, um uns die Situation der Klinischen Sozialarbeit im Spital sowie deren Aufgaben, Kompetenzen oder Funktion besser vorstellen zu können. Andrea verfügte zwar über praktische Erfahrungen aus dem Spitalalltag sowie über die Zusammenarbeit der Klinischen Sozialarbeit im Spital. Diese konnte sie auch einbringen, jedoch aus der Funktion und Sicht einer Pflegefachfrau. Die Beschreibung der Funktion, Aufgaben und Kompetenzen zeigte uns auf, wie wichtig die Klinische Sozialarbeit im Spital für die Patienten/Patientinnen, für das Spital und auch für den ökonomischen Aspekt des Gesundheitswesens ist. Dadurch, dass die Klinische Sozialarbeit sich mit den individuellen Bedürfnissen und sozialen Faktoren der erkrankten Menschen innerhalb des Spitals beschäftigt, ist sie eine unverzichtbare Ergän-

zung zur Medizin, welche sich ausschliesslich auf die Behandlung von Krankheitssymptomen konzentriert.

Ein zentraler Teil der Arbeit war die soziologische Systemtheorie von Niklas Luhmann, welche analytische Erkenntnisse für die Beantwortung der Fragestellungen lieferte und damit einen Teil der Fragestellung 2 und 3 beantworten liess. Mit der Systemtheorie wurde das Problem der unbefriedigenden Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital aus einer abstrakten Sichtweise aufgezeigt. Anfangs war es schwierig, zwischen dieser Theorie und unserem praxisnahen Thema eine Verbindung oder Parallele herzustellen. Eine intensive Auseinandersetzung damit, viel Zeit und Geduld zahlten sich jedoch aus und schliesslich wurden Gewinne für die Beantwortung der Fragestellung 2 und 3 erkennbar. Obschon diese Theorie für uns sehr abstrakt war, beleuchtete sie unser Thema aus einer ganz anderen Sichtweise, was es für uns sehr spannend machte, und analytische Erkenntnisse aufzeigte, welche ohne diese Theorie nicht feststellbar gewesen wären.

Auch die Professionstheorie lieferte uns sehr viele analytische Erkenntnisse. Es war spannend, die geschichtliche Verortung von Professionen zu betrachten und auch zu sehen, was Professionen heute nach Silvia Staub-Bernasconi auszeichnen. Die Soziale Arbeit als Profession näher zu betrachten, war für uns sehr lehrreich. Dass sie mit ihrem umstrittenen Professionsstatus zu kämpfen hat, war uns bewusst. Als wir dies jedoch näher betrachteten und uns auch mit ihrem Identitätsproblem auseinandersetzten, wurde uns eindrücklich bewusst, dass die Soziale Arbeit selbst einen erheblichen (negativen) Beitrag dazu leistet, dass sie als Profession noch nicht weiterentwickelt ist. Es wurde uns zum Ende des Studiums hin nochmals deutlich, dass die Soziale Arbeit weiter und intensiver an der Festigung ihrer Identität arbeiten muss, um nicht weiterhin von anderen definiert zu werden und um in ihrer Professionswerdung weiterkommt. Ebenso ist es dringend notwendig, dass sie an der Verfestigung ihrer Profession arbeitet. Diskussionen unter uns ergaben, dass wir auch nach dem Studienabschluss, wenn wir in der Praxis tätig sein werden, an der Identität der Profession Sozialer Arbeit arbeiten müssen und gerade dadurch einen persönlichen Beitrag zu der Etablierung der sozialarbeiterischen Profession beitragen können. Im Vergleich zur Sozialen Arbeit, als noch ungefestigte Profession, war es interessant, die Entwicklung der Medizin, die bereits seit vielen Jahren eine etablierte Profession ist, näher zu betrachten. Dabei wurde deutlich,

dass auch die Medizin Hürden durchlaufen musste, bis sie den Status einer etablierten Profession erreichte. Dies zeigte uns auf, dass auch die Soziale Arbeit ihren Weg gehen und zu einer etablierten Profession werden kann.

Für die Arbeit war ursprünglich ein Praxiskapitel geplant, welches ein Vorbildbeispiel aufzeigen sollte, an dem sich die Klinische Sozialarbeit im Spital hätte orientieren können. Die Recherchen dazu ergaben, dass die Position der Klinischen Sozialarbeit in gewissen Institutionen, in welchen sie tätig ist, wie beispielsweise in der Psychiatrie oder der Geriatrie, zwar etwas besser ist, als in einem Akutspital, die Klinische Sozialarbeit jedoch auch dort (noch) nicht die Stellung hat, die ihr eigentlich zusteht. Ebenso sind wir zur Erkenntnis gelangt, dass diese auch von Organisation zu Organisation unterschiedlich sein kann.

