

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 Regel¹ die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

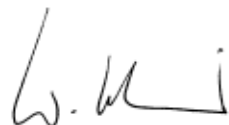
Die Nutzungsrechte sind:

- 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

¹ 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!

Sarah Ulrich
Sarah Humbel



(Bild: Schweizer Fernsehen SF, 2011, 15)

Soziale Arbeit in der Schmerzmedizin

Beitrag der Klinischen Sozialarbeit in der interdisziplinären Behandlung von
Schmerzpatienten und Schmerzpatientinnen

Bachelorarbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang Sozialarbeit
Kurs VZSA 2008-2012
Kurs VZSA 2008-2011

Sarah Ulrich
Sarah Humbel

Sozialarbeit in der Schmerzmedizin

**Beitrag der Klinischen Sozialarbeit in der interdisziplinären Behandlung von
Schmerzpatienten und Schmerzpatientinnen**

Diese Bachelor-Arbeit wurde eingereicht im August 2011 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 der Autorinnen.

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 2011

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Gegenstand dieser Bachelorarbeit sind Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden. Die Ursachen von chronischen Schmerzen sind oft schwer zu erkennen, und es spielen eine Vielzahl von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren bei deren Entstehungs- und Chronifizierungsprozess eine Rolle.

Chronische Schmerzen werden heutzutage in spezialisierten Schmerzkliniken und -zentren durch ein interdisziplinäres Team behandelt. Dabei berufen sich die Einrichtungen auf das bio-psycho-soziale Verständnis von Gesundheit und Krankheit, wobei der Bereich des „Sozialen“ in der Schweiz noch nicht durch eine Fachperson abgedeckt wird. Dies wäre die Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit, denn sie untersucht soziale Problembereiche, die einen Einfluss auf die Schmerzerkrankung haben können, und interveniert darin.

Da sich die Klinische Sozialarbeit in der Schmerzmedizin in der Schweiz noch nicht etablieren konnte, herrschen Unklarheiten bei der Umsetzung und bei den Aufgaben, die der Klinischen Sozialarbeit in der Schmerzmedizin zukommen könnten.

Anhand der Bedürfnisse der betroffenen Personengruppe und mittels zweier Handlungsmodelle aus den USA werden in der vorliegenden Arbeit neun Aufgabenbereiche definiert, an denen sich der oder die Sozialarbeitende orientieren kann. Hierfür haben die Autorinnen Schutz- und Risikofaktoren, die sich förderlich oder hinderlich auf die Erkrankung auswirken können, berücksichtigt.

Die aufgezeigten Bereiche sollen einen Beitrag zur Schaffung eines Verständnisses über mögliche Tätigkeiten der Klinischen Sozialarbeit mit Schmerzpatienten und -patientinnen leisten, damit diese bald ins interdisziplinäre Team der Schmerzeinrichtungen integriert werden können.

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen bedanken, die uns bei der Erstellung unserer Bachelorarbeit unterstützt haben. Ein besonderer Dank geht an André Ljutow, welcher uns während dem gesamten Prozess von der Eingrenzung des Themas bis hin zum Schreiben der Arbeit mit Rat und Tat zur Seite gestanden ist. Weiter möchten wir uns herzlich bei Elke Brusa und Anita Glatt bedanken, die uns in Fachgesprächen hilfreiche Inputs und Anregungen geben konnten. Auch bedanken möchten wir uns bei Daniel Betschart für die Mitgestaltung des Layouts unserer Arbeit sowie bei unseren Lektoren und Lektorinnen.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Danksagung	II
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	V
1 Einleitung	1
1.1 <i>Ausgangslage</i>	1
1.2 <i>Motivation</i>	2
1.3 <i>Fragestellung</i>	2
1.4 <i>Ziel der Bachelorarbeit</i>	3
1.5 <i>Aufbau der Bachelorarbeit</i>	4
1.6 <i>Begriffsklärung</i>	5
2 Chronische Schmerzen und ihre Einflussfaktoren	6
2.1 <i>Chronische Schmerzen – in Abgrenzung zu akuten Schmerzen</i>	6
2.1.1 Akute Schmerzen	7
2.1.2 Chronische Schmerzen	7
2.2 <i>Schmerzen als bio-psycho-soziales Phänomen</i>	9
2.3 <i>Einflussfaktoren auf chronische Schmerzen</i>	11
2.3.1 Schutzfaktoren	11
2.3.2 Risikofaktoren	12
2.3.3 Geschlecht als Risikofaktor	12
2.3.4 Alter als Risikofaktor	13
2.3.5 Schulabschluss/Ausbildung als Risikofaktor	14
2.3.6 Soziale Schichtzugehörigkeit als Risikofaktor	14
2.3.7 Stress als Risikofaktor	15
2.3.8 Arbeitsbedingungen/chronisch anhaltende Belastungen im Arbeitsalltag als Risikofaktor	15
2.3.9 Soziale Unterstützung als Schutzfaktor	15
2.3.10 Soziale Ausgrenzung/sozialer Rückzug als Risikofaktor	16
2.3.11 Vermeidungsverhalten als Risikofaktor	17
2.3.12 Nichtverbales Ausdrucksverhalten als Risikofaktor	17
2.3.13 Ablenkung im Sinne des Ignorierens als Risiko- und Schutzfaktor	18
2.4 <i>Fallbeispiel</i>	18
2.5 <i>Schlussfolgerungen</i>	20
3 Bedürfnisse von Schmerzpatienten und -patientinnen und deren Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung	21
3.1 <i>Die Zielgruppe näher definiert</i>	21
3.2 <i>Bedarf der Zielgruppe an sozialarbeiterischer Unterstützung</i>	22
3.3 <i>Zwei allgemeingültige Bedürfnistheorien</i>	24
3.3.1 Bedürfnistheorie von Ilse Arlt	24
3.3.2 Bedürfnispyramide von Abraham Harold Maslow	26
3.4 <i>Konkrete Bedürfnisse von Schmerzpatienten und -patientinnen</i>	29
3.5 <i>Schlussfolgerungen</i>	32
	III

4	Klinische Sozialarbeit in Schweizer Schmerzkliniken und -zentren	33
4.1	<i>Klinische Sozialarbeit</i>	33
4.2	<i>Schmerzmedizin</i>	41
4.3	<i>Das Angebot an Klinischer Sozialarbeit in den Schweizer Schmerzkliniken und -zentren</i>	42
4.4	<i>Beurteilung des Angebots anhand der Bedürfnisse von Schmerzpatienten und -patientinnen</i>	44
4.5	<i>Schlussfolgerungen</i>	45
5	Beitrag der Klinischen Sozialarbeit in der Schmerzmedizin	47
5.1	<i>Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit in der Schmerzmedizin</i>	47
5.1.1	Handlungsansatz 1: Vier-Phasen-Assessment nach Ranjan Roy	51
5.1.2	Handlungsansatz 2: Team Approach to Chronic Pain	56
5.2	<i>Bewertung der vorgestellten Handlungsansätze</i>	58
5.2.1	Erfassen der medizinischen Geschichte	59
5.2.2	Erfassen der persönlichen Ziele und Lebensziele und gegebenenfalls einen Handlungsbedarf ableiten	59
5.2.3	Erfassen der finanziellen Situation und gegebenenfalls Unterstützung anbieten	60
5.2.4	Erfassen der familiären Situation/des sozialen Umfeldes und gegebenenfalls einen Handlungsbedarf ableiten	61
5.2.5	Erfassen der Wohnsituation und gegebenenfalls anpassen	63
5.2.6	Erfassen der beruflichen Situation und gegebenenfalls anpassen	63
5.2.7	Rechtsberatung	64
5.2.8	Weitere Aufgaben	65
5.2.9	Erstellen eines Berichtes	66
5.2.10	Zusammenfassung der vorgestellten Aufgabenbereiche	66
5.3	<i>Schlussfolgerungen von Kapitel 5.1 und 5.2</i>	68
5.4	<i>Erfolgsnachweise der Klinischen Sozialarbeit im integrierten Schmerzbehandlungsteam</i>	69
5.5	<i>Schlussfolgerungen von Kapitel 5.4</i>	72
6	Schlussfolgerungen für den Beruf und Empfehlung für die Praxis	73
6.1	<i>Beantwortung der Fragestellungen</i>	73
6.2	<i>Schlussfolgerungen für den Beruf</i>	74
6.3	<i>Forderungen zum Entwicklungs- und Veränderungsbedarf</i>	76
6.3.1	Zertifizierung der Klinischen Sozialarbeit	76
6.3.2	Selbstbewusstsein Klinischer Sozialarbeitenden stärken	79
6.3.3	Finanzierung Klinischer Sozialarbeit durch die Krankenkasse regeln	79
6.4	<i>Ausblick für die Praxis</i>	80
7	Literaturverzeichnis	82
8	Anhang	87
A	<i>Glossar</i>	87
B	<i>Rechercheprotokoll von Bachelor-Arbeiten Sarah Humbel und Sarah Ulrich</i>	89

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schmerzkreis nach Loeser und Vollin (1991) 1	7
Abbildung 2: Schmerzkreis nach Loeser und Vollin (1991) 2	8
Abbildung 3: Die Entstehung von chronischen Schmerzen erklärt am bio-psycho-sozialen Modell	19
Abbildung 4: Bedürfnispyramide von Abraham Harold Maslow	28
Abbildung 5: Vier-Felder-Matrix von Hepworth, Rooney und Larsen	37
Abbildung 6: Vier-Felder-Matrix angewendet auf Frau B.	67

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Demographic characteristics of the study participants	13
Tabelle 2: Bedürfnisse von Schmerzpatienten und -patientinnen	31
Tabelle 3: Erfassen der medizinischen Geschichte	59
Tabelle 4: Erfassen der persönlichen Ziele und Lebensziele	60
Tabelle 5: Erfassen der finanziellen Situation	60
Tabelle 6: Erfassen der familiären Situation/des sozialen Umfeldes	62
Tabelle 7: Erfassen der Wohnsituation	63
Tabelle 8: Erfassen der beruflichen Situation	64
Tabelle 9: Rechtsberatung	65
Tabelle 10: Weitere Aufgaben	66
Tabelle 11: Erstellen eines Berichtes	66

1 Einleitung

Klinische Sozialarbeitende können in der Behandlung von erkrankten Personen, neben anderen Fachpersonen wie beispielsweise den medizinischen oder pflegerischen, einen wichtigen Beitrag leisten. Doch noch nicht in allen Gesundheitsbereichen ist die Klinische Sozialarbeit im interdisziplinären Behandlungsteam vertreten. In den Schweizer Schmerzkliniken und -zentren sind bisher noch keine Klinischen Sozialarbeitenden tätig, obschon ein Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung bei den betroffenen Patienten und Patientinnen festgestellt werden kann. Die Autorinnen zeigen mit dieser Bachelorarbeit auf, welche konkreten Aufgaben Klinische Sozialarbeitende im interdisziplinären Schmerzbehandlungsteam übernehmen können. Somit leisten sie einen Beitrag dazu, die Wichtigkeit der Klinischen Sozialarbeit in der Schmerzmedizin aufzuzeigen.

1.1 Ausgangslage

Das heutige Gesundheits- und Krankheitsverständnis stützt sich auf das bio-psycho-soziale Modell, welches laut Brigitte Geissler-Piltz, Albert Mühlum und Helmut Pauls (2005) auf der Gesundheitsdefinition der WHO von 1984 basiert (S. 21). Anhand dieses Modells werden die Psyche, der Körper und das soziale System in einer sich wechselwirkend beeinflussenden Beziehung betrachtet. Um Krankheiten erfolgreich behandeln zu können, müssen deren Ursachen in allen drei Systemen gesucht und behoben werden. Fehlende soziale Ressourcen oder eine belastende soziale Situation können die Krankheitsentwicklung somit negativ beeinflussen. Klinische Sozialarbeitende sind deshalb wichtige Fachpersonen in der Behandlung von erkrankten Personen. Doch gerade in der Behandlung von Schmerzpatientinnen und -patienten sind sie im interdisziplinären Behandlungsteam kaum vertreten.

Der Oberarzt des Zentrums für Schmerzmedizin in Nottwil, André Ljutow, stellt einen klaren Bedarf an sozialarbeiterischen Fachpersonen in seinem interdisziplinären Team fest (Gespräch vom 23. Februar 2011). Deshalb vergab er im Jahr 2009 einen Forschungsauftrag an zwei Studierende der Hochschule Luzern Soziale Arbeit. Ziel der Forschung war es laut den beiden Studierenden Kathrin Huber Näf und Monika Seehafer Baumeler (2009), wissenschaftlich zu erheben, ob bei den Schmerzpatienten und -patientinnen des Schmerzzentrums Nottwil innerhalb der ganzheitlichen Behandlung ein Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung vorliegt. Hierzu befragten sie 90 Erstpazienten und -patientinnen zu ihrem Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Finanzen und Versicherungen, Familie und soziales Umfeld, rechtlichen Fragen sowie Unterstützung durch Sozialberatungsstellen. Das Ergebnis zeigte, dass sozialarbeiterische Unterstützung bei den Patienten und Patientinnen erwünscht und nötig ist (S. 1).

Durch den eindeutigen Bedarf an sozialarbeiterischer Dienstleistung entschied sich Ljutow, mit Hilfe von weiteren Studierenden der Hochschule Luzern Soziale Arbeit herauszufinden, welchen konkreten Beitrag ein Klinischer Sozialarbeiter oder eine Klinische Sozialarbeiterin im interdisziplinären Schmerzbehandlungsteam leisten kann. Daraus entstanden die Zusammenarbeit mit den Autorinnen und die nachfolgenden Fragestellungen dieser Bachelorarbeit.

1.2 Motivation

Die Autorinnen haben sich für dieses Thema entschieden, weil sie im Rahmen ihres Praktikums und ihrer jetzigen Tätigkeit mit kranken und behinderten Personen zu tun hatten und haben, wobei ein wichtiger Teil der Arbeit die Auseinandersetzung mit deren Genesung oder der Verbesserung ihrer Lebensqualität beinhaltete. Mit dieser Bachelorarbeit haben sie die Möglichkeit, ihre Berufsidentität im Hinblick auf zukünftige Tätigkeiten im Bereich der Klinischen Sozialarbeit oder in der Beratung von Menschen mit einer Behinderung zu festigen.

1.3 Fragestellung

Aufgrund der Ausgangslage beschäftigen sich die Autorinnen mit folgender Hauptfragestellung:

Welchen Beitrag kann die Klinische Sozialarbeit in der interdisziplinären Behandlung von Schmerzpatienten und -patientinnen leisten? *Handlungswissen*

Aus dieser Fragestellung ergeben sich folgende drei Teilfragen, die in dieser Bachelorarbeit beantwortet werden sollen:

- Welche konkreten Aufgaben kann die Klinische Sozialarbeit in der Schmerzmedizin leisten? *Beschreibungswissen*
- Inwiefern trägt die Klinische Sozialarbeit im interdisziplinären Team zur Verbesserung des Behandlungserfolges bei? *Beschreibungswissen*
- Wie ist das Angebot an sozialarbeiterischer Unterstützung in der Schmerzmedizin in der Schweiz und wie wird dieses anhand eines Vergleiches mit den Bedürfnissen der Schmerzpatienten und -patientinnen bewertet? *Beschreibungs-, Erklärungs- und Bewertungswissen*

Primär stellt sich also die Frage, welchen Beitrag die Klinische Sozialarbeit in der interdisziplinären Behandlung von Schmerzpatienten und -patientinnen leisten kann. Diese breitgefassete Fragestellung beinhaltet zwei konkrete Fragen. Zum einen geht es den Autorinnen darum herauszufinden, welche Aufgaben die Sozialarbeit in der Schmerzmedizin übernehmen kann. Zum anderen wollen sie aufzeigen, inwiefern die Klinische Sozialarbeit im interdisziplinären Team zur Verbesserung des Behandlungserfolges beiträgt. Hierfür ist es für die Autorinnen wichtig zu wissen, wie die Sozialarbeit in der Behandlung von chronischen Schmerzen in der Schweiz überhaupt etabliert ist. Die Autorinnen stellen dabei die These auf, dass das Angebot an Klinischer Sozialarbeit in der Schmerzmedizin in der Schweiz noch kaum vorhanden ist. Auch vermuten sie, dass Schmerzpatienten und -patientinnen Bedürfnisse haben, bei denen sozialarbeiterische Unterstützung notwendig wäre.

1.4 Ziel der Bachelorarbeit

Mit dieser Bachelorarbeit haben die Autorinnen das Ziel, die Wichtigkeit der Klinischen Sozialarbeit in der Schmerzmedizin aufzuzeigen. Sie verfolgen folgendes Hauptziel:

Der Beitrag der Klinischen Sozialarbeit in der Behandlung von Schmerzpatienten und -patientinnen in einem interdisziplinären Team ist dargestellt.

Aus diesem Ziel leiten die Autorinnen folgende Teilziele ab:

- Konkrete Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit sind aufgezeigt.
- Der Beitrag der Klinische Sozialarbeit in der Verbesserung des Behandlungsverlaufes ist dargestellt.
- Das Angebot an sozialarbeiterischer Behandlung in der Schmerzmedizin in der Schweiz ist ermittelt.
- Die Bedürfnisse der Schmerzpatienten und -patientinnen sind aufgezeigt.
- Das Angebot an sozialarbeiterischer Behandlung ist anhand eines Vergleiches mit den Bedürfnissen der Schmerzpatienten und -patientinnen bewertet.

Diese Bachelorarbeit soll sowohl Herrn Ljutow wie auch Fachpersonen aus anderen Schmerzkliniken und -zentren dazu dienen, die Wichtigkeit des sozialarbeiterischen Beitrags im interdisziplinären Schmerzbehandlungsteam zu erkennen. Auch soll sie Sozialarbeitende für die Klinische Sozialarbeit als ein mögliches Arbeitsfeld sensibilisieren.

1.5 Aufbau der Bachelorarbeit

Im zweiten Kapitel wird aufgezeigt, was unter chronischen Schmerzen verstanden wird. Hierfür grenzen die Autorinnen in Kapitel 2.1 chronische Schmerzen von den sogenannten akuten Schmerzen ab. Danach erläutern sie in Kapitel 2.2, was unter dem bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsverständnis verstanden wird, und erklären mit ihm die Entstehung von chronischen Schmerzen, sowie deren Auswirkungen. In Kapitel 2.3 werden mögliche Einflussfaktoren auf chronische Schmerzen genannt, also sowohl Schutz- wie auch Risikofaktoren. Dieses Kapitel ist eine Voraussetzung, um die in Kapitel 1.3 genannten Fragestellungen überhaupt ausreichend beantworten zu können.

Im dritten Kapitel gehen die Autorinnen auf die Bedürfnisse von Schmerzpatienten und -patientinnen ein. Hierfür grenzen sie in Kapitel 3.1 die Zielgruppe zuerst ein, um für die Leser und Leserinnen erkenntlich zu machen, auf welche Schmerzpatienten und -patientinnen sie sich beziehen. In Kapitel 3.2 stellen sie die in Kapitel 1.1 erwähnte Forschung von Kathrin Huber Näf und Monika Seehafer Baumeler vor. Der in der Forschung ermittelte Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung dient als Ausgangslage, um Bedürfnisse von Schmerzpatienten und -patientinnen abzuleiten. Hierfür werden in Kapitel 3.3 zwei Bedürfnistheorien herangezogen, und zwar die Bedürfnistheorie von Ilse Arlt und die Bedürfnispyramide von Abraham Harold Maslow. Dieses Kapitel dient zur Beantwortung der in Kapitel 1.3 letztgenannten Teilfrage.

Im vierten Kapitel beschäftigen sich die Autorinnen mit der Frage, inwiefern die Klinische Sozialarbeit in Schweizer Schmerzkliniken und -zentren bereits etabliert ist. Hierfür stellen sie in Kapitel 4.1 vor, was unter Klinischer Sozialarbeit verstanden wird. Danach geben sie in Kapitel 4.2 einen groben Umriss der Schmerzmedizin und beantworten in Kapitel 4.3 die eben genannte Frage. Zuletzt beurteilen sie das Angebot in Kapitel 4.4 anhand der Bedürfnisse aus Kapitel 3. Damit kann die dritte Teilfrage vollständig beantwortet werden.

Im fünften Kapitel beschäftigen sich die Autorinnen mit der ersten und zweiten Teilfrage aus Kapitel 1.3. Sie zeigen in Kapitel 5.1 bis 5.3 auf, welche konkreten Aufgaben Klinische Sozialarbeitende im interdisziplinären Schmerzbehandlungsteam übernehmen können. Dabei stützen sie sich auf zwei Handlungsansätze aus der US-amerikanischen Literatur und bewerten diese anhand der Bedürfnisse der Schmerzpatienten und -patientinnen und deren Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung aus Kapitel 3. In Kapitel 5.4 und 5.5 zeigen die Autorinnen schliesslich auf, ob bereits Erfolgsnachweise von Klinischen Sozialarbeitenden in der Schmerzmedizin vorliegen und, wenn ja, welche.

Im sechsten Kapitel erstellen die Autorinnen anhand ihrer Erkenntnisse aus der vorliegenden Bachelorarbeit Schlussfolgerungen für den Beruf und eine Empfehlung für die Praxis. Hierfür überprüfen sie in Kapitel 6.1, ob die in Kapitel 1.3 genannten Fragestellungen beantwortet werden konnten. In Kapitel 6.2 ziehen sie Schlussfolgerungen für den Beruf, stellen in Kapitel 6.3 Forderungen zum vorhandenen Veränderungs- und Entwicklungsbedarf auf und werfen

in 6.4 einen Blick in die Zukunft, in dem sie weitere mögliche Aufgaben nennen, um die Klinische Sozialarbeit in der Schmerzmedizin voranzutreiben.

1.6 Begriffsklärung

Die Autorinnen beschäftigen sich in der vorliegenden Bachelorarbeit mit Schmerzpatienten und -patientinnen, als eine Klienten- und Klientinnengruppe der Klinischen Sozialarbeit. Auf ihre Bedürfnisse wird ein besonderes Augenmerk gerichtet. Da verschiedene Schmerzformen unterschieden werden können, wird in Kapitel 3.1 definiert, auf welche Schmerzpatienten und -patientinnen sich die Autorinnen in dieser Bachelorarbeit beziehen. Kenntnisse über Begriffe aus der Sozialen Arbeit werden vorausgesetzt. Weitere Begriffe wie beispielsweise medizinische Fachwörter, die bei den Lesern und Leserinnen nicht vorausgesetzt werden können, erklären die Autorinnen in einem Glossar im Anhang. Alle Kapitel wurden von den Autorinnen Sarah Ulrich und Sarah Humbel gemeinsam verfasst.

2 Chronische Schmerzen und ihre Einflussfaktoren

In diesem Kapitel liegt der Fokus auf dem Phänomen der chronischen Schmerzen. Um verstehen zu können, womit es die Klinische Sozialarbeit in der Schmerzmedizin zu tun hat, muss zuerst geklärt werden, was unter chronischen Schmerzen verstanden wird. Hierfür grenzen die Autorinnen in Kapitel 2.1 chronische von akuten Schmerzen ab. Weiter stützen sich die Autorinnen in Kapitel 2.2 auf das bio-psycho-soziale Modell, um aufzuzeigen, aufgrund von welchem Krankheitsverständnis chronische Schmerzen betrachtet werden müssen. Mit Hilfe dieses Modells kann man Aussagen darüber machen, welche Faktoren zu einer Schmerzerkrankung beitragen können und erkennt, welche Auswirkungen Schmerzen auf verschiedene Lebensbereiche eines Menschen haben können. Dabei werden in Kapitel 2.3 auch die Faktoren beleuchtet, die sich auf die Schmerzen positiv oder negativ auswirken können. Denn für die behandelnden Sozialarbeitenden ist es wichtig, diese Faktoren zu identifizieren und zu untersuchen, damit sie in der Folge gemildert oder gar behoben werden können.

2.1 Chronische Schmerzen – in Abgrenzung zu akuten Schmerzen

Schmerzen können laut Peter Buchanan, Stephanie Davis, Pam Garton und Lorimer Moseley (2010) in fünf Kategorien eingeordnet werden:

- Der akute Schmerz als erste Kategorie stelle eine „(. . .) normale und zeitlich begrenzte Reaktion auf ein Trauma oder eine andere schädliche Erfahrung, einschliesslich Schmerzen welche aus medizinischen Verfahren entstehen oder akute medizinische Erkrankungen (zum Beispiel akute Gürtelrose) dar“.
- Die zweite Kategorie umfasst laut Buchanan et al. (2010) „(. . .) Schmerzen, welche in Richtung chronische Schmerzen gehen, aber das Voranschreiten verhindert werden kann (subakuter Schmerz)“.
- Als dritte Kategorie werden rezidivierende, also immer wiederkehrende Schmerzen beschrieben. Ein Beispiel dafür ist Migräne.
- Als vierte Kategorie nennen sie die Schmerzen, die in Verbindung mit einem Tumor entstehen.
- In der letzten Kategorie verorten Buchanan et al. (2010) schliesslich die Art von chronischen Schmerzen, die für die vorliegende Arbeit von Bedeutung sind. Es handelt sich dabei um chronische Schmerzen, die nicht aufgrund eines Tumors entstehen. Sie werden als ständiger täglicher Schmerz über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten innerhalb des letzten halben Jahres beschrieben. Diese Art von Schmerzen werde manchmal auch als „hartnäckiger Schmerz“ definiert (S. 11/eigene Übersetzung).

2.1.1 Akute Schmerzen

Schmerzen sind subjektive Empfindungen, die fast jeder Mensch kennt. Die International Association for the Study of Pain (1979) definiert Schmerz als eine unangenehme Sinnes- und Gefühlswahrnehmung, die mit einer tatsächlichen oder drohenden Schädigung des Gewebes verbunden ist oder im Zusammenhang einer solchen Schädigung beschrieben wird (zit. in Paul Nilges & Harald C. Traue, 2007, S. 303). Akute Schmerzen sind ein normaler und wichtiger Bestandteil des Lebens, denn sie zeigen auf, dass der Körper verletzt ist oder dass eine Verletzung droht. Akute Schmerzen dienen dem Menschen demnach als eine Art Warnsignal.

Auf der Homepage des Schmerzzentrums Zofingen (ohne Datum/a) wird anhand des Schmerzkreises nach John D. Loeser und Ernest Vollin (1991) aufgezeigt, wie sich der akute Schmerz vom chronischen abgrenzt. Laut dem Schmerzzentrum Zofingen sind beim akuten Schmerz lediglich die ersten beiden Stufen des Schmerzkreises betroffen (¶3), wie in der Abbildung 1 dargestellt wird.

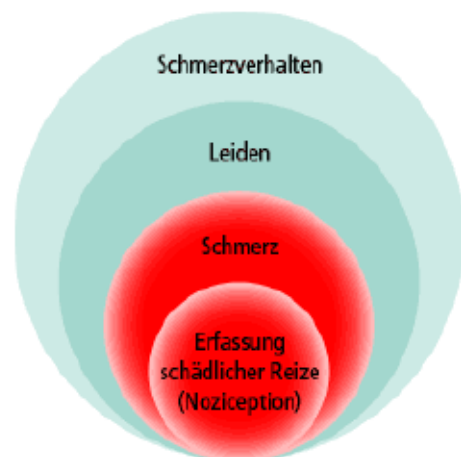


Abbildung 1: Schmerzkreis nach Loeser und Vollin (1991) 1 (zit. in Schmerzzentrum Zofingen, ohne Datum/a, ohne Absatz)

2.1.2 Chronische Schmerzen

Gemäss einer Studie zu chronischen Schmerzen in Europa von Harald Breivik, Beverly Collett, Vittorio Ventafridda, Rob Cohen und Derek Gallacher (2005) leidet 16% der Schweizer Bevölkerung an chronischen Schmerzen, im Schnitt seit 7,7 Jahren. 21% aller in Europa lebenden Personen leiden sogar seit über 20 Jahren an chronischen Schmerzen. 19% aller Befragten haben wegen den chronisch anhaltenden Schmerzen ihren Job verloren und 21% haben die Frage, ob bei ihnen eine Depression diagnostiziert worden sei, mit Ja beantwortet (S. 290-297/eigene Übersetzung). Diese Zahlen zeigen eindrücklich, wie präsent chronische Schmerzen sind und dass viele Menschen davon betroffen sind. Zudem wird ersichtlich, dass sich solche Schmerzen erheblich auf die verschiedenen Lebensbereiche einer Person auswirken. Auf diese Tatsache wird später in diesem Kapitel noch genauer eingegangen.

Chronische Schmerzen entstehen in einem Prozess, dem Phasen des akuten Schmerzes vorangegangen sind. Die am häufigsten auftretenden chronischen Schmerzen stellen laut Ljutow Rücken- und Kopfschmerzen, sowie Schulter- und Nackenschmerzen dar (Gespräch vom 19. April 2011). Von chronischen Schmerzen ist jedoch erst dann die Rede, wenn diese während drei bis sechs Monaten ständig vorhanden sind und der oder die Betroffene laut

Wolfgang Soost (2004) dadurch physisch (der Verlust der Mobilität und die Einschränkung der Körperfunktionen), psychisch-kognitiv (der Einfluss auf die Befindlichkeit, die Stimmung und das Denken) und sozial beeinträchtigt wird (S. 6-7). Weiter führt Soost (2004) aus, dass durch das dauerhafte Schmerzempfinden die Gefahr einer Verankerung des Schmerzes im zentralen Nervensystem besteht. Dadurch entstehe das sogenannte Schmerzgedächtnis. Durch die ständigen Schmerzreize könne das Nervensystem eine Überempfindlichkeit entwickeln und dann selbst auf harmlose Reize mit Schmerzsignalen reagieren. Die körpereigene Schmerzkontrolle könne das Geschehen in der Folge nicht mehr



Abbildung 2: Schmerzkreis nach Loeser und Vollin (1991) 2 (zit. in Schmerzzentrum Zofingen, ohne Datum/c, ohne Absatz)

genügend kontrollieren. Das Schmerzempfinden bleibe dann bestehen, ohne dass der Schmerz als Warnsignal, wie es die Eigenschaft des akuten Schmerzes sei, diene (S. 6-7).

Laut dem Schmerzzentrum Zofingen (ohne Datum/b) führen chronische Schmerzen im Gegensatz zu den akuten zu sozialen, körperlichen und psychischen Folgeerscheinungen. Chronische Schmerzen lösen ein andauerndes Gestresst-Sein bei dem oder der Betroffenen aus, worauf Erschöpfungszustände und Depressionen folgen können. Durch diese Vervielfältigung der Symptome beginne der Patient oder die Patientin mehr und mehr, unter dem Schmerz zu leiden (siehe Abbildung 2). Die anhaltenden Schmerzen entwickeln sich nach und nach zu einer chronischen Schmerzkrankheit mit eigenem Krankheitswert. Es werden sämtliche Aspekte des Lebens der Betroffenen beeinflusst und beeinträchtigt, denn durch den immer präsenten Schmerz werde das ganze Verhalten diesem angepasst (§5-11). Durch die konstanten Schmerzen ist es vielen Betroffenen nur noch teilweise oder gar nicht mehr möglich, einer Erwerbsarbeit nachzugehen. Als Folge davon kommt es zum Verlust der Berufsrolle sowie der sozialen Kontakte am Arbeitsplatz und zu finanziellen Engpässen. Soziale Beziehungen leiden meist in erheblichem Masse unter der Erkrankung. Aufgrund der Schmerzen werden die Betroffenen von einer Vielzahl an Aktivitäten ausgeschlossen, weil der körperliche Zustand eine Teilnahme nicht mehr zulässt. Zudem ist es, wie Gabriele Müller-Mundt (2005) betont, für die Betroffenen kaum mehr möglich, Aktivitäten langfristig zu planen, da das Befinden nicht kalkulierbar ist (S. 115). Aus der Erfahrung heraus, dass geplante Vorhaben dann oftmals abgesagt werden müssen, verzichten viele Betroffene mehr und mehr ganz auf das Planen von Aktivitäten. Dadurch und durch den Wunsch, die Ursache der Schmerzen zu klären und eine Linderung zu erfahren, konzentrieren sich eine Vielzahl der Schmerzpatienten und -patientinnen laut Müller-Mundt vermehrt auf schmerzbezogene Aktivitäten. Auch dies könne dazu führen, dass andere Aktivitäten in den Hintergrund geraten oder ganz aufgegeben werden. Müller-Mundt betont dazu, dass sich an chronischen Schmerzen erkrankte Personen durch diese Fokussierung auf den eigenen Schmerz und

durch das Vermeiden anderweitiger Aktivitäten in der Gefahr befinden, sich mehr und mehr von der Aussenwelt zurückzuziehen. Dieser Umstand führe schliesslich in eine umfassende soziale Isolation (S. 64). Der Alltag und das ganze Leben werden nach den Schmerzen ausgerichtet und angepasst. Hilflosigkeit, existenzielle Ängste und Unsicherheiten über den weiteren Verlauf des Lebens, Depressionen und Verzweiflung sind häufige Folgen von chronischen Schmerzen. Lawrence Le Shan (1964) beschreibt die Welt der chronischen Schmerzpatienten und -patientinnen auch als eine Welt des scheinbar endlosen Leidens, als Welt der Sinnlosigkeit, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit (zit. in Karen Subramanian, 1988, S. 49/eigene Übersetzung). Diese Beschreibung zeigt auf, wie stark Schmerzpatienten und -patientinnen auch psychisch unter ihren Schmerzen leiden und wie ausweglos sie ihre Situation empfinden.

2.2 Schmerzen als bio-psycho-soziales Phänomen

An dieser Stelle ist nochmals zu betonen, dass es sich bei den möglichen und häufig vorkommenden Folgeerscheinungen von chronischen Schmerzen um soziale, psychische und biologische Auswirkungen handelt. So liegt die Ursache einer chronischen Schmerzerkrankung oftmals in verschiedenen Bereichen, ist also multikausal. Häufig ist es nicht möglich, chronische Schmerzen einer konkreten körperlichen Ursache zuzuordnen. Dieser Umstand erschwert eine klare medizinische Diagnose und die Behandlung „der“ Ursache. Diese beiden Tatsachen unterstreichen die Wichtigkeit einer ganzheitlichen Betrachtungsweise chronischer Schmerzen. Hierfür ist das bio-psycho-soziale Modell geeignet. Denn anhand dieses Modells werden sowohl Ursachen wie auch Auswirkungen von chronischen Schmerzen in sozialen, psychischen und biologischen Lebensbereichen gesucht.

Laut Josef W. Egger (2005) entstand das bio-psycho-soziale Modell vor etwa 30 Jahren, als die allgemeine Systemtheorie in die Medizin eingeführt wurde und man von einem ganzheitlichen Krankheitsverständnis zu sprechen begann (S. 4). Ljutow betont in diesem Zusammenhang, dass das bio-psycho-soziale Modell zwar in aller Munde ist und dass sich auch viele schmerzspezifische Einrichtungen darauf beziehen, dass es bisher aber kaum je wirklich angewandt wird. Dies komme daher, so vermutet Ljutow, weil sich das bio-psycho-soziale Modell bis anhin zu wenig im Bewusstsein der Fachleute aus medizinischen Disziplinen festgesetzt hat (Gespräch vom 19. April 2011). Das bestätigt auch Egger, indem er darauf hinweist, dass der Paradigmenwechsel von einer biomedizinischen zu einer ganzheitlichen (bio-psycho-sozialen) Medizin noch nicht stattgefunden hat (S. 3). Er würdigt das bio-psycho-soziale Modell als „(. . .) das gegenwärtig kohärenteste, kompakteste und auch bedeutendste Theoriekonzept, innerhalb dessen der Mensch in Gesundheit und Krankheit erklärbar und verstehbar wird“ (S. 4). Das heute allgemein geltende medizinische

Modell basiert nach wie vor auf dem Reiz-Antwort-Modell¹, worin die sozialen Faktoren nicht betrachtet werden.

In der Literatur lassen sich jedoch auch einige Hinweise darauf finden, dass ein Umdenken im Gang ist. Laut Kathryn E. Lasch (2002) haben bereits viele Organisationen Schmerzen als ein bio-psycho-soziales Phänomen erkannt. So haben beispielsweise die World Health Organization, die International Association for the Study of Pain und weitere Stiftungen, Interessengruppen und die (U.S) Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) auf eine proaktive Annäherung zur Schmerztherapie gedrängt. Sie haben hervorgebracht, dass Schmerzen als bio-psycho-soziales Phänomen oft interdisziplinäre Behandlung erfordern (§2/eigene Übersetzung). Buchanan et al. (2010) führen dazu aus: „Over the last two decades epidemiological and ‚risk factor‘ research has provided very strong support for a body of pain behavioural research which underpins the ‚bio-psycho-social‘ model of pain“ (S. 11).