Die Beantwortung der Fragestellung 2 zeigte uns aus unterschiedlichen Sichtweisen, weshalb die Klinische Sozialarbeit im Spital diese unbefriedigende Position einnimmt und klärte Fragen, welche zu Beginn der Arbeit für Diskussionen sorgten. Unerwartet für uns war, dass die Klinische Sozialarbeit selbst einen grossen Beitrag zu ihrer unbefriedigenden Position leistet.

Zu Beginn der Arbeit hatten wir Bedenken, ob sich aus der Systemtheorie für die Beantwortung der Fragestellung 3 Handlungsentwürfe ableiten lassen würden. Die Antwort auf die Fragestellung 3 zeigt jedoch auf, dass aus der Systemtheorie durchaus Handlungsanleitungen entwickelt werden können, diese jedoch stark von einer abstrakten Ebene auf eine konkretere, praxisnahe Ebene herabgesetzt werden müssen. Besser bzw. einfacher ging es, aus der Professionstheorie Handlungsentwürfe zu entwickeln, da deren Bezug zur Praxis näher ist, als jener der Systemtheorie. Somit konnten schliesslich doch zahlreiche Handlungsentwürfe herausgearbeitet werden, wie die Soziale Arbeit selbst viel dazu beitragen kann, die Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital zu verbessern.

Abschliessend sind wir der Meinung, dass wir mit unserer Bachelor-Arbeit sehr viel gelernt haben. Wir haben ein wichtiges Berufsfeld der Sozialen Arbeit – die Klinische Sozialarbeit – kennen gelernt. Auch lernten wir, eine Theorie zur Erklärung einer Problemstellung anzuwenden, welche sehr abstrakt ist. Insbesondere gelangten wir durch unsere Bachelor-Arbeit eindrücklich zur Erkenntnis, dass die Soziale Arbeit selbst etwas unternehmen muss, damit

sich ihre Position in der Gesellschaft verbessert. Das heisst für uns, dass wir auch nach Abschluss des Studiums einen Beitrag zur Stärkung der Sozialen Arbeit als Professionen leisten müssen.

## **6.2 Ausblick**

Wie im Kapitel zuvor beschrieben, ergaben unsere Recherchen während der Arbeit, dass die Position der Klinischen Sozialarbeit in Institutionen wie die Psychiatrie oder Geriatrie nicht erheblich besser ist, als im Akutspital. Diesen Erkenntnissen sind wir jedoch nicht weiter nachgegangen. Unserer Meinung nach wäre es äusserst spannend, im Rahmen einer Bachelor-Arbeit die Stellung der Klinischen Sozialarbeit in anderen Tätigkeitsfeldern wie beispielsweise der Geriatrie, der Rehabilitation oder der Psychiatrie zu untersuchen, um zu sehen, ob die Klinische Sozialarbeit dort die gleiche unbefriedigende Position, eine andere oder allenfalls eine bessere einnimmt. Vielleicht gibt es doch Tätigkeitsfelder der Klinischen Sozialarbeit, in denen sie eine befriedigendere Position einnimmt, welche für die Klinische Sozialarbeit im Akutspital ein Vorbild sein könnten. Diesbezüglich könnte eine Forschungsarbeit oder eine Literaturarbeit geschrieben, eventuell auch an unserer angeknüpft werden. Auch die Stellung der Sozialen Arbeit in Tätigkeitsfeldern wie beispielsweise der Schulsozialarbeit oder der betrieblichen Sozialarbeit zu untersuchen und auch Vergleiche zur Klinischen Sozialarbeit herzustellen, wäre äusserst interessant.

Ebenso wäre es wichtig, wenn im Zusammenhang mit unserem Thema ein Konzept, welches unsere analytischen Erkenntnisse sowie unsere Handlungsentwürfe mit einbezieht oder allenfalls darauf basiert, entworfen würde. Dies könnte im Rahmen eines Projektes entwickelt und an die Sozialarbeitenden in Spitälern weitergeleitet werden. Das Konzept würde ihnen einen Erklärungsversuch bieten, was die Gründe für ihre unbefriedigende Stellung im Spital sind. Zudem würde es ihnen aufzeigen, welche Handlungsmöglichkeiten sie haben, um zu einer besseren Position zu gelangen. Bestenfalls würden sie selber und/oder anhand unseren Handlungsentwürfen Veränderungen anstreben, welche zur Verbesserungen der Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital beitragen würden.

Weiter würden wir es spannend finden, wenn die Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital in zehn oder zwanzig Jahren wieder untersucht würde. Vielleicht oder hoffentlich zeich-

nen sich dann Veränderungen bzw. positive Entwicklungen der Position der Klinischen Sozialarbeit in der Spitalhierarchie sowie in der interdisziplinären Zusammenarbeit ab.

Grundsätzlich finden wir es äusserst wichtig, dass sich jede/r Einzelne nach Abschluss seines/ihres Studiums der Sozialen Arbeit an der Stärkung des gesellschaftlichen und akademisch-wissenschaftlichen Status Sozialer Arbeit beteiligt. Dies kann durch unterschiedliche Methoden bzw. Engagements geschehen, wie zum Beispiel durch politische Tätigkeit, die (Mit)Gestaltung von Weiterbildungen von anderen Disziplinen und persönliches Engagement innerhalb der eigenen beruflichen Anstellung als Sozialarbeitende/Sozialarbeitender. Damit leistet jede/r Einzelne einen Beitrag dazu und unterstützt die Soziale Arbeit auf ihrem Weg zu ihrer angestrebten, ihr zustehenden Stellung in der Gesellschaft – was sich wiederum positiv auf die Position der Klinischen Sozialarbeit im Spital auswirkt.

## 7 Danksagung

Für die Unterstützung unserer Bachelor-Arbeit bedanken wir uns ganz herzlich bei:

- Roland Lukas, Leiter des Sozialdienstes Stadtspital Triemli, für die Bereitschaft zu einem anregenden Gespräch im Rahmen unserer Themenwahl,
- Martin Hafen, Dozierender der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, für die hilfreiche Vermittlung von Fachwissen, insbesondere der Systemtheorie, sowie für die konstruktiven Anregungen zu unserem Thema,
- Elke Brusa, Dozierende der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, für die hilfreiche Vermittlung von Fachwissen, insbesondere der Klinischen Sozialarbeit,
- Jens Meissner, Dozierender der Hochschule Luzern – Wirtschaft, welcher sich spontan dazu bereit erklärte, uns weiteres Wissen zur System- wie auch zur Organisationstheorie zur Verfügung zu stellen,
- Selma Koch, Dozierende der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, für die wichtigen ergänzenden Inputs bezüglich inhaltlichen und formalen Aspekten unserer Arbeit,
- Cornelia Meier und Franz Isenschmid für das Redigieren und
- Bettina Born für die Unterstützung bei Layout und Grafik.

## 8 Quellenverzeichnis

- Aldous-Hausammann, Andrea & Brügger, Julia (2006). *Spitalsozialarbeit im Fokus. Die Spitalsozialarbeit am Beispiel der Situation im Kanton Bern*. Gefunden am 8. Mai 2010, unter [http://www.soziale-arbeit.bfh.ch/uploads/tx\\_frppublikationen/abstractstotal\\_ws05\\_02.pdf](http://www.soziale-arbeit.bfh.ch/uploads/tx_frppublikationen/abstractstotal_ws05_02.pdf)
- Ansen, Harald; Gödecker-Geenen, Norbert & Nau, Hans (2004). *Soziale Arbeit im Krankenhaus*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- AvenirSocial (2007). *Perspektiven der Sozialen Arbeit*. Gefunden am 17. Mai 2010, unter <http://www.avenirsocial.ch/de/p42006280.html>
- Bauch, Jost (1996). *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Becker-Lenz, Roland; Busse, Stefan; Ehlert, Gudrun & Müller, Silke (Hrsg.). (2009). *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Beetz, Michael (2003). *Organisation und Gesellschaft. Eine systemtheoretische Analyse des Verhältnisses von Organisationen zu gesellschaftlichen Funktionssystemen*. Hamburg: Dr. Kovac.
- Berghaus, Margot (2004). *Luhmann leicht gemacht* (2. Aufl.). Köln: Böhlau Verlag GmbH & Cie.
- Bienz, Barbara & Reinmann, Arlette (2004). *Sozialarbeit im Krankenhaus. Aufgaben, Methoden, Ziele*. Bern: Haupt.
- Dieplinger, Anna Maria (Hrsg.). (2008). *Soziale Dienstleistungen für PatientInnen und Angehörige. Studien und Konzepte zur Orientierung von Sozialarbeit im Krankenhaus*. Wien: Böhlau Verlag.
- Dudenredaktion (Hrsg.). (1996). *Duden. Die deutsche Rechtschreibung* (21. Aufl.). Mannheim Leipzig Wien Zürich: Dudenverlag.