Wie eingangs dieses Kapitels bereits erwähnt, sind die somatischen, psychischen und sozialen Aspekte einer Krankheit gleichermaßen zu beachten. Der bio-psycho-soziale Ansatz versteht chronische Schmerzen laut Müller-Mundt (2005) denn auch als „(. . .) Resultat komplexer Wechselbeziehungen zwischen genetischen Dispositionen, nozizeptiven² Reizen, kognitiven Verarbeitungsprozessen, psychischen Beeinträchtigungen, individuellen Bewältigungs-strategien und sozialen Kontextbedingungen“ (S. 58). Egger (2005) führt weiter aus, dass Krankheit und Gesundheit im bio-psycho-sozialen Modell nicht als Zustand, sondern als „dynamisches Geschehen“ verstanden werden. Er erklärt den Gedanken, der hinter diesem Modell steht, folgendermassen: Nach dem bio-psycho-sozialen Modell ist die Natur auf einem Kontinuum hierarchisch geordnet. Dabei gibt es komplexere, grössere Einheiten, die hierarchisch über den kleineren, einfacheren Einheiten stehen. Jede Einheit stellt ein eigenes „organisiertes dynamisches System“ dar, das typische Eigenheiten aufweist. Diese Systeme sind miteinander vernetzt (S. 3-5). So haben das biologische, das psychische, wie auch das soziale System besondere Eigenschaften und sind in sich geschlossen. Sie sind hierarchisch angeordnet und miteinander verknüpft.

Wenn es in einem System also zu einer Belastung kommt und diese nicht mehr autoregulativ behoben werden kann, tritt eine Störung in diesem System auf. Da die verschiedenen Systeme miteinander verbunden sind, sind in der Folge auch die anderen Systeme betroffen. Dadurch ist es oft sehr schwierig, die genaue und eigentliche Ursache von Schmerzen zu erkennen. So kann es beispielsweise sein, dass der Körper mit Schmerzen reagiert, weil im sozialen System ein Problem entstanden ist. Oftmals ist eine Vielzahl von Faktoren an der Entstehung einer chronischen Schmerzerkrankung beteiligt. Später im Kapitel zeigen die Autorinnen anhand eines Beispiels auf, wie ausgeprägt diese wechselseitige Beeinflussung der verschiedenen Systeme sein kann.

¹ Siehe Glossar

² Siehe Glossar

2.3 Einflussfaktoren auf chronische Schmerzen

Im Folgenden soll der Einfluss verschiedener Faktoren auf chronische Schmerzen aufgezeigt werden. Dabei wird zwischen Schutz- und Risikofaktoren unterschieden. Denn der Gesundheitszustand eines Menschen wird laut Suzanne Lischer (2010) von verschiedenen Faktoren positiv oder negativ beeinflusst. Man spricht dabei von sogenannten Gesundheitsdeterminanten. Dazu gehören:

- Die Verhaltens- und Lebensweisen des oder der Einzelnen
- Die Unterstützung und Beeinflussung durch das soziale Umfeld, das der Gesundheit förderlich oder hinderlich sein kann
- Die Lebens- und Arbeitsbedingungen und der Zugang zu Einrichtungen und Diensten
- Die ökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen, wie zum Beispiel der Lebensstandard oder der Arbeitsmarkt (BAG 2010). (Folie 50)

2.3.1 Schutzfaktoren

Schutzfaktoren als Teil der Gesundheitsdeterminanten wirken auf die Gesundheit protektiv. Michael Rutter (1990) definiert Schutzfaktoren als Merkmale, welche die Entwicklung einer Erkrankung verhindern oder abschwächen sowie die Möglichkeit, dass sich die Erkrankung positiv entwickelt, erhöhen (zit. in Klaus Fröhlich-Gildhoff & Maike Rönnau-Böse, 2009, S. 27). Beispiele für diese Schutzfaktoren sind laut Geissler-Piltz et al. (2005) das Immunsystem, eine starke Ich-Identität, emotionale Sicherheit sowie kulturelle oder religiöse Zugehörigkeit (S. 26). Diese Widerstandsfaktoren, Aaron Antonovsky (1997) nennt sie verallgemeinerte Widerstandsressourcen (zit. in Geissler-Piltz et al., 2005, S. 26), werden laut Geissler-Piltz et al. von gesunden und psychisch stabilen Menschen mobilisiert, damit sie mit belastenden Situationen umgehen können, ohne krank zu werden. Diese Ressourcen entfalten sich im Verlauf der Sozialisation eines Menschen und seiner Teilnahme an den gesellschaftlichen Entwicklungen. Somit seien diese Faktoren ein sozial geprägtes Potential und, um belastende Situationen bewältigen zu können, müsse dieses vollständig entwickelt sein (S. 26). Laut Martin Hafen (2007) kann von einem Schutzfaktor jedoch nur dann gesprochen werden, wenn er vor etwas schützt. Damit sei gemeint, dass ein externer Faktor vorhanden sein müsse, der die Gefahr zu erkranken, erhöhe. „Schutzfaktoren treten also reaktiv in Aktion – aktiviert durch die (pro-)aktiven Risikofaktoren“, so Hafen (S. 296). Ist kein Faktor vorhanden, der die Gesundheit belasten könnte, kann also auch nicht von einem Schutzfaktor gesprochen werden, denn dann muss dieser Faktor vor nichts schützen. Eine starke emotionale Sicherheit kann zum Beispiel als Schutzfaktor betrachtet werden, wenn

eine Person aufgrund hoher Belastungen am Arbeitsplatz an Stress leidet. Denn dieser kann sich bei fehlenden Schutzfaktoren risikoreich auf die Gesundheit auswirken.

2.3.2 Risikofaktoren

Monika Hasenbring (2001) definiert Risikofaktoren folgendermassen: „Ein bestimmter Einfluss ist für die Chronifizierung einer Krankheit dann als Risikofaktor anzusehen, wenn Personen, die diesem Einfluss ausgesetzt sind, erfahrungsgemäss mit einer höheren Wahrscheinlichkeit chronische Beschwerden entwickeln als Personen, die diesem Einfluss nicht ausgesetzt sind“ (S. 186). Risikofaktoren sind also diejenigen Faktoren, welche das Risiko einer Erkrankung erhöhen und sich allgemein negativ auf die Gesundheit auswirken können. Risikofaktoren können zwar einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer Krankheit haben, man kann aber nicht davon ausgehen, dass verschiedene vorhandene Risikofaktoren immer zu einer (Schmerz-) Erkrankung führen werden.

Nach dieser kurzen Umschreibung von Schutz- und Risikofaktoren wird im Folgenden auf einige ausgewählte Faktoren eingegangen. Die Literaturrecherche hat ergeben, dass diese Faktoren einen direkten Einfluss auf chronische Schmerzen haben können. Richard Wilkinson und Michael Marmot vom Regionalbüro der WHO in Europa (2004) haben auf die verschiedenen sozialen Determinanten von Gesundheit aufmerksam gemacht. Die Faktoren, die sich auf die allgemeine Gesundheit auswirken, können, wie bereits aufgezeigt, auch auf die Erkrankung an chronischen Schmerzen übertragen werden. Somit werden sich die Autorinnen neben weiterer Literatur auf die von der WHO genannten Gesundheitsdeterminanten stützen.

Es werden neben den Faktoren Alter, Geschlecht und Schulabschluss/Ausbildung auch die soziale Schichtzugehörigkeit, Stress, die Arbeitsbedingungen/chronisch anhaltende Belastungen im Arbeitsalltag, soziale Unterstützung und soziale Ausgrenzung/sozialer Rückzug untersucht. Weiter werden Faktoren beleuchtet, die sich verstärkend auf die Schmerzchronifizierung auswirken können. Als solche gelten das Vermeidungsverhalten, nichtverbales Ausdrucksverhalten und die Ablenkung im Sinne des Ignorierens. Wie in der folgenden Darstellung dieser einzelnen Einflussfaktoren ersichtlich wird, sind viele von ihnen miteinander verknüpft und haben eine gegenseitig verstärkende Wirkung aufeinander.

2.3.3 Geschlecht als Risikofaktor

Einen der Einflussfaktoren auf die Gefahr, an chronischen Schmerzen zu erkranken, stellt das Geschlecht dar. So ist die weibliche Bevölkerung laut Müller-Mundt (2005) eher gefährdet, an chronischen Schmerzen zu erkranken, als die männliche. Gründe dafür könnten laut C. Zimmer (2004, Vorname konnte nicht gefunden werden) biologische Unterschiede sowie konkrete psychosoziale Bedingungsfaktoren, wie Schmerzen erlebt werden und wie man sich damit verhält, sein (zit. in Müller-Mundt, 2005, S. 21). So sind laut P. F. M. Verhaak, J. J. Kerssens, J. Dekker, M. J. Sorbi und J. M. Bensing (1998, Vornamen konnten nicht gefunden

werden) meistens Frauen mittleren Alters mit einem niedrigen sozioökonomischen Status betroffen (zit. in Müller Mundt, S. 21).

2.3.4 Alter als Risikofaktor

Mit dem „Canadian STOP-PAIN Project“ untersuchten Manon Choinière et al. (2010) die menschlichen und wirtschaftlichen Belastungen durch chronische Schmerzen. Aufgrund der Wartelisten von acht multidisziplinären Schmerzbehandlungseinrichtungen in ganz Kanada wurden 728 Patienten und Patientinnen rekrutiert, um mittels Fragebogen die Merkmale und Auswirkungen ihrer Schmerzen sowie ihre emotionale Funktion und Lebensqualität zu bewerten (S. 539/eigene Übersetzung). Dabei wurden auch die in der nachfolgenden Tabelle (Tabelle 1) dargestellten demografischen Merkmale der Teilnehmenden beachtet. Daraus geht deutlich hervor, dass Menschen zwischen 40 und 60 Jahren am häufigsten von chronischen Schmerzen betroffen sind. Diese Gruppe stellt 58.6 % der insgesamt 728 beteiligten Patienten und Patientinnen dar. Eine Erklärung für die hohe Anzahl Betroffener in diesem Lebensabschnitt könnten nach Überlegungen der Autorinnen die vielseitigen Belastungen und Herausforderungen, wie zum Beispiel die berufliche Tätigkeit, darstellen. Dem Alter der hier angesprochenen Gruppe geht eine mindestens 20-jährige Berufstätigkeit voraus. Häufig befinden sich diese Personen karrieremässig in einer anstrengenden Situation und die Kräfte lassen langsam nach, Belastungen werden vielleicht nicht mehr so leicht weggesteckt, wie es einem jüngeren Menschen möglich ist. Der Soziologe Talcott Parsons (1967) spricht in diesem Zusammenhang von einem „Rückzug in die Krankheit“ der Betroffenen. Dies geschehe oft, wenn die vorherrschenden Arbeitsbedingungen belastend seien und anhaltenden Stress hervorrufen (zit. in Hasenbring, 2001, S. 193). Bei den über 50-jährigen Personen, die Hasenbring als eine besonders betroffene Altersgruppe identifiziert, kann dies mit den ständig steigenden Leistungsanforderungen und sich verändernden Arbeitsplatzbedingungen zu tun haben (S. 193).

Characteristics		%	n
Age	< 40 yr	17.5	127
	40-60 yr	58.6	427
	> 60 yr	23.9	174
Gender	Female	60.6	441
Education level	Elementary school, high school	46.3	336
	College-technical school	35.4	257
	University	18.3	133
Employment status	Employed (including students and homemakers)	32.8	238
	Retired	16.5	120
	Unable to work due to illness or disability	41.9	304
	Otherwise not employed	8.8	64

Tabelle 1: Demographic characteristics of the study participants (Choinière, Dion, Peng, Banner, Barton, Boulanger et al., 2010, S. 543)

2.3.5 Schulabschluss/Ausbildung als Risikofaktor

Aus der oben dargestellten Grafik von Choinière et al. (2010) geht auch hervor, dass der Bildungsgrad eines Menschen einen Risikofaktor für die Erkrankung an chronischen Schmerzen bedeuten kann. So stellten von gesamthaft 728 der an dem Projekt beteiligten Patienten und Patientinnen diejenigen mit einem Universitätsabschluss nur gerade 18,3 % dar. 35,4 % der Patienten oder Patientinnen waren im Besitz eines College- oder Fachschulabschluss und diejenigen Patienten und Patientinnen, die lediglich über einen Grundschul- oder High-School-Abschluss verfügten, machten beinahe die Hälfte aller untersuchten Personen aus, nämlich ganze 46,3 %.

Als mögliche Gründe für diese Tatsache sehen die Autorinnen folgende: Durch einen tieferen Schulabschluss und eine weniger „gute“ Ausbildung verringern sich die Chancen auf die angesehenen und finanziell lukrativen Berufsfelder massiv. Zudem wird den Betroffenen durch das niedrige Einkommen auch der Zugang zu Leistungen von Sozialversicherungen erschwert. Wie später im Kapitel noch ersichtlich wird, sind Menschen in weniger qualifizierten Berufen oftmals schlechten Arbeitsbedingungen ausgesetzt, welche einen direkten Zusammenhang mit der Gefahr der Entwicklung einer (Schmerz-) Erkrankung haben können.

Laut Hasenbring (2001) kann ein geringer Bildungsgrad auch einen Einfluss darauf haben, wie mit der Umstellung auf sich verändernde Arbeitsplatzbedingungen umgegangen werden kann. Als weiteren Grund nennt sie die Unselbstständigkeit in der Berufstätigkeit, die mit einem Gefühl des Kontrollverlustes einhergehen kann, was aus psychologischer Sicht eine Voraussetzung für die Entwicklung depressiver Stimmungslagen darstellt (S. 194). Und wie in Kapitel 2.1.2 ersichtlich wurde, leidet ein Grossteil der an chronischen Schmerzen betroffenen Menschen an Depressionen.

2.3.6 Soziale Schichtzugehörigkeit als Risikofaktor

Wilkinson und Marmot (2004) identifizieren die Schichtzugehörigkeit als eindeutigen Einflussfaktor auf Gesundheit und Krankheit. So bestehe für Menschen weiter unten in der gesellschaftlichen Hierarchie eine mindestens doppelt so hohe Gefahr, schwer zu erkranken, wie für Menschen, die sich in dieser Hierarchie weiter oben befinden (S. 10). Laut Hasenbring (2001) birgt der Einflussfaktor soziale Schicht in sich weitere Risikofaktoren wie das Bildungsniveau oder die Bedingungen am Arbeitsplatz. Vor allem die tendenziell körperlich schwere Arbeit, die jemand aus einer tieferen sozialen Schicht verrichte, könne, wie beim Risikofaktor Arbeitsplatzbedingungen noch ersichtlich wird, einen Einfluss auf die Gefahr der Entwicklung von chronischen Schmerzen haben (S. 193-194).

Laut Wilkinson und Marmot (2004) haben die unterschiedlichen Benachteiligungen, denen Menschen aus einer tieferen sozialen Schicht ausgesetzt sind, eine kumulative Wirkung. Und je länger jemand diesen belastenden Bedingungen ausgesetzt sei, desto stärker seien die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit (S. 10). Dazu kommt, dass sich die soziale Schichtzugehörigkeit während des Lebens oftmals kaum verändert. Durch die Faktoren,

welche die Schichtzugehörigkeit nach sich zieht, haben sozial schlechter gestellte Menschen kaum die Möglichkeit, ihre soziale Schichtzugehörigkeit zu verändern. Diese Personen sind somit doppelt gefährdet.

2.3.7 Stress als Risikofaktor

Über eine längere Zeit andauernde belastende Lebensumstände wie beispielsweise eine unbefriedigende Arbeitsplatzsituation oder andauernde Sorgen oder Probleme mit signifikanten Bezugspersonen lösen beim Menschen langfristig Stress aus. Dieser hat einen direkten Einfluss auf die Gesundheit. Die Widerstandsfähigkeit lässt nach, man wird anfälliger für Krankheiten und man erträgt alltägliche Belastungen nicht mehr wie vorher. Laut Wilkinson und Marmot (2004) akkumulieren sich diese psychosozialen Risiken und erhöhen die Gefahr, zu erkranken. „Lange sorgenvolle und unsichere Lebensphasen und fehlende stützende zwischenmenschliche Beziehungen [, die einen weiteren Risikofaktor darstellen,] sind in allen Lebensbereichen gesundheitsschädlich“, so Wilkinson und Marmot (S. 13). Das heisst, diese belastenden Umstände wirken sich auf allen drei Ebenen des bio-psycho-sozialen Systems aus. Weiter führt die WHO aus, dass diese stressbedingten Gesundheitsprobleme in den Industrieländern in den unteren Gesellschaftsschichten weiter verbreitet sind als in den oberen (S. 13).

2.3.8 Arbeitsbedingungen/chronisch anhaltende Belastungen im Arbeitsalltag als Risikofaktor

Hans Günther Homfeldt und Stephan Sting (2006) schreiben, dass ungleiche materielle Arbeitsbedingungen gesundheitliche Ungleichheit bewirken (S. 103). Die Autorinnen verstehen diese von Homfeldt und Sting angesprochene Ungleichheit der Arbeitsbedingungen als die Unterschiede, die zwischen hoch und niedrig qualifizierten Berufsgattungen bestehen. So haben beispielsweise Schichtarbeit, Nachtarbeit oder auch körperlich schwere Arbeit einen Einfluss auf die Gesundheit. Eine Reihe von Langzeitstudien hat laut Hasenbring (2001) ergeben, dass verschiedene auf den Arbeitsplatz bezogene Merkmale einen direkten Zusammenhang mit der erhöhten Wahrscheinlichkeit einer chronisch schmerzhaften Erkrankung haben. Als Beispiele dafür nennt sie starke körperliche Belastungen oder eine statische Körperhaltung (S. 193). Auch Wilkinson und Marmot (2004) identifizieren ungünstige Arbeitsbedingungen als besonders risikoträchtig. So bestehe bei einem ungenügenden Entscheidungsspielraum am Arbeitsplatz eine erhöhte Gefahr, Rückenschmerzen zu bekommen und häufiger krank zu werden (S. 21).

2.3.9 Soziale Unterstützung als Schutzfaktor

Die soziale Unterstützung durch das Umfeld spielt als Gesundheitsdeterminante eine wichtige Rolle. Soziale Unterstützung ist der Faktor, der den Menschen genügend Rückhalt gibt, um den Belastungen des Lebens standzuhalten. Stephanie Dehmel (2008) spricht bei starken Systemen sozialer Unterstützung von einer Art „sozialem Immunsystem“, welches

die Individuen befähigt, Belastungen besser auszuhalten und zu bewältigen. Dies bewirke ein grösseres Mass an psychischer und physischer Gesundheit. Weiter führt Dehmel aus, dass soziale Unterstützung in Beziehungen erbracht und erhalten wird. Die Qualität und Quantität der sozialen Beziehungen der Menschen sei dabei entscheidend für das Ausmass der gewährten und erhaltenen sozialen Unterstützung. Quellen für diese Unterstützung können Vertrauenspersonen (Familie und Freunde) oder Kontaktpersonen, beispielsweise in der Nachbarschaft oder am Arbeitsplatz, sein. Die Einbettung in ein soziales Netz stärke das subjektive Wohlbefinden und lasse Menschen objektiv gesünder leben, so dass mit Belastungssituationen besser umgegangen werden könne (S. 17-18).

Die Familie oder eine feste Partnerschaft stellt im Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld eine äusserst wichtige Komponente dar. Denn dieses primäre soziale Netz, wie es Müller-Mundt (2005) nennt, stellt für die Betroffenen zumeist der zentrale soziale Ort dar, in dem ihnen Unterstützung und Verständnis entgegengebracht wird (S. 117).

Dieser äusserst wichtige Schutzfaktor kann Menschen also davor bewahren, dass sich andere Faktoren in einem Masse auswirken, die krankhafte Folgen haben. Leidet jemand an akuten Schmerzen, kann die soziale Unterstützung einen wichtigen Beitrag zum Umgang mit diesen und mit anderen belastenden Umständen leisten, damit es nicht zu einer Chronifizierung der Schmerzen kommt.

2.3.10 Soziale Ausgrenzung/sozialer Rückzug als Risikofaktor

Eine fehlende soziale Integration bewirkt genau das Gegenteil als die eben beschriebene soziale Unterstützung und stellt demnach einen Faktor dar, welcher die Gesundheit gefährden kann. Wilkinson und Marmot (2004) betonen dazu Folgendes: „Wenn man von der Gemeinschaft emotional nicht genügend getragen wird, wird man (. . .) häufiger unter Depressionen leiden und chronische Krankheiten als stärker behindernd empfinden“ (S. 27). Dieser Risikofaktor kann also einerseits zur Entstehung einer Schmerzkrankheit beitragen, andererseits stellt der soziale Rückzug aber auch eine Folge von chronisch auftretenden Schmerzen dar. Denn durch die konstanten oder immer wieder auftretenden Schmerzen verzichten viele Betroffene auf die Teilnahme an Aktivitäten mit Personen aus dem sozialen Umfeld. Durch den durch die Schmerzen erzwungene Rückzug aus der Arbeitswelt gehen zusätzliche soziale Kontakte verloren. Auch Müller-Mundt (2005) identifiziert die Tendenz der Betroffenen, sich immer mehr zurückzuziehen, als Risikofaktor. Denn dadurch erhöhe sich die Gefahr der sozialen Isolation und als Folge davon der Verlust von sozialen Ressourcen und Unterstützungspotentialen, die einen wichtigen Beitrag zur Krankheitsbewältigung darstellen können (S. 65).

Im Folgenden Unterkapitel gehen die Autorinnen auf eine Reihe von Faktoren ein, die eine wichtige Rolle spielen bei der individuellen Schmerzbewältigung. Denn auch diese können als Risiko- beziehungsweise Schutzfaktoren identifiziert werden. So tragen das eigene Verhalten und Verstärkungseinflüsse aus dem sozialen Umfeld einen wesentlichen Teil zur

weiteren Intensivierung, zur Aufrechterhaltung oder zum konstruktiven Umgang mit dem eigenen Schmerzerleben bei.

2.3.11 Vermeidungsverhalten als Risikofaktor

Wie bereits aufgezeigt, führen chronische Schmerzen oft zu einer Vermeidung sozialer und auch sportlicher Aktivitäten, die das soziale Verhalten fördern würden. In der Folge kommt es zu einem umfassenden sozialen Rückzug. Die verheerende Folge dieses Vermeidungsverhalten bringt Hasenbring (2001) wie folgt auf den Punkt: „Führt das Verhalten zu einer Reduzierung von Schmerz, Angst und/oder Gefühlen der Überforderung, kommt es auf dem Weg der negativen Verstärkung zu einer Stabilisierung desselben“ (S. 192). Die Schmerzen werden „gehegt und gepflegt“, es fehlt an sinnvoller Ablenkung und der Patient oder die Patientin versinkt in diesem Teufelskreis.

2.3.12 Nichtverbales Ausdrucksverhalten als Risikofaktor

Als nichtverbales Ausdrucksverhalten bezeichnet Hasenbring (2001) die nonverbalen Signale wie Körperhaltung, Mimik, Gestik etc. der Betroffenen. Mit diesen Signalen geben sie wichtigen Bezugspersonen wie Arbeitskollegen und -kolleginnen oder Angehörigen zu verstehen, dass sie Schmerzen haben. Dieses Verhalten wird laut Hasenbring oft durch sogenannte operante Verstärkungsprozesse aufrechterhalten. Das heisst, Bezugspersonen verstärken das Verhalten der Betroffenen entweder durch eine vermehrte Zuwendung oder durch die Abnahme unangenehmer Aufgaben, Verantwortlichkeiten etc. (S. 193). Wegen der Zuwendung, die die Betroffenen aufgrund der Schmerzen erlangen, kommt es zu einer Aufrechterhaltung oder Verstärkung des Schmerzverhaltens. Müller-Mundt (2005) identifiziert als negative Verstärkung diejenigen Mechanismen der Aufrechterhaltung oder Verstärkung des Schmerzverhaltens „(. . .) durch die bei Schmerz erlangte (. . .) Entbindung von sozialen Pflichten, sei es die bei Krankheit legitime Meidung unangenehmer Anforderungen, die Entlastung von unliebsamen Aufgaben oder die Rückzugsmöglichkeit aus unangenehmen Situationen“ (S. 58).

Diese Folgen des nichtverbalen Ausdrucksverhaltens können auch als sekundärer Krankheitsgewinn verstanden werden. Es ergibt sich daraus für die Betroffenen, neben dem Leiden, auch etwas Positives, denn es werden ihnen unangenehme Aufgaben oder Verpflichtungen abgenommen. Mit sekundären Gewinnen sind also Vorteile gemeint, die sich durch die Krankheit ergeben. Für die Autorinnen ist es nachvollziehbar, dass man in diesem Zustand der ewigen Schmerzen, aufgrund derer man so viel aufgeben muss, auf diese Privilegien nicht auch noch verzichten möchte. Daraus ergibt sich ein Auftrag für die sozialarbeiterische Behandlung. Denn durch diese Zuwendungen von signifikanten Dritten und den Vorteil, der sich für die Betroffenen daraus ergibt, wird das Verharren in den Schmerzen weiter aufrechterhalten oder verstärkt. Somit ist es wichtig, diese Verhaltensweisen zu thematisieren und anzupassen.

2.3.13 Ablenkung im Sinne des Ignorierens als Risiko- und Schutzfaktor

Viele Patienten und Patientinnen versuchen aktiv, sich von ihren Schmerzen abzulenken, um nicht ständig damit konfrontiert zu werden. Dies erscheint den Autorinnen durchaus nachvollziehbar. Hasenbring (2001) betont jedoch, dass die Ablenkung von den Schmerzen in diesem Fall der Aufrechterhaltung gerade ausgeführter Tätigkeiten dient, was in engem Zusammenhang mit den sogenannten Durchhaltestrategien steht. Damit meint sie die Angewohnheit der Betroffenen, sich die eigene Schwäche nicht einzugestehen und sich keine Entspannung zu gönnen, etwa durch Pausen oder das Absagen von Vereinbarungen. Diese konstante Überbelastung der Muskeln, Gelenken und auch der Psyche könne zu einer weiteren Chronifizierung der Schmerzen beitragen (S. 192).

Dazu ist jedoch zu betonen, dass das Ignorieren der Schmerzen von den Schmerzpatienten und -patientinnen selbst auch als hilfreich angesehen werden kann. In einem Gespräch mit zwei männlichen Betroffenen mittleren Alters gaben beide an, dass sie es möglichst vermeiden würden, über ihre Schmerzen zu sprechen, und dass sie den Fokus des Denkens und Handelns bewusst auf etwas anderes, Positives richten. Durch die Ablenkung und die Fokussierung auf positive Aspekte ihres Lebens sei es für sie einfacher, mit den Schmerzen zu leben. Weiter gehe es ihnen auch darum, sich nicht durch ihre Schmerzen zu identifizieren und von anderen als Personen nicht auf die Schmerzen reduziert zu werden (Gespräch vom 23. Mai 2011).

Anhand der Darstellung dieser verschiedenen Faktoren lässt sich der direkte Zusammenhang zwischen den verschiedenen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren deutlich erkennen. Anhand eines Beispiels wird nun ein „worst case“ Szenario konstruiert, um zu verdeutlichen, wie sich die verschiedenen Faktoren bedingen und wie es schliesslich zu einer chronischen Schmerzkrankheit kommen kann.

2.4 Fallbeispiel

Frau B. (Risikofaktor Geschlecht) ist 45 Jahre alt (Risikofaktor Alter) und stammt aus einer Arbeiterfamilie (Risikofaktor soziale Schicht) aus der Zentralschweiz. Da ihr Vater früh gestorben ist, konnte es sich die Mutter nicht leisten, ihren vier Kindern eine höhere Ausbildung zu finanzieren. Frau B. hat eine Lehre als Sekretärin (Risikofaktor tiefe Ausbildung) gemacht, doch in ihrem Alter und ohne die nötigen Computerkenntnisse war es ihr, als die Kinder alt genug waren, nicht möglich, wieder eine Stelle auf ihrem erlernten Beruf zu finden. Deshalb arbeitet sie seit einigen Jahren im Stundenlohn als Reinigungskraft in einer Fabrik, wobei sie lediglich ein bescheidenes Einkommen erzielt. Da sie in ständig wechselnden Schichten arbeitet (Risikofaktor Arbeitsbedingungen), fehlt ihr oft die Zeit und die Kraft, ihre sozialen Kontakte (Risikofaktor soziale Isolation) zu pflegen. Zudem leidet sie aufgrund der körperlich anstrengenden Arbeit und der ungesunden Körperhaltung, die sie dabei einnehmen muss (Risikofaktor Arbeitsbedingungen), wiederholt an Rückenschmerzen. Fällt sie aufgrund der Schmerzen bei der Arbeit aus, muss sie jedes Mal finanzielle Einbussen

hinnehmen. Sie verzichtet jedoch darauf, einen Arzt oder eine Ärztin aufzusuchen, aus Angst von hohen Ausgaben. Diese belastenden Lebensumstände führen bei Frau B. zu einem permanenten Stress (Risikofaktor Stress).

Die in den verschiedenen Systemen auftretenden Faktoren werden kumuliert und wirken sich negativ auf die Rückenschmerzen von Frau B. aus. Dadurch, dass sie sich nicht rechtzeitig Hilfe holen kann, schreitet der Chronifizierungsprozess der Schmerzen ungehindert voran.

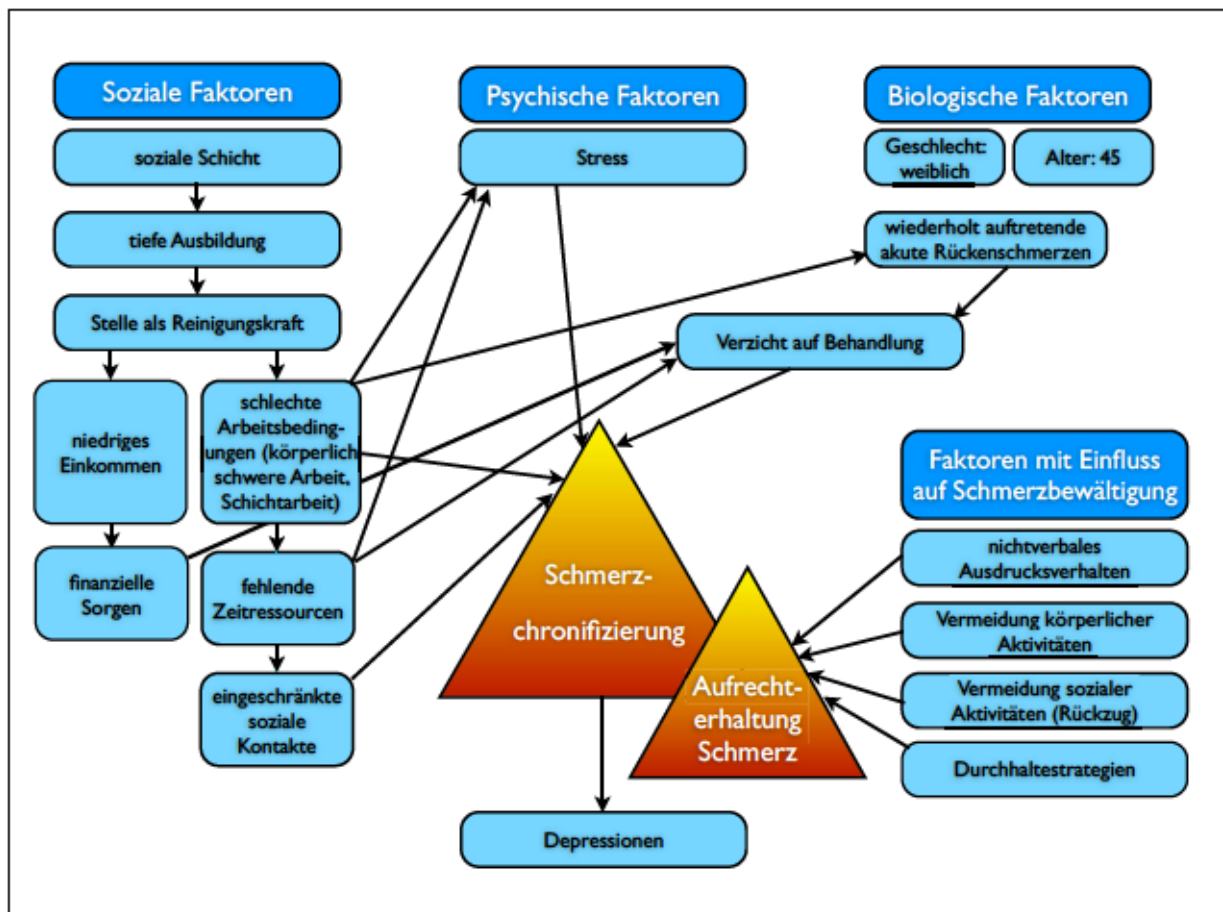


Abbildung 3: Die Entstehung von chronischen Schmerzen erklärt am bio-psycho-sozialen Modell (eigene Grafik, 2011)

An diesem Beispiel wird deutlich, wie wichtig es ist, Patienten und Patientinnen mit chronischen Schmerzen nicht auf ihre medizinischen Probleme zu reduzieren. Verschiedene Faktoren in den biologischen, psychologischen und sozialen Systemen bedingen und verstärken sich gegenseitig und tragen so zur Chronifizierung der Schmerzen bei. Dabei gibt es Faktoren wie das Alter, das Geschlecht oder auch die soziale Schicht, die natürlich nicht verändert werden können. Probleme im sozialen System wie die schlechten Arbeitsbedingungen, die finanziellen Sorgen oder der soziale Rückzug können jedoch gemeinsam mit den Betroffenen thematisiert werden. Es besteht die Möglichkeit, nach alternativen Beschäftigungen oder nach finanzieller Unterstützung für die Behandlungen zu suchen. Auch Faktoren, die zur Aufrechterhaltung der chronischen Schmerzen beitragen,

können mit dem Patienten oder der Patientin aufgedeckt, besprochen und angepasst werden. Dafür braucht es aber Fachpersonen, die darauf spezialisiert sind, solche Problembereiche zu identifizieren, und die über ein spezifisches Wissen im Umgang und in der Behebung dieser Probleme verfügen. In Kapitel 5 wird dieses Fallbeispiel erneut aufgenommen, um daran die konkreten Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit in der Behandlung von Schmerzpatienten und -patientinnen zu veranschaulichen.

2.5 Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel haben die Autorinnen die Komplexität und das prozesshafte Entstehen von chronischen Schmerzen aufgezeigt. Diese sind keinesfalls nur medizinisch zu begründen, denn somatische, psychische sowie soziale Faktoren spielen dabei eine gleichbedeutende Rolle.

Durch die Fokussierung auf die sozialen Risiko- und Schutzfaktoren wurde verdeutlicht, welche wichtige Rolle diese bei der Entstehung oder dem Umgang mit chronischen Schmerzen spielen. Gerade weil der soziale Aspekt eine solche Bedeutung hat, bedarf es nach Ansicht der Autorinnen auch in diesem Bereich Fachpersonen, die auf die Behandlung von sozialen Problemen spezialisiert sind. Daraus lässt sich eine klare Begründung für einen eigenständigen Beitrag der Klinischen Sozialarbeit in der Behandlung von Schmerzpatienten und -patientinnen ableiten.

3 Bedürfnisse von Schmerzpatienten und -patientinnen und deren Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung

Den Menschen, die von chronischen Schmerzen betroffen sind, wird unter der Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse in dieser Bachelorarbeit ein eigenes Kapitel gewidmet. Denn nur durch die Betrachtung ihrer Lebenswelt und ihrer Bedürfnisse, sowie ihrem Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung kann die Klinische Sozialarbeit in der Schmerzmedizin einen Aufgabenbereich finden.

In diesem Kapitel erläutern die Autorinnen zuerst die Zielgruppe der vorliegenden Bachelorarbeit in Kapitel 3.1, um zu erläutern, auf welche Personen sie sich beziehen. Um zu eruieren, ob ein Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung vorhanden ist und wie dieser konkret aussieht, gehen die Autorinnen in Kapitel 3.2 auf das von Kathrin Huber Näf und Monika Seehafer Baumeler im Schmerzzentrum Nottwil erhobene Forschungsprojekt ein. Aufgrund des festgestellten Bedarfs werden die dahinterliegenden Bedürfnisse mittels der Bedürfnistheorie von Ilse Arlt und der Bedürfnispyramide von Abraham Harold Maslow in Kapitel 3.3 und 3.4 ermittelt. Die gewonnenen Erkenntnisse werden in Kapitel 3.5 erläutert.