- Geissler-Piltz, Brigitte (2005). *Klinische Sozialarbeit. Warum und Wozu?* Gefunden am 30. Mai 2010, unter [http://www.klinische-sozialarbeit.ch/pdf/warum\\_wozu.pdf](http://www.klinische-sozialarbeit.ch/pdf/warum_wozu.pdf)
- Geissler-Piltz, Brigitte; Mühlum, Albert & Pauls, Helmut (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gödecker-Geenen, Norbert & Nau, Hans (Hrsg.). (2002). *Klinische Sozialarbeit. Eine Positionsbestimmung*. München: Lit Verlag.
- Hafen, Martin (2005). *Soziale Arbeit in der Schule zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Ein theorie-geleiteter Blick auf ein professionelles Praxisfeld im Umbruch*. Luzern: Interact.
- Hafen, Martin (2007a). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Hafen, Martin (2007b). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Hey, Georg (2001). *Perspektiven der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Personenbezogene Dienstleistungen als habitative Ressourcen* (2. Aufl.). Lage: Verlag Hans Jacobs.
- Kocher, Gerhard; Oggier, Willy (Hrsg.). (2004). *Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kocher, Gerhard; Oggier, Willy (Hrsg.). (2010). *Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Merten, Roland (2000). Soziale Arbeit als autonomes Funktionssystem der modernen Gesellschaft? Argumente für eine konstruktive Perspektive. In Roland Merten (Hrsg.), *Systemtheorie Soziale Arbeit. Neue Ansätze und veränderte Perspektiven* (S. 177-204). Opladen: Leske + Budrich.
- Merten, Roland (2000). Luhmanns Systemtheorie in der Reflexion Sozialer Arbeit. In Roland Merten (Hrsg.), *Systemtheorie Soziale Arbeit. Neue Ansätze und veränderte Perspektiven* (S. 88-114). Opladen: Leske + Budrich.

- Nau, Hans (2009). *Quo vadis Soziale Arbeit im Krankenhaus? Aktuelle Entwicklung der Krankenhaussozialdienste*. Gefunden am 8. Mai 2010, unter <http://dvsg.org/index.php?id=335>
- Pauls, Helmut (2005). *Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit. Was ist Klinische Sozialarbeit?* Gefunden am 9. Juni 2010, unter [http://www.klinische-sozialarbeit.ch/pdf/was\\_ist\\_klinische\\_sozialarbeit.pdf](http://www.klinische-sozialarbeit.ch/pdf/was_ist_klinische_sozialarbeit.pdf)
- Reinicke, Peter (2008). *Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Geschichte, Dokumente, Lebensbilder*. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2005). *Deprofessionalisierung und Professionalisierung der Sozialen Arbeit – gegenläufige Antworten auf die Finanzkrise des Sozialstaates oder Das Selbst- abschaffungsprogramm der Sozialen Arbeit*. Gefunden am 3. Jul. 2010, unter <http://static.twoday.net/rauch/files/professionalisierung.pdf>
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007). *Vom beruflichen Doppel- zum professionellen Tripelmandat. Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis der Profession Soziale Arbeit*. Gefunden am 17. Mai 2010, unter <http://www.avenirsocial.ch/de/p42006280.html>
- Stichweh, Rudolf (2000). Professionen im System der modernen Gesellschaft. In Roland Mer- ten (Hrsg.), *Systemtheorie Soziale Arbeit. Neue Ansätze und veränderte Perspektiven* (S. 29-38). Opladen: Leske + Budrich.
- Sting, Stephan & Zurhorst, Günter (Hrsg.). (2000). *Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit*. Weinheim und Mün- chen: Juventa Verlag.
- Wettstein, Felix (2009). *Soziale Arbeit oder Gesundheitsarbeit*. Gefunden am 31. Juli 2010, unter [http://www.klinischesozialarbeit.ch/tagung-4-5-juni-2009/wettsteinfelix\\_ podium\\_abstract.pdf](http://www.klinischesozialarbeit.ch/tagung-4-5-juni-2009/wettsteinfelix_ podium_abstract.pdf)
- Wimmer, Rudolf; Meissner, Jens O. & Wolf, Patricia (Hrsg.). (2009). *Praktische Organisati- onswissenschaft. Lehrbuch für Studium und Beruf*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.