3.1 Die Zielgruppe näher definiert

Wie im vorherigen Kapitel ersichtlich wurde, sind Schmerzen sehr vielfältig und komplex. In dieser Bachelorarbeit befassen sich die Autorinnen mit Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden, welche über einen Zeitraum von mindestens drei bis sechs Monaten andauern. Sie beziehen sich jedoch nicht auf Tumor- und Krebspatienten und -patientinnen, die auch an langanhaltenden Schmerzen leiden. Die Autorinnen haben sich bewusst dafür entschieden, die Zielgruppe relativ eng zu definieren und andere in Kapitel 2.1 aufgeführte Kategorien nicht einzubeziehen. Denn die Schmerzpatienten und -patientinnen, welche mit dieser Bachelorarbeit angesprochen werden, gehören laut Ljutow zu einer Personengruppe, die bisher kaum sozialarbeiterische Unterstützung erhält (Gespräch vom 19. April 2011).

Tumor- und Krebspatienten und -patientinnen befinden sich anders als die Zielgruppe der Autorinnen in lebensbedrohlichen Situationen. Dementsprechend wird ihrer Behandlung auch viel Aufmerksamkeit geschenkt. Sie werden laut Ljutow nicht durch Schmerzzentren und -kliniken betreut, sondern vor allem durch die Onkologie und die Palliativmedizin. In diesen Versorgungsstrukturen seien Sozialarbeitende oftmals bereits im interdisziplinären Team tätig. Sie unterstützen den Patienten oder die Patientin hauptsächlich darin, zuhause ein Helfernetz aufzubauen, damit sie den Alltag bewältigen können. Die Pflege wird beispielsweise durch das Installieren der Spitex (spitalexterne Krankenpflege) abgedeckt (Gespräch vom 19. April 2011). Die Aufgabe der Sozialarbeit in der Palliativmedizin wurde im Gegensatz zur Sozialarbeit in der Schmerzmedizin schon gut erforscht und es lassen sich etliche Publikationen zum Thema finden.

Zu den chronischen Schmerzpatienten und -patientinnen gehört eine bedeutend grosse Gruppe, wie in Kapitel 2 ersichtlich wurde. So leiden laut Breivik et al. (2005) 16 % der Schweizer Bevölkerung an chronischen Schmerzen (S. 290-297). Dabei sind Schmerzpatienten und -patientinnen jedoch keine homogene Gruppe. Im Gegenteil – Schmerzen können bei den unterschiedlichsten Personen auftreten. Sie sind in allen Altersgruppen, Bevölkerungsschichten und Nationalitäten vorhanden.

Pauls (2011) beschreibt die Zielgruppe der Klinischen Sozialarbeit unabhängig vom konkreten Handlungsfeld als Personen in „Multiproblemsituationen“ (S. 17). Diese Schilderung trifft auch auf Schmerzpatienten und -patientinnen zu. Die Schmerzen der betroffenen Personen nehmen häufig auf ihre gesamte Lebenssituation Einfluss, sowohl in sozialer, biologischer und psychischer Hinsicht. Dies konnte anhand des bio-psycho-sozialen Modells in Kapitel 2 aufgezeigt werden.

Schmerzpatienten und -patientinnen suchen aufgrund ihrer physischen Leiden eine Behandlung auf. Diese chronischen Schmerzen können überall am Körper auftreten. Oftmals findet man bei chronischen Schmerzpatienten und -patientinnen im Gegensatz zu Tumor- oder Krebserkrankten keine klare physische Ursache des Leidens. Denn häufig verbergen sich hinter den physischen Leiden auch psychische und soziale Probleme, welche die Chronifizierung der Schmerzen beeinflussen. Aus dem Chronifizierungsprozess der Schmerzerkrankung gehen dann weitere psychische und soziale Faktoren hervor, die wiederum zur Chronifizierung beitragen.

So haben Schmerzpatienten und -patientinnen, wie dies in Kapitel 2 dargestellt wurde, oft einen hohen psychischen Leidensdruck. Sie fühlen sich in ihrer Situation hilflos, haben existenzielle Ängste und wissen nicht, wie ihr Leben weiter verlaufen wird.

Problematisch ist häufig auch ihre soziale Situation. Durch die Schmerzen hat diese Patienten- und Patientinnengruppe oft mit vielen Einschränkungen im Alltag umzugehen, wie in Kapitel 2 aufgezeigt wurde.

3.2 Bedarf der Zielgruppe an sozialarbeiterischer Unterstützung

Wohnen

Huber Näf und Seehafer Baumeler (2009) haben herausgefunden, dass 12 % der Befragten eine Haushaltshilfe benötigen. Sie stellten fest, dass bei 31 Personen (34 %) allgemeine Probleme im Bereich Wohnen bestehen (S. 25).

Arbeit

Laut Huber Näf und Seehafer Baumeler (2009) stehen 57 % der Befragten in keinem Arbeitsverhältnis (Arbeitslose, Hausfrauen und -männer, Rentner und Rentnerinnen). Bei den restlichen Personen fühlen sich 13% von ihrer Arbeit überfordert und 16% finden, dass ihr Arbeitsplatz im Hinblick auf ihre Erkrankung schlecht eingerichtet ist. Huber Näf und

Seehafer Baumeler erkannten, dass 12% mit der Angst leben, ihre Arbeitsstelle zu verlieren (S. 26).

Finanzen und Versicherungen

Bei 20 % aller Befragten ist nach Huber Näf und Seehafer Baumeler (2009) eine problematische ökonomische Lage erkennbar. 51 % der Befragten haben Fragen zu Versicherungen und den Wunsch nach sozialarbeiterischer Unterstützung (S. 27-28).

Familie und soziales Umfeld

In dieser Kategorie beschreiben laut Huber Näf und Seehafer Baumeler (2009) 25 % aller Befragten ihre Beziehungen als nicht tragend. 49 % der Befragten sagen aus, dass sie sich aufgrund der Schmerzproblematik weniger häufig verabreden (S. 29).

Rechtliche Fragen

Laut Huber Näf und Seehafer Baumeler (2009) haben die befragten Personen wenig offene rechtliche Fragen (S. 31). Die Autorinnen vermuten hierzu, dass die Betroffenen zu diesem Bereich sehr wohl Fragen haben, diese aber mehrheitlich bereits durch den Bereich „Finanzen und Versicherungen“ abgedeckt werden.

Durch diese Forschungsergebnisse wurde deutlich, dass ein klarer Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung in verschiedenen sozialen Bereichen besteht. Insbesondere in den Bereichen Arbeit, Finanzen und Versicherungen und dem Bereich Familie und soziales Umfeld ist ein grosser Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung vorhanden. Auch stellten Huber Näf und Seehafer Baumeler (2009) fest, dass externe sozialarbeiterische Beratungsstellen trotz hohem Bedarf kaum genutzt werden. So beanspruchen 74% der befragten Personen keine Hilfe, obschon sie diese bräuchten. Huber Näf und Seehafer Baumeler nannten als mögliche Erklärung, dass die Schmerzpatienten und -patientinnen bereits eine belastende Zeit von Abklärungen hinter sich haben, bis sie ins Schmerzzentrum aufgenommen wurden. Deshalb hätten sie vermutlich wenig Energie, um sich bei einer weiteren Stelle anzumelden. 17% der Befragten gaben laut Huber Näf und Seehafer Baumeler zudem die Angst vor Behörden, vor dem eigenen Versagen oder vor Kosten an (S. 31). Ein in das interdisziplinäre Behandlungsteam integrierter Sozialdienst wäre deshalb umso wichtiger, da dieser niederschwellig zugänglich wäre. Die sozialarbeiterischen Leistungen würden so zu einem gleichwertigen Bestandteil der Schmerzbehandlung werden, wodurch die Betroffenen weniger Hemmungen hätten, diese in Anspruch zu nehmen. Das Wissen um die Tatsache, dass in diesem Sozialdienst ausschliesslich Menschen mit chronischen Schmerzen beraten werden, würde eine zusätzliche Entlastung bedeuten.

Hinter diesem ermittelten Bedarf an sozialer Unterstützung durch Fachpersonen stehen unterschiedliche unbefriedigte Bedürfnisse. Die Autorinnen gehen davon aus, dass ein

Bedarf an etwas immer auf ein dahinterliegendes Bedürfnis hindeutet, da sich alle Menschen von ihren Bedürfnissen steuern lassen. Ilse Arlt (2010) erklärt, dass bei fehlenden Mittel zur richtigen Bedürfnisbefriedigung Armut entsteht (S. 64). Arlt sieht den Auftrag der Sozialarbeit darin, „erzwungene Unterbefriedigungen“ zu beheben, denn diese seien immer schädlich (S. 76). Somit kann aufgrund unbefriedigter Bedürfnisse ein Handlungsauftrag für die Sozialarbeit abgeleitet werden. So auch in der Klinischen Sozialarbeit in der Schmerzmedizin, wobei die Bedürfnisse der Zielgruppe beachtet werden müssen.

Da in der Forschungsarbeit ein konkreter Hinweis auf die hinter den Bedarfskategorien stehenden menschlichen Bedürfnissen fehlt, werden die Autorinnen diese nachfolgend anhand der Bedürfnistheorie von Ilse Arlt und der Bedürfnispyramide von Abraham Harold Maslow herleiten.

3.3 Zwei allgemeingültige Bedürfnistheorien

Im Folgenden werden die Bedürfnistheorie von Ilse Arlt in Kapitel 3.3.1 und die Bedürfnispyramide von Abraham Harold Maslow in Kapitel 3.3.2 vorgestellt. Danach werden sie in Kapitel 3.4 auf die genannten Bedarfskategorien der vorangehenden Forschung übertragen. Anhand der so ermittelten Bedürfnisse lässt sich erkennen, ob die Klinische Sozialarbeit in der Schmerzmedizin überhaupt einen eigenen Handlungsauftrag braucht.

3.3.1 Bedürfnistheorie von Ilse Arlt

Die Autorinnen haben sich in dieser Arbeit für die Bedürfnistheorie von Arlt (1876-1960) entschieden, weil es sich bei der genannten Person um eine Schlüsselperson bei der Entstehung der professionellen Sozialen Arbeit handelt. So war Arlt unter Anderem die Gründerin der ersten Fürsorgerinnenschule in Wien.

Weiter haben sich die Autorinnen für die Verwendung der Bedürfnistheorie von Arlt entschieden, weil es sich bei dieser um ein konkretes Arbeitsinstrument für Sozialarbeitende handelt. Dieses ermöglicht es einerseits, allgemeine Aussagen über die menschlichen Bedürfnisse zu machen, die bei jeder Person befriedigt sein müssen, um ein gewisses Wohlbefinden sicherstellen zu können. Über Kenntnisse zu diesen Bedürfnissen zu verfügen, ist nach Meinung der Autorinnen für Klinische Sozialarbeitende im Umgang mit ihren Patienten und Patientinnen sehr wichtig, da sich aufgrund dieser Bedürfnisse einen Handlungsbedarf ableiten lässt. Andererseits macht Arlt Aussagen darüber, wie sich feststellen lässt, welche Bedürfnisse in welchem Mass gedeckt sein müssen, um eine gesunde Entwicklung des Menschen sicherzustellen. Sie zeigt auf, welche Auswirkungen Bedürfnisunterbefriedigungen haben und stellt konkrete Forderungen an Sozialarbeitende im Umgang mit ihren Patienten und Patientinnen oder Klienten und Klientinnen.

Arlt (2010) sagt im Konkreten, dass Sozialarbeitende bei ihrem Handeln von einem positiven Begriff ausgehen müssen und nicht von einem negativen Zustand. Am Beispiel des negativ besetzten Begriffes Armut würde der Ausgangspunkt positiver Arbeit das „menschliche Gedeihen“ sein. Die Bedingungen dafür seien bestimmbar, womit sich der Ist-Zustand mit dem Soll-Zustand vergleichen lasse. Aus den vorhandenen „Gedeihensmängeln“ könne man auf die dahinterliegenden Bedürfnisse schliessen, wobei sich bei jedem Bedürfnis eine sogenannte „Notschwelle“ bestimmen lasse. Somit werden Bedürfnisse messbar, was grundlegend für wissenschaftliches Arbeiten sei (S. 61). Bedürfnisse sind nach Arlt (1921) psychische Abläufe, die vor der Bedürfnisbefriedigung stehen. Arlt beschreibt, dass sie entweder durch innere oder externe Lebensvorgänge entstehen können und dass sie bewusst oder unbewusst sind (zit. in Silvia Staub-Bernasconi, 2007, S. 31).

Arlt setzte sich also bereits 1921, als sie diese Theorie entwickelte, für eine theoretische Fundierung der Sozialen Arbeit ein. So hat sie anhand von Bedürfnissen festgelegt, ab wann jemand arm ist. Hierfür hat sie Richtlinien verfasst, ebendiese Notschwellen, um aufzuzeigen, ab wann eine Bedürfnisunterversorgung vorliegt.

Arlt (2010) definierte 13 allgemeingültige Bedürfnisse, welche die Sozialarbeitenden in ihrer Tätigkeit mit der zu beratenden Person gleichsam zu beachten haben. Sie nannte folgende Bedürfnisse: Ernährung, Wohnung, Bekleidung, Luft (Licht, Wärme, Wasser können unter dem Luftbedürfnis zusammengefasst werden), Körperpflege, Erziehung, Geistespflege, Rechtsschutz, Familienleben, Erholung, Unfallverhütung und Erste Hilfe, ärztliche Hilfe und Krankenpflege, sowie Ausbildung zur wirtschaftlichen Tüchtigkeit. Bei diesen Bedürfnissen müsse nach verschiedenen Altersstufen unterschieden werden und besonders Bedürftige wie zum Beispiel Erkrankte müssen speziell beachtet werden. Arlt erklärt, dass die Zahl der Bedürfnisse deshalb nicht zwingend feststeht. Sie meint, dass je nach Situation auch mehr Bedürfnisse definiert werden können. Unter die 13 allgemeingültigen Bedürfnisse dürfe die Zahl aber keinesfalls fallen.

Jedes einzelne Bedürfnis muss laut Arlt (2010) „(. . .) nach den seiner Eigenart entsprechenden wissenschaftlichen Forderungen zerlegt und durch sinnfällige Darstellung zur Anschauung gebracht werden“ (S. 62-63). Nach Meinung der Autorinnen lassen sich die 13 Bedürfnisse in physiologische Bedürfnisse (beispielsweise das Bedürfnis nach Ernährung), soziale (zum Beispiel das Bedürfnis nach Familienleben) und psychische Bedürfnisse (zum Beispiel das Bedürfnis nach Geistespflege und Erholung) unterteilen.

Staub-Bernasconi (2007), welche sich intensiv mit der Theorie von Arlt auseinandersetzte, nennt als Bestandteile der Bedürfniskunde „(. . .) objektive Entstehungs- und Befriedigungsbedingungen, subjektive Prozesse ihrer Bewusstwerdung und die Definition von Armut“ (S. 28). Bei der Entstehung und Befriedigung von Bedürfnissen spielen also immer objektive Faktoren (die Bedingungen für die Bedürfnisbefriedigung) und subjektive Faktoren (der Zeitpunkt des Bewusstwerdens eines Bedürfnisses) mit. Wenn man Armut anhand fehlender oder mangelnder Bedürfnisbefriedigung erheben will, braucht man objektive Richtlinien, die besagen, ab wann Armut als solche definiert ist. Dies ist notwendig,

da nicht jedes subjektive Bewusstsein von Bedürfnisunterversorgung zwingend etwas über die Armut der betroffenen Person aussagt.

Ob ein Bedürfnis befriedigt werden kann, ist laut Arlt (1921) abhängig davon, ob die wirtschaftlichen Möglichkeiten, sich die gewünschten Dinge zu beschaffen, gegeben sind. Zusätzlich sei die Bedürfnisbefriedigung abhängig von den eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten und von der Gegebenheit, über die eigene und fremde Zeit verfügen zu können (S. 30).

Die Sozialarbeit muss laut Arlt (1921) dann Unterstützung bieten, wenn eine Diskrepanz zwischen der grundlegendsten zu erfüllenden Bedürfnisbefriedigung und der jeweilig vorhandenen Unterbefriedigung vorhanden ist (zit. in Staub-Bernasconi, 2007, S. 39). Das Ziel der Sozialarbeit soll nach Arlt hier nicht bloss das Lindern der Leiden der Betroffenen sein, sondern darüber hinaus auch die Lebensfreude zu erhalten oder steigern (zit. in Staub-Bernasconi, S. 40).

Die von Arlt genannten Bedürfnisse haben auch in der heutigen Zeit noch Gültigkeit. Nach Meinung der Autorinnen kann Arlts Bedürfnistheorie nicht nur für die Fürsorge im engen Sinne verwendet werden (Gemeindesozialdienst), sondern in allen Handlungsfeldern der Sozialarbeit. So kann sie auch in der Klinischen Sozialarbeit als Orientierungshilfe herangezogen werden. Die 13 Bedürfnisse können zum Beispiel in die Erstellung einer Sozialen Diagnose einfließen. Klinische Sozialarbeitende können in den verschiedenen Lebensbereichen somit erkennen, welche Bedürfnisse nicht ausreichend befriedigt sind. Dabei müssen Sozialarbeitende ein besonderes Augenmerk auf die von Arlt (2010) nachgehend definierten Stufen der Bedürfniskunde richten:

1. Bedürfnisse und ihre Notschwellen kennen, die jeweiligen Notursachen erkennen (z.B. am Fehlen von Mitteln, an Zweckstreben, an Zeit oder an Verständnis).
2. Die Beziehung der Bedürfnisse zueinander erkennen (S. 65).

Es ist also wichtig, nicht nur die 13 Bedürfnisse und ihre Notschwellen zu kennen, sondern auch die Art und Weise, wie sie sich gegenseitig beeinflussen. Wird ein Bedürfnis nicht befriedigt, kann dies Auswirkungen auf die Befriedigung der anderen Bedürfnisse haben. Fehlt einer Person zum Beispiel das Obdach, ist möglicherweise auch ihr Bedürfnis nach Wärme ungedeckt.

Unterbefriedigte oder nichtbefriedigte Bedürfnisse können mit zur Chronifizierung von Schmerzen beitragen.

3.3.2 Bedürfnispyramide von Abraham Harold Maslow

Maslow (1908-1970) gehörte zu den Mitbegründern der Humanistischen Psychologie. Von ihm stammt die Motivationstheorie (1954), die besagt, dass Menschen aus ihren Bedürfnissen heraus handeln. Hierfür definierte er fünf verschiedene Bedürfnisstufen und

stellte sie anhand der Bedürfnispyramide dar. Die Autorinnen beziehen sich nachfolgend auf diese Bedürfniskategorien.

Die Autorinnen verwenden die Bedürfnispyramide von Maslow in ihrer Bachelorarbeit, weil es sich dabei um eine in verschiedenen Disziplinen verbreitete und renommierte Theorie handelt. Sie ist leicht verständlich, auf das Wichtigste beschränkt und sehr konkret. Zudem kann sie in der Sozialen Arbeit als Arbeitsinstrument verwendet werden, um zu erkennen, in welcher Situation sich die zu beratende Person befindet. Dadurch können ein Handlungsbedarf und Interventionen abgeleitet werden. Maslow definiert im Gegensatz zu Arlt Kategorien mit verschiedenen Bedürfnissen. In diese Kategorien lassen sich alle und nicht nur die von Arlt genannten menschlichen Bedürfnisse einordnen. Durch die Zuordnung lässt sich erkennen, ob ein Bedürfnis zum Überleben notwendig ist oder ob es sich beispielsweise um ein „Luxusbedürfnis“ handelt. Auch kann festgestellt werden, welche Bedürfnisse zuerst befriedigt werden müssen, bevor man sich mit anderen Bedürfnissen auseinandersetzen kann.

Nach Suzanne B. Benson und Stephen P. Dundis (2003) wird die Bedürfnispyramide von Maslow in verschiedenen Bereichen und Disziplinen als Model verwendet, um Bedürfnisse von einzelnen Personen zu verstehen. Es zeige auf, was Menschen wichtig ist und was ihre treibende Kraft ist (S. 316/eigene Übersetzung). Benson und Dundis beschreiben die Bedürfnispyramide folgendermassen:

Maslow created a visualization of his hypothesis in the shape of a pyramid which is divided into five levels. At the bottom of the pyramid is the physiological level (. . .) the most basic needs for human survival. The premise is that unless an individual's basic needs have been met, higher levels in the pyramid are of no relevance, as survival is the most basic human component. (S. 316)

Aus dieser Umschreibung der Bedürfnispyramide geht hervor, dass ohne die Befriedigung der elementarsten Grundbedürfnisse die in der Pyramide weiter oben angesiedelten Bedürfnisse gar nicht bedeutsam sind. So werden die Bedürfnisse in Stufen unterteilt, wobei die Bedürfnisse Stufe für Stufe befriedigt sein müssen, damit die Bedürfnisse der nächsten Stufe überhaupt eine Rolle spielen können. In der untersten Stufe befinden sich demnach die Bedürfnisse, welche das Überleben sichern. In der obersten Stufe sind Luxusbedürfnisse angesiedelt, welche zum Überleben nicht zwingend befriedigt sein müssen.

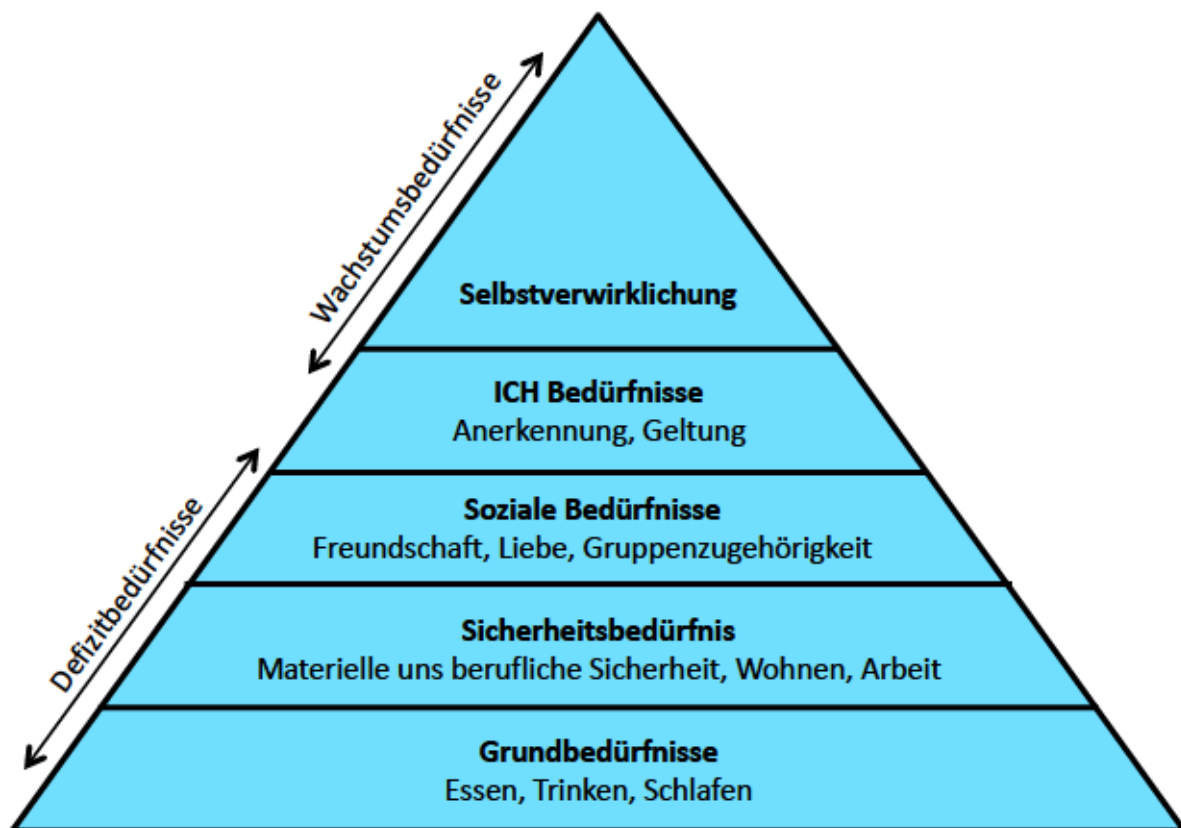


Abbildung 4: Bedürfnispyramide von Abraham Harold Maslow (Schmid, 2010, S. 5/leicht abgeändert)

Maslow (2008) nennt, wie bereits erwähnt, als grundlegendste Bedürfnisse die physiologischen Bedürfnisse oder auch die physiologischen Triebe (S. 62). Sie stellen die erste Bedürfniskategorie dar, die in der Bedürfnispyramide zuunterst angesiedelt ist. Es macht laut Maslow keinen Sinn, alle einzelnen Bedürfnisse dieser Kategorie aufzuzählen, da sie in kleinste Teile zerlegt werden können und die Aufzählung daher unendlich lang wäre. Die physiologischen Triebe als spezielle Bedürfnisse unterscheiden sich von den anderen Kategorien dadurch, dass sie „isolierbar“ und „somatisch lokalisierbar“ seien (S. 63). Sie werden somit wenig von anderen Kategorien beeinflusst und sind relativ unabhängig voneinander. Maslow beschreibt auch, dass die physiologischen Bedürfnisse „Kanäle“ für andere Bedürfnisse sein können. Personen würden beispielsweise ein physiologisches Bedürfnis wahrnehmen, obschon dahinter ein Bedürfnis einer anderen Kategorie stehen könnte. Maslow sagt zudem aus, dass die physiologischen Triebe die „mächtigsten“ Bedürfnisse darstellen. Wenn mehrere Bedürfniskategorien unbefriedigt seien, werde das Bewusstsein vor allem die Unterbefriedigung der physiologischen Bedürfnisse wahrnehmen (S. 63-64). Otto Schmid (2010) nennt als solche Grundbedürfnisse zum Beispiel Essen, Schlafen und Trinken (S. 5). Wenn diese physiologischen Bedürfnisse erfüllt sind, tauchen laut Maslow sofort neue, in der Bedürfnispyramide höher gelegene Bedürfnisse auf, die befriedigt werden müssen. So gehe dies immer weiter bis zur obersten Bedürfniskategorie.

Unter der zweiten Bedürfnisstufe versteht Maslow (2008) Sicherheitsbedürfnisse wie zum Beispiel Stabilität, Geborgenheit und Angstfreiheit (S. 66). Schmid (2010) nennt konkret die materielle und berufliche Sicherheit, das Wohnen und das Arbeiten (S. 5).

In der dritten Stufe befinden sich laut Maslow (2008) die „Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Liebe“. Seien die beiden unteren Bedürfniskategorien befriedigt, nehme man diese Bedürfniskategorie besonders intensiv wahr (S. 70). Von Schmid (2010) werden diese Bedürfniskategorie verallgemeinernd „Soziale Bedürfnisse“ genannt (S. 5).

Maslow (2008) definiert als vierte Kategorie die „Bedürfnisse nach Selbstachtung“, die jeder Mensch, ausser einigen pathologischen Ausnahmen, verspürt. Normalerweise haben Personen den Wunsch nach einer hohen Wertschätzung der eigenen Person. Konkret nennt er folgende Bedürfnisse: Bedürfnisse nach Stärke, Leistung, Kompetenz, Unabhängigkeit, und Prestige (S. 72). Schmid (2010) definiert diese Bedürfnisse als „Ich-Bedürfnisse“ und nennt als Beispiele Anerkennung und Geltung. Die Ich-Bedürfnisse gehören mit der obersten Bedürfniskategorie der Selbstverwirklichung zu den Wachstumsbedürfnissen. Sie seien Luxusbedürfnisse und, wie die Autorinnen sagen würden, ein „nice to have“. Die darunterliegenden Bedürfnisse seien im Gegensatz dazu sogenannte „Defizitbedürfnisse“ (S. 5). Ohne deren Befriedigung erlebt man eine erhebliche Einschränkung im Alltag.

Wichtig erscheint den Autorinnen, dass man sich als Sozialarbeiter oder Sozialarbeiterin unabhängig vom Kontext bei Unterstützungsleistungen an der Abfolge dieser Pyramide orientiert. Sind bei einem Patient oder einer Patientin beispielsweise die Grundbedürfnisse nicht gedeckt, ist er oder sie überfordert, wenn man mit ihm oder ihr beispielsweise an der Erhaltung der Ich-Bedürfnisse arbeiten will.

3.4 Konkrete Bedürfnisse von Schmerzpatienten und -patientinnen

In diesem Kapitel geht es nun darum, aufzuzeigen, welche von Arlt und Maslow genannten Bedürfnisse hinter dem Bedarf von Schmerzpatienten und -patientinnen an sozialarbeiterischer Unterstützung stehen. Hierfür stellen die Autorinnen die genannten Bedürfnisse dem durch die Forschung von Huber Näf und Seehafer Baumeler erhobenen Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung in einer Tabelle gegenüber. Dabei ist anzumerken, dass die Zuteilung der Bedürfnisse zueinander und zu den Bedarfskategorien der Sichtweise der Autorinnen entspricht. Diese könnte bei einigen Bedürfnissen auch anders ausfallen.

Bedürfnisse nach Ilse Art	Bedürfnisse nach Abraham Harold Maslow	Bedarfskategorien der Forschung
Ernährung	Essen und Trinken (Grundbedürfnisse)	
Wohnung	Wohnen (Sicherheitsbedürfnis)	Wohnen: Haushaltshilfe wird bei 12% der Befragten gewünscht. Allgemeine Probleme werden bei 34% genannt.
Luft (Licht, Wärme, Wasser)	Grundbedürfnis	
Körperpflege	Grundbedürfnis	
Erziehung	Soziales Bedürfnis	
Geistespflege	Ich-Bedürfnis	
Rechtsschutz	Sicherheitsbedürfnis	Rechtliche Fragen: Die Befragten haben wenig offene rechtliche Fragen.
Familienleben	Wunsch nach Liebe und Zugehörigkeit (soziales Bedürfnis)	Familie und soziales Umfeld: 25 % aller Befragten empfinden ihre Beziehungen als nicht tragend. 49 % der Befragten sagen aus, dass sie sich aufgrund der Schmerzproblematik nicht mehr so häufig verabreden.
Erholung	Ich-Bedürfnis	
Unfallverhütung und Erste Hilfe	Sicherheitsbedürfnis	
ärztliche Hilfe und Krankenpflege	Sicherheitsbedürfnis	
Ausbildung zur wirtschaftlichen Tüchtigkeit	Arbeiten (Sicherheitsbedürfnis)	Arbeit: 57 % der Befragten stehen in keinem Arbeitsverhältnis. 13% nennen eine Überforderung bei der Arbeit. 16% haben einen schlecht eingerichteten Arbeitsplatz (bezogen auf Krankheit). 12% haben Angst vor dem Verlust der Arbeitsstelle.
	Weitere Grundbedürfnisse	
	Materielle und berufliche Sicherheit sowie weitere	Finanzen und Versicherungen: Bei 20 % sind Probleme in ihrer

Bedürfnisse nach Ilse Arlt	Bedürfnisse nach Abraham Harold Maslow	Bedarfskategorien der Forschung
	Sicherheitsbedürfnisse	ökonomischen Lage erkennbar. 51 % der Befragten haben Fragen zu den Versicherungszweigen und den Wunsch nach sozialarbeiterischer Unterstützung.
	Wunsch nach Freundschaft sowie weitere soziale Bedürfnisse	Familie und soziales Umfeld: 25 % aller Befragten empfinden ihre Beziehungen als nicht tragend. 49 % der Befragten sagen aus, dass sie sich nicht aufgrund der Schmerzproblematik mehr so häufig verabreden.
	Ich-Bedürfnisse wie Anerkennung und Geltung	
	Selbstverwirklichungsbedürfnisse	

Tabelle 2: Bedürfnisse von Schmerzpatienten und -patientinnen (eigene Grafik, 2011)

In dieser Darstellung wird deutlich, dass Arlts Bedürfnisse sehr klar und konkret formuliert sind. Sie sind unmissverständlich, was wichtig ist, wenn man sie als wissenschaftliches Messinstrument benutzt, um Armut festzustellen. Maslows Kategorien sind dagegen offener formuliert. Somit lassen sich alle möglichen Bedürfnisse in die Kategorien einteilen. Seine Absicht war dabei auch nicht, das Vorhandensein von Armut festzustellen. Vielmehr hielt er auch Luxusbedürfnisse fest, welche man in den Kategorien der Ich-Bedürfnisse und der Selbstverwirklichungsbedürfnisse zuordnen kann. Es ging ihm darum, alle menschlichen Bedürfnisse in Kategorien einteilen zu können. Die Pyramide legt keine wissenschaftliche Grenze fest, ab wann man arm ist. Trotzdem kann sie in der Sozialarbeit verwendet werden um festzustellen, welche Bedürfnisse bei den betroffenen Personen unbefriedigt sind, um daraus einen Handlungsbedarf ableiten zu können.

Hinter dem Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung im Bereich Wohnen steht das Bedürfnis nach Sicherheit, welches in der Maslowschen Pyramide auf zweiter Ebene, direkt nach den physiologischen Bedürfnissen steht. Arlt nennt es das Bedürfnis nach einer Unterkunft.

Einige, wenn auch wenige Schmerzpatienten und -patientinnen nannten in der Forschung, dass sie gerne Antworten auf rechtliche Fragen hätten. Hinter diesem Verlangen steht ebenfalls das Bedürfnis nach Sicherheit, wie Maslow es definiert, wobei Arlt es das Bedürfnis nach Rechtsschutz nennt.

Viele Schmerzpatienten und -patientinnen empfinden ihre Beziehungen zur Familie und zum sozialen Umfeld als defizitär. Hinter dem Bedarf, in diesem Bereich etwas zu verändern und

sozialarbeiterische Unterstützung in Anspruch zu nehmen, steht die dritte Bedürfniskategorie von Maslow, welche als „soziale Bedürfnisse“ definiert wird. Familienleben ist auch eines der 13 von Arlt genannten Bedürfnisse.

Bezüglich ihrer Arbeit haben sehr viele Schmerzpatienten und -patientinnen einen Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung geäussert. Hinter diesem Bedarf steht gemäss Maslow das Bedürfnis nach Sicherheit, oder das Bedürfnis nach Ausbildung zur wirtschaftlichen Tüchtigkeit, wie Arlt es beschreibt.

Zum Schluss stellten Huber Näf und Seehafer Baumeler einen Bedarf im Bereich Finanzen und Versicherung fest. Dahinter steht nach Maslow ein Sicherheitsbedürfnis, wobei Arlt diesen Bereich nicht als Bedürfnis definiert hat.

3.5 Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel wurde ersichtlich, dass Schmerzpatienten und -patientinnen unbefriedigte Bedürfnisse haben, die sozialarbeiterisch relevant sind. Es sind keine sogenannten „Luxusbedürfnisse“ wie Ich-Bedürfnisse und das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung erhoben worden, sondern Bedürfnisse, die bei einer Nichtbefriedigung ein erhebliches Defizit im Alltag des oder der Betroffenen bedeuten würde. So lassen sich vor allem Sicherheitsbedürfnisse erkennen, welche in Maslows Pyramide an zweitunterster Stelle angegliedert werden. Das heisst, dass Schmerzpatienten und -patientinnen häufig die zum Überleben grundlegendsten Bedürfnisse decken können, ihre aktuelle Lage jedoch als unsicher wahrnehmen. Deshalb sind für sie die darüber liegenden Bedürfnisse oftmals noch gar nicht relevant, da sie sich zuerst mit für den Alltag essentielleren Bedürfnissen auseinandersetzen müssen.

Nach Arlts Bedürfnistheorie wären gemäss den Forschungsergebnissen mehrere Schmerzpatienten und -patientinnen arm, da sie die 13 grundlegenden Bedürfnisse nicht immer alle befriedigen können. Um dies aber genau definieren zu können, müssten die für jedes Bedürfnis definierten Notschwellen betrachtet werden. Dies würde jedoch den Rahmen dieser Bachelorarbeit sprengen, wäre aber ein mögliches Thema für eine weitere Studienarbeit.

Durch die beiden vorgestellten Theorien wird erkennbar, dass die Klinische Sozialarbeit in der Schmerzmedizin gebraucht wird. Klinische Sozialarbeitende können die an chronischen Schmerzen leidenden Personen dabei unterstützen, ihre Sicherheitsbedürfnisse oder ihre sozialen Bedürfnisse zu befriedigen.

4 Klinische Sozialarbeit in Schweizer Schmerzkliniken und -zentren

Das Ziel dieses Kapitels ist es aufzuzeigen, inwiefern sich die Klinische Sozialarbeit in Schweizer Schmerzkliniken und -zentren bereits etablieren konnte. Dafür wird in Kapitel 4.1 in einem ersten Schritt die Klärung des Begriffes Klinische Sozialarbeit vorgenommen. Danach zeigen die Autorinnen mögliche Aufgaben von Klinischen Sozialarbeitenden auf und benennen die Zielgruppe. Dabei erläutern die Autorinnen auch den Stellenwert der Klinischen Sozialarbeit im interdisziplinären Team und stellen deren Entstehung zusammenfassend dar. In Kapitel 4.2 wird dargestellt, was im Sinne dieser Bachelorarbeit unter dem Begriff Schmerzmedizin verstanden wird. In Kapitel 4.3 zeigen die Autorinnen auf, inwiefern Klinische Sozialarbeitende in Schmerzkliniken und -zentren der Schweiz bereits integriert sind. In Kapitel 4.4 werden diese Ergebnisse anhand der Bedürfnisse von Schmerzpatienten und -patientinnen und deren Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung mit Rückbezug auf die Kapitel 3.2 bis 3.5 beurteilt. So kann aufgezeigt werden, ob sich das Angebot an Klinischer Sozialarbeit mit dem Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung deckt oder ob ein Handlungsbedarf besteht. Die Schlussfolgerungen über die abgehandelten Punkte werden in Kapitel 4.5 präsentiert.

4.1 Klinische Sozialarbeit

Wie in Kapitel 2 bereits aufgezeigt wurde, haben soziale Faktoren einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit und Krankheit eines Menschen. Aufgrund dieser Erkenntnis beschäftigte sich laut Albert Mühlum (2005) Soziale Arbeit schon immer mit Gesundheit in der Ganzheit oder auch im Spezifischen (S. 189). Dies ist selbstverständlich, wenn man Gesundheit und Krankheit, wie in Kapitel 2.2 dargestellt, anhand des bio-psycho-sozialen Modells erklärt und Sozialarbeitende als Fachpersonen für die sozialen Komponenten versteht. Sozialarbeitende sind deshalb wichtige Akteure im Gesundheitswesen. So erkennen auch Homfeldt und Sting (2006) die gesundheitliche Relevanz der Sozialarbeit und deren professionelle Nähe zu sozial benachteiligten Personen (S. 157). Es ist eine Hauptaufgabe von Sozialarbeitenden, sich für erkrankte und benachteiligte Personen einzusetzen und sie in ihren sozialen Angelegenheiten zu unterstützen.

Als Sozialarbeit, die sich spezifisch mit Gesundheit und Krankheit auseinandersetzt, gilt die Klinische Sozialarbeit. Sie lässt sich im Gesundheitswesen neben anderen Berufsfeldern wie beispielsweise der Schulmedizin, der Pflege oder der Psychologie verorten. Unter Fachleuten wird dabei diskutiert, ob es die Klinische Sozialarbeit als spezialisierte Fachsozialarbeit überhaupt braucht. Denn, wenn man vom bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsverständnis ausgeht, muss sich Soziale Arbeit immer mit Gesundheit und Krankheit befassen. Die Autorinnen stimmen dieser Sichtweise zu, sind jedoch der Meinung, dass es trotzdem Klinische Sozialarbeit als eine spezialisierte Fachsozialarbeit braucht. Denn

Klinische Sozialarbeitende sind zwar Fachpersonen der Sozialen Arbeit, sie müssen zusätzlich aber über Wissen zum spezifischen Kontext ihres Tätigkeitsfeldes verfügen. Dieses kann aufgrund fehlender Zeitressourcen in der Grundausbildung nicht vollständig vermittelt werden. Was genau die Klinische Sozialarbeit ausmacht, wird nachfolgend dargestellt.

Pauls (2004) definiert Klinische Sozialarbeit als eine Teildisziplin der Sozialen Arbeit. Diese beschäftigt sich mit psycho-sozialen Störungen und den sozialen Aspekten psychischer und somatischer Erkrankungen und Behinderungen. Dabei berücksichtige sie die Lebensumstände der betroffenen Person (zit. in Martin Hošek, 2011, S. 34). Sie umfasst nach Karlheinz Ortman und Dieter Röh (2008) alle Problembereiche der psycho-sozialen Beratung und Behandlung von Gesundheitsstörungen, welche je nach Kultur und Gesellschaft verschieden ausgeprägt sind (S. 9-14). Klinische Sozialarbeitende nehmen solche kulturellen, gesellschaftlichen, wie auch alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede der Betroffenen wahr und berücksichtigen diese in ihrer Behandlung.

Sie sind dabei in unterschiedlichen Arbeitsfeldern, sowohl im stationären, wie auch im teilstationären und ambulanten Bereich tätig. Das Wort „klinisch“ meint dabei laut Pauls (2011) die „(. . .) direkt beratend-behandelnde Tätigkeit in der Fallarbeit“ (S. 16). Es bedeutet also nicht, dass der Arbeitsort von Klinischen Sozialarbeitenden sich auf den stationären Rahmen, insbesondere das Krankenhaus oder eine Klinik, beschränkt. Dementsprechend erklärt auch Mühlum (2005) Klinische Sozialarbeit:

Grundsätzlich lässt sich die KlinSA [Klinische Sozialarbeit] weder über Arbeitsfelder (z.B. Kliniken), noch über Zielgruppen (. . .) und auch nicht über Verfahren (. . .) allein definieren, [sie] ist vielmehr eingebettet in das komplexe System Sozialer Arbeit, in dem Patientenrolle [und Patientinnenrolle], Intensität der personalen Einwirkung und (Be-) Handlungskompetenz zusammen jene klinische Fachlichkeit ausmachen, die sich derzeit als Fachsozialarbeit etabliert. (S. 191)

Diese Beschreibung der Klinischen Sozialarbeit betont die Vielseitigkeit dieses Handlungsfeldes. Klinische Sozialarbeitende müssen sich daher auf die in ihrer Institution und ihrem Tätigkeitsfeld verlangten Kompetenzen spezialisieren und sich ein in diesem Kontext notwendiges Wissen aneignen, immer im Bewusstsein ihrer beruflichen Identität als Fachperson der Sozialarbeit. So brauchen sie zum Beispiel im Kontext der Schmerzbehandlung spezifisches Wissen zu verschiedenen Schmerzkrankungen und zum Umgang mit Betroffenen und ihrem Umfeld. Darüber hinaus müssen Klinische Sozialarbeitende nach Silke Birgitta Gahleitner (2006) nicht nur klinische Kenntnisse mitbringen, sondern diese auch stetig für ihren beruflichen Alltag kritisch reflektieren. Zudem müssen sie ihre klinischen Kenntnisse auf die sozialarbeiterischen Anforderungen beziehen und diese entsprechend anwenden (S. 13).

Ein hohes Mass an Reflexionsfähigkeit ist in der Klinischen Sozialarbeit, wie auch in allen anderen Bereichen der Sozialen Arbeit, sehr wichtig. Die eigene Arbeit muss immer wieder

reflektiert werden, um willkürliches Handeln zu vermeiden und die Professionalität zu gewährleisten. Dabei ist es besonders in der Klinischen Sozialarbeit wichtig, die von Gahleitner (2006) genannten „klinischen Kenntnisse“ im Bezug zur Sozialarbeit zu reflektieren und auf die sozialarbeiterischen Tätigkeiten zu beziehen. Dies ist hilfreich zur Festigung der eigenen beruflichen Identität im interdisziplinären Team.

Nachdem im Jahre 1977 die National Federation of Societies for Clinical Social Work eine erste Definition der Klinischen Sozialarbeit herausgab, wird sie laut Pauls (2011) seit 1989 folgendermassen definiert:

Die Praxis der clinical social work umfasst die professionelle Anwendung der Theorien und Methoden der Sozialen Arbeit bei der Behandlung und Prävention psycho-sozialer Dysfunktionalität, Beeinträchtigung oder Behinderung einschliesslich emotionaler und geistiger Störungen. Sie basiert auf Wissen und Theorien psychosozialer Entwicklung, des Verhaltens, der Psychopathologie, unbewusster Motive, interpersonaler Beziehungen, umgebungsbedingten Stresses, sozialer Systeme und kultureller Verschiedenheit/Vielfalt unter besonderer Berücksichtigung der Person-in-ihrer-Umgebung. Sie teilt mit jeglicher Praxis Sozialer Arbeit das Ziel der Verbesserung und Aufrechterhaltung/Stabilisierung der psycho-sozialen Funktionsfähigkeit von Individuen, Familien und Kleingruppen. Clinical social work umfasst Interventionen, die auf interpersonale Interaktionen, intrapsychische Dynamiken sowie Lebensunterstützung und Managementaufgaben gerichtet ist. Sie beinhaltet, aber ist nicht begrenzt auf die Psychotherapie von Einzelpersonen, Paaren, Familien oder Gruppen. Die Dienstleistungen der clinical social work umfassen Assessment; die Diagnose; die Behandlung einschliesslich der Psychotherapie und der Beratung; klientenzentrierte Fürsprache; strategische Beratung und die Evaluation. (S. 14-15)

Diese sehr umfassende Definition weist zum einen darauf hin, dass Klinische Sozialarbeitende die Wurzeln der Sozialarbeit in sich tragen, indem sie deren Theorien und Methoden anwenden. In diesem Aspekt sind Parallelen zur vorherigen Definition von Mühlum zu erkennen, worin er beschrieb, dass die Klinische Sozialarbeit im Gesamtbegriff der Sozialen Arbeit eingebunden ist. Zum anderen müssen sich Klinische Sozialarbeitende aber auf ihr Fachgebiet spezialisieren und kontextbezogenes Wissen aneignen. Zusätzlich liefert die Definition Hinweise zum Ziel der Arbeit von Klinischen Sozialarbeitenden und zur heterogenen und breitgefassten Zielgruppe, an die sich das Angebot richtet.

Durch diese verschiedenen Definitionen und Beschreibungen wird deutlich, dass Klinische Sozialarbeitende vor allem behandelnd tätig sind. Hafen (2007) spricht dann von Behandlung, wenn „(. . .) ein manifestes (gegenwärtiges) Problem durch Interventionsversuche behoben, entschärft oder zumindest im gleichen Zustand erhalten werden soll“ (S. 57). Behandlung hat dabei laut Hafen aber immer auch präventive Aspekte, beispielsweise um zu verhindern, dass durch die Erkrankung weitere Lebensbereiche betroffen werden oder sich die bestehenden Probleme zusätzlich verschlimmern (S. 58-59). Klinische Sozialarbeitende werden also erst dann tätig, wenn bereits ein Problem, in diesem Falle eine Schmerzerkrankung, vorliegt. Sie versuchen mit ihren unterstützenden Massnahmen neben den anderen Disziplinen zur Verbesserung der Gesundheit und der Situation des Patienten oder der Patientin beizutragen. Fachpersonen, die in der Prävention tätig sind, versuchen im Gegenzug dazu zu verhindern, dass eine Erkrankung überhaupt erst entsteht.

Wie durch die vorangehenden Definitionen deutlich geworden ist, ergibt sich für Klinische Sozialarbeitende ein breites Spektrum an möglichen Aufgaben. Um zu erkennen, wo ein Handlungsbedarf besteht, muss zu Beginn des Behandlungsprozesses eine umfassende Soziale Diagnose erstellt werden. Dabei ist es wichtig, die Lebenswelt der zu behandelnden Person mit einzubeziehen. Nachfolgend wird die Soziale Diagnose noch genauer erklärt. Die Evaluation am Ende des Behandlungsprozesses trägt zu einer professionellen Arbeitsweise bei und zeigt auf, ob eine Behandlung erfolgreich war oder nicht. Zu den Möglichkeiten, wie die eigene Tätigkeit evaluiert werden kann, gehen die Autorinnen in Kapitel 5.4 ein.

Laut Mary Richmond (1917/1945) dient die Soziale Diagnose dazu, sich ein umfassendes Bild von der Situation und der Persönlichkeit einer Person mit ihren sozialen Bedürfnissen machen zu können (zit. in Staub-Bernasconi, 2007, S. 116). Harald Ansen (2009) erklärt dabei, dass eine Soziale Diagnose „prozessbegleitend“ gemacht wird und deshalb während der gesamten „Fall- und Problementwicklung“ kontrolliert werden muss (S. 258). Die Soziale Diagnose wird zwar zu Beginn der Behandlung einer Person erstellt, muss aber fortlaufend überprüft und angepasst werden. Um eine Soziale Diagnose zu erstellen, sind laut Ansen Gespräche mit der betroffenen Person und ihren Angehörigen wichtig (S. 258).

Eine Soziale Diagnose lässt sich zum Beispiel aufgrund des „Person-in-Environment-Ansatzes“ (Person-in-ihrer-Umwelt) von James Karls und Karin E. Wandrei³ erstellen. Nach diesem Ansatz wird Krankheit und Gesundheit nach dem bio-psycho-sozialen Modell betrachtet, womit eine umfassende systemische Perspektive verfolgt wird. Laut Pauls (2011) wird mit dem Person-in-Environment-Ansatz die psychosoziale Veränderung einer Person als ein Prozess, wie eine Person eine konkrete Situation erlebt und sich wiederum in ihr verhält, angesehen und betrifft somit hauptsächlich die soziale Umgebung (S. 64). Es wird nicht nur die Person mit ihren Fähigkeiten und Schwächen und ihrer Lebenslage betrachtet, sondern auch ihr Umfeld mit ihrer (förderlichen und hinderlichen) Einflussnahme auf die Person. Laut

³ Weiterführende Quelle: Karls, James & Wandrei, Karin E. (1994). *PIE Manual – Person-in-Environment System*. Washington: NASW.

Ansen (2009) müssen Ressourcen und Defizite bezüglich der sozialen Sicherheit, der sozialen Unterstützung und des „persönlichen Förderungsbedarfs“ erfragt werden (S. 258). Um eine umfassende Soziale Diagnose zu erheben, eignet sich laut Pauls zum Beispiel die Vier-Felder-Matrix von Dean H. Hepworth, Ronald H. Rooney und Jo Ann Larsen⁴ (S. 209).

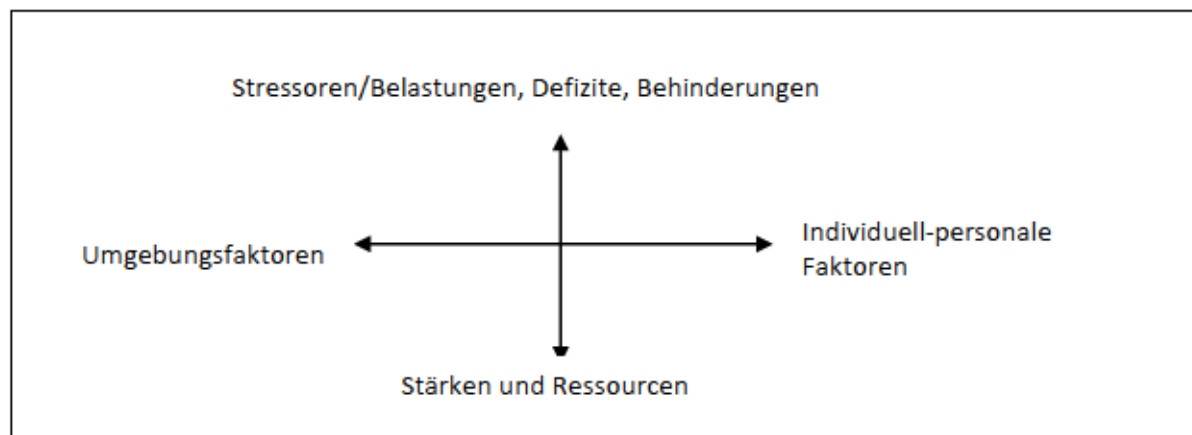


Abbildung 5: Vier-Felder-Matrix von Hepworth, Rooney und Larsen (Pauls, 2011, S. 209/leicht abgeändert)

Pauls (2011) versteht unter Umgebungsfaktoren vor allem soziale und sozial-emotionale Aspekte wie zum Beispiel soziale Unterstützung als Ressource oder Arbeitslosigkeit als hinderliche Umweltbedingung (S. 209). Die Autorinnen beschreiben diese Faktoren in Kapitel 2.3 als sogenannte Schutz- und Risikofaktoren. Unter individuell-personalen Faktoren meint Pauls biologisch-medizinische, psychologische und psychosoziale Dimensionen (S. 209). Erstellen Klinische Sozialarbeitende die Soziale Diagnose mit Hilfe dieser Darstellung, können sowohl Faktoren aus der Umgebung der betroffenen Person als auch deren persönlichen Faktoren berücksichtigt werden. Diese Faktoren werden unterteilt in protektive Faktoren (Schutzfaktoren oder Ressourcen) und in Risikofaktoren (Stressoren). Anhand der errichteten Diagnose lassen sich Interventionsmöglichkeiten ableiten.

Die bereits erwähnten Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit haben laut Ansen (2000) das Ziel, die Lebensumstände der Betroffenen in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Finanzen, soziale Beziehungen und Netze, Erziehung und Bildung zu verbessern (zit. in Homfeldt & Sting, 2006, S. 199). Diese Bereiche decken sich weitgehend mit den von Huber Näf und Seehafer Baumeler erhobenen Bereichen (Wohnen, Arbeit, Finanzen und Versicherungen, soziales Umfeld und rechtliche Fragen), in welchen ein Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung festgestellt wurde. Daraus lässt sich schliessen, dass sich die Aufgaben der Klinischen Sozialarbeitenden in den unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern und im Bereich der Schmerzmedizin kaum unterscheiden.

Nach der bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise kann eine Verbesserung der sozialen Lebensumstände zur psychischen und biologischen Genesung beitragen. Diese drei Systeme beeinflussen sich gegenseitig, wie in Kapitel 2.2 bereits dargestellt wurde. Somit ist es auch

⁴ Weiterführende Quelle: Hepworth, Dean H.; Rooney, Ronald H. & Larsen, Jo Ann (1997). *Direct social work practice. Theory and skills* (5. Ausg.). Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.

ein Ziel der Klinischen Sozialarbeitenden, einen Beitrag zur Krankheitsbewältigung der erkrankten Personen zu leisten. Sie können die Betroffenen auf ihrem Weg zur Genesung unterstützen und motivieren. Dabei legen Klinische Sozialarbeitende das Augenmerk nicht auf die Schwächen und Defizite der betroffenen Person, sondern versuchen ihre Ressourcen zu stärken. Sie arbeiten lösungsorientiert, indem sie mit der erkrankten Person thematisieren, wie sie in der Zukunft leben will, anstatt den Fokus darauf zu richten, was in der Vergangenheit nicht funktioniert hat. Zu betonen ist, dass Klinische Sozialarbeitende mit ihrer Unterstützung beabsichtigen, die Selbständigkeit der betroffenen Personen so gut als möglich aufrecht zu erhalten oder sogar zu verbessern. Die Patienten und Patientinnen sollen befähigt werden, selber zu handeln und für diese Handlungen Verantwortung zu übernehmen; ganz im Sinne des Grundsatzes des Empowerment-Konzeptes, welcher für das gesamte Handlungsfeld der Sozialen Arbeit gilt. Dabei lassen Klinische Sozialarbeitende die erkrankten Personen erkennen, dass diese mit ihrer Handlungen etwas bewegen können und nicht ohnmächtig sind. Laut Norbert Herriger (1997/ 2001) bestärkt das Empowerment-Konzept die zu behandelnden Personen darin, ihre eigenen Fähigkeiten zu erkennen und autonom handeln zu können. Ziel ist es, verborgene Ressourcen wieder freisetzen (zit. in Staub-Bernasconi, 2007, S. 247).

Den Autorinnen ist es besonders wichtig hervorzuheben, dass Klinische Sozialarbeitende (wie auch alle anderen Sozialarbeitenden) bei ihrer Arbeit zu jedem Zeitpunkt ethisch korrekt handeln müssen. So erwähnt auch Staub-Bernasconi (2007), dass Sozialarbeit nicht nur ein Doppelmandat⁵, sondern ein Tripelmandat braucht, um als Profession anerkannt zu sein. Das zusätzliche Mandat sei ein selbstbestimmtes Mandat, welches sich die Sozialarbeit selber gebe. Es stütze sich auf eine wissenschaftliche Basis, den Berufskodex und die Menschenrechte. Es gebe der Sozialarbeit den Auftrag, eine gemeinsame „wissenschaftliche Beschreibungs- und Erklärungsbasis“, sowie „wissenschaftsbegründete Arbeitsweisen und Methoden“ zu verwenden. Die Professionellen müssen ihre Arbeit auf dem Berufskodex abstützen, welcher eine ethische Basis gewährleiste; egal was Richtlinien der Institutionen vorgeben. Die Menschenrechte bieten zusätzlich eine „Legitimationsbasis“ (S. 200-201).

Bei der Auftragserteilung sollen sich die Klinischen Sozialarbeitenden somit nicht nur an den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen sowie an den Vorgaben der Institution orientieren. Es geht auch darum, dass sich die Sozialarbeit selber einen Auftrag erteilt, der sich am Berufskodex und an den Menschenrechten orientiert. Für die Klinische Sozialarbeit als eine wertorientierte Profession ist das ethisch legitime Handeln sehr wichtig. Somit muss bei jedem Auftrag zuerst geprüft werden, ob sich dieser mit den Menschenrechten und dem Berufskodex vereinbaren lässt.

Klinische Sozialarbeitende arbeiten meist in einem interdisziplinären Team mit Ärzten und Ärztinnen, Pflegefachpersonen, Psychologen und Psychologinnen und anderen Fachpersonen. Sie sind Experten und Expertinnen in sozialen Fragen und Problemstellungen

⁵ Sozialarbeitende, die ein Doppelmandat haben, müssen bei ihrer Tätigkeit den Auftrag von der zu beratenden Person und den Auftrag von der Institution, der an sie gestellt wird, berücksichtigen.

und leisten einen wichtigen Beitrag zur umfassenden Behandlung von Erkrankungen. Mit ihrer systemischen Sichtweise betrachten sie die zu behandelnde Person in ihrem Umfeld und in der Behandlung durch unterschiedliche Berufsgruppen. Klinische Sozialarbeitende stellen zum einen eine Vernetzung im interdisziplinären Behandlungsteam her, zum anderen beziehen sie weitere Helfende und das Umfeld mit ein. Laut Pauls (2011) nutzen sie hierfür unter anderem Case-Management-Strategien. Dabei definiert er Case-Management folgendermassen: „Case-Management bezieht sich auf die Hilfe, mit dem sozialen Umfeld so umzugehen, dass sich die generelle Lebensbewältigung und das Wohlbefinden von Klienten [und Klientinnen] verbessern“ (S. 316). Case-Management ist demzufolge eine Möglichkeit des vernetzten Arbeitens. Nach Ansen (2009) ist es vor allem dann angezeigt, wenn für die Lösung eines Problems verschiedene soziale und persönliche Ressourcen und Fachpersonen miteinander koordiniert werden sollen (S. 261). Klinische Sozialarbeitende sind Case-Manager und Case-Managerinnen, welche laut Pauls die erkrankten Personen dabei unterstützen, ihre Kontakte mit weiteren Fachpersonen (zum Beispiel Mitarbeitende von Behörden) zu regeln und eine Kooperation zwischen ihnen herzustellen. Zusätzlich würden sie sich dafür einsetzen, alltägliche Schwierigkeiten der Betroffenen im Umgang mit dem sozialen Netzwerk (zum Beispiel dem Helfenden-System) zu beheben (S. 316).

Während sich die Bezugsdisziplinen mit einem spezifischen Aspekt der Behandlung befassen, überblicken Klinische Sozialarbeitende den gesamten Behandlungsprozess. Sie vermitteln zwischen allen an der Behandlung des Betroffenen beteiligten Personen, koordinieren deren Hilfe und sind ihre Hauptansprechpersonen.

Klinische Sozialarbeit richtet sich, wie bereits erwähnt, an ganz unterschiedliche Personen. Es sind Einzelpersonen jeden Alters, Paare und Familien oder ganze Gruppen. Oftmals sind es Personen mit Schwierigkeiten auf mehreren Ebenen und in verschiedenen Situationen. Karlheinz Ortmann (2010) nennt verschiedene Personengruppen der Klinischen Sozialarbeit:

- Sozial Isolierte
- In chronisch konflikthaften Beziehungen Lebende
- Personen mit wenig sozialen Kompetenzen
- Personen mit Anpassungsstörungen
- Aufgrund sozialer Störungen oder körperlicher Beeinträchtigung von Exklusion Bedrohte
- Straffällige oder Verurteilte

Diese Personen würden oft Einschränkungen in ihren Kommunikationsmöglichkeiten und in ihrer Beziehungsfähigkeit erleben. Auch seien sie häufig schwierig zu erreichen und der Umgang mit ihnen sei herausfordernd. Sie seien oftmals nicht therapiefähig, seien an der gesellschaftlichen Teilhabe nicht oder nur wenig integriert und können ihre eigenen Bedürfnisse und Interessen wenig artikulieren (S. 19-20). Diese Menschen befinden sich

häufig in Notlagen oder in Krisen und haben psychische oder psychosomatische Störungen, Erkrankungen oder Defizite.

Trotz der Wichtigkeit des sozialarbeiterischen Beitrags stellen Homfeldt und Sting (2006) fest, dass Sozialarbeitende im Gesundheitswesen eine der Medizin fachlich untergeordnete Stellung einnehmen (S. 209). Sie sind und fühlen sich den anderen Behandlungsdisziplinen nicht gleichberechtigt. Dies erkennt man auch daran, dass es wie Georg Hey (2000) bemängelt, nur Klassifikationssysteme gibt, welche medizinische und psychotherapeutische Faktoren diagnostizieren, nicht aber soziale (zit. in Homfeldt & Sting, S. 200). Um diesem Problem zu begegnen, bräuchte es nach Meinung der Autorinnen ein ganzheitliches Klassifikationsinstrument, das auch soziale Faktoren berücksichtigen würde. Dieses könnte sich zum Beispiel auf den Person-in-Environment-Ansatz stützen.

Aufgrund dieser fehlenden Gleichstellung müssen Klinische Sozialarbeitende ständig um ihre Anerkennung im interdisziplinären Team kämpfen. Dies tun sie, wie Homfeldt und Sting (2006) erklären, indem sie versuchen, sich von den anderen Berufsgruppen des Behandlungsteams zu differenzieren und sich zu verteidigen. Andere Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit hingegen würden einen integrativen Zugang zu Wissen nutzen (S. 199). Sie beanspruchen Theorien anderer Disziplinen für die eigene Tätigkeit.

Auch Ortmann (2010) macht auf die Problematik der geringen Anerkennung der Klinischen Sozialarbeit aufmerksam. Er beschreibt, dass im gesundheits- und krankheitsbezogenen Kontext die Klinische Sozialarbeit nicht vollständig wertgeschätzt und gewünscht wird. Ortmann beschreibt, dass Klinische Sozialarbeitende oft als „Beiwerk“ statt als Teil des therapeutischen Systems verstanden werden. Die Klinischen Sozialarbeitenden selber haben ihre erschwerten Bedingungen hingenommen und können ihre eigene Profession nicht mehr würdigen. Sie berufen sich nicht auf ihre Rechte im Bezug auf den Handlungsraum ihrer Arbeit, obschon diese definiert wären (S. 18). Sie treten nicht genug selbstbewusst auf und hinterfragen ihre eigene Arbeit oftmals nicht mehr hinreichend. Dies stellt aus Sicht der bio-psycho-sozialen Perspektive, nach der Sozialarbeitende im Team selbstverständlich vorausgesetzt werden müssten, einen fatalen Zustand dar. Ein Grund dafür könnte sein, dass es in der Schweiz zurzeit noch keine einheitliche Weiterbildungsmöglichkeit zum Klinischen Sozialarbeiter oder zur Klinischen Sozialarbeiterin gibt. Darauf wird später in diesem Kapitel noch genauer eingegangen.

Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit müssen ihre berufliche Identität in der Ausbildung und durch gezielte Weiterbildungen stärken können. In der Praxis ist die bereits erwähnte Reflexionsfähigkeit zwingend nötig. So fordern Homfeldt und Sting (2006) die Sozialarbeitenden auf, ihren Gesundheitsbezug zu reflektieren, um ihre Wichtigkeit aufzuzeigen (S. 157). Auch muss die Soziale Arbeit laut Mühlum (2005) ihre Konzepte wissenschaftlich fundieren, um mit den anderen Professionen auf „gleiche Augenhöhe“ zu kommen (S. 186). Dies wurde in der Klinischen Sozialarbeit bisher vernachlässigt.

Klinische Sozialarbeit als spezifische Fachsozialarbeit ist ein noch junges Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit. Erstmals wurde sie in den USA in den sechziger Jahren als eigenständiger Bereich der Sozialarbeit erkannt. Vor ungefähr zehn Jahren wurde die Klinische Sozialarbeit auch in der Schweiz, in Deutschland und Österreich im Gesundheitswesen integriert. Ihre Etablierung schreitet jedoch sehr langsam voran. So würde Ortmann (2010) die jetzige Klinische Sozialarbeit mit maximal 0.2% zertifizierten Klinischen Sozialarbeitenden in Deutschland nicht als „Renner“ bezeichnen. Ortmann erkennt aber auch, dass bereits viele qualitativ hochstehende Publikationen zur Klinischen Sozialarbeit verfasst wurden. Die Klinische Sozialarbeit habe zudem eine eigene Fachzeitschrift und kürzlich sei das „European Centre for Clinical Social Work“ gegründet worden, welches die europäische Klinische Sozialarbeit weiterentwickeln solle (S. 18). In Deutschland sind zudem Bestrebungen vorhanden, sich dem amerikanischen Standard zu nähern. Am Beispiel der Zertifizierung als Klinischer Sozialarbeiter oder Klinische Sozialarbeiterin wird dies in Kapitel 6.3.1 noch veranschaulicht.

Eine langsam voranschreitende Entwicklung ist auch in den Hochschulen, die Sozialarbeitende ausbilden, zu erkennen. In Deutschland und Österreich wird Klinische Sozialarbeit im Masterstudiengang mittlerweile an mehreren Hochschulen angeboten, unter anderem an der Hochschule für angewandte Wissenschaften in Coburg und an der Alice Salomon Hochschule in Berlin. In der Schweiz wird zwar ein Weiterbildungsmodul zu Klinischer Sozialarbeit an der Fachhochschule Nordwestschweiz in Olten angeboten, ein Masterstudiengang fehlt jedoch nach Kenntnissen der Autorinnen bisher. Auch Peter Sommerfeld (2009) stellt fest, dass in diesem Bereich noch enorme Entwicklungsanstrengungen nötig sind, um den sozialen Aspekt psychischer Krankheit und Gesundheit professionell füllen zu können und um neben den anderen Disziplinen auf gleicher Augenhöhe betrachtet zu werden (zit. in Pauls, 2011, S. 13). Hierfür wäre es nach Ansicht der Autorinnen sinnvoll, sich andere Länder wie die USA zum Vorbild nehmen. Denn dort gibt es einen vereinheitlichten und klar überschaubaren Studiengang zur Klinischen Sozialarbeit, gegliedert in vier Etappen. Genaueres hierzu wird in Kapitel 6.3.1 abgehandelt.

4.2 Schmerzmedizin

Schmerzen sind sehr vielfältig und äusserst komplex. In der Schmerzmedizin versucht man laut Martin Lindner (2007) dieser Vielfalt der Schmerzformen mit einer breiten Palette von Methoden gerecht zu werden (ohne Seitenzahl). So werden Schmerzen nicht nur somatisch betrachtet und nicht nur mit Medikamenten behandelt. Chronische Schmerzen werden, wie bereits in Kapitel 2.2 erwähnt, nach dem bio-psycho-sozialen Krankheits- und Gesundheitsverständnis betrachtet und die Schmerzbehandlungen finden interdisziplinär statt. Die Behandlungsteams der Schmerzkliniken und -zentren setzen sich aus verschiedenen Disziplinen zusammen, wie beispielsweise der Anästhesiologie, der Neurochirurgie, der Neurologie, der Neuropsychologie, der Orthopädie, der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Psychiatrie, der Schmerzpsychotherapie und der Pflege.

Laut Nilges und Traue (2007) heben interdisziplinäre Therapieprogramme die aktive Rolle der Patienten und Patientinnen hervor. Ein grundlegendes Behandlungsziel sei es, mit dem Patienten oder der Patientin Optionen zu entwickeln, um von den Schmerzen nicht eingenommen zu werden, sondern mit ihnen trotzdem ein zufriedenstellendes Leben führen zu können (S. 316).

Solche unterschiedliche Schmerzbehandlungen werden in der Schweiz stationär oder ambulant in verschiedenen Schmerzkliniken und -zentren angeboten. Das Zentrum für Schmerzmedizin in Nottwil definiert auf seiner Internetseite (ohne Datum) drei wichtige Punkte, welche in einer erfolgreichen Schmerztherapie geschehen müssen: Zuerst muss eine „umfassende, symptombezogene Fachdiagnostik“ erstellt werden, um die Problematik zu erkennen. Danach werden die Untersuchungsergebnisse im interdisziplinären Team bewertet und es wird gemeinsam ein Therapiekonzept entwickelt. Als dritter Punkt wird betont, dass der Patient oder die Patientin aktiv in der Umsetzung mit einbezogen wird (¶12). Diese aktive Rolle der erkrankten Person ist sehr wichtig in einer erfolgreichen Schmerzbehandlung. Ohne ihr Mitwirken sind alle Interventionen zum Scheitern verurteilt. Ein wichtiger Aspekt ist, dass es kein generalisiertes Therapieprogramm gibt. Eine Behandlung muss immer auf die betroffene Person abgestimmt sein. So sind auch nicht bei jedem Patienten oder bei jeder Patientin alle Fachpersonen des interdisziplinären Teams nötig oder in der Behandlung aktiv involviert.

4.3 Das Angebot an Klinischer Sozialarbeit in den Schweizer Schmerzkliniken und -zentren

Wie in Kapitel 4.1 erläutert, hat sich die Sozialarbeit im Gesundheitswesen noch nicht vollständig etablieren können. Ihren wichtigen Beitrag, den sie zur Verbesserung der Gesundheit leisten könnte, wird noch nicht überall wahrgenommen und ausreichend wertgeschätzt. Es ist aber festzustellen, dass immer mehr Gesundheitsinstitutionen Sozialarbeitende in ihren interdisziplinären Teams ausweisen können und dass deren Arbeit professionalisiert wird. Dies ist zum Beispiel in vielen Psychiatrischen Kliniken, Krankenhäusern und ambulanten Suchtberatungsstellen der Fall. Auch gibt es Bestrebungen, Weiterbildungsmöglichkeiten in Klinischer Sozialarbeit zu entwickeln.

Während in den USA Klinische Sozialarbeitende in der Behandlung von Schmerzpatienten und -patientinnen einen festen Platz haben, sind sie in der Schweiz noch kaum vertreten. So hatte bei Beginn der Recherchen zu dieser Bachelorarbeit und nach dem Wissensstand der Autorinnen keine Schmerzlinik und kein Schmerzzentrum, sowohl ambulant als auch stationär, eine festangestellte klinisch-sozialarbeitende Person im eigenen Team⁶. Dies obschon die meisten dieser Institutionen auf ihre interdisziplinäre Arbeit hinweisen und ihr bio-psycho-soziales Gesundheits- und Krankheitsverständnis erwähnen. Dies ergab eine

⁶ Bei manchen Schmerzzentren, welche an ein Krakenhaus angeschlossen sind, bestand die Möglichkeit, dass die Schmerzpatienten und -patientinnen das sozialarbeiterische Angebot vom Krankenhaus nutzen konnten.

Recherche über die Internetseiten der renommierten Schmerzkliniken und -zentren vom 5. Mai 2011 und gezieltes Nachfragen bei einzelnen Kliniken. Die Literatur bestätigt dieses Bild fehlender Sozialarbeit in der Schmerzmedizin. Nach dem aktuellen Wissensstand der Autorinnen ist zurzeit noch nichts in deutscher Sprache über Klinische Sozialarbeit speziell in der Schmerzmedizin publiziert worden.

Die Autorinnen stellten jedoch fest, dass aktuell einige Schmerzkliniken und -zentren dabei sind, auf die Klinische Sozialarbeit aufmerksam zu werden und einen Bedarf an deren Leistung in ihrem Team festzustellen. So hat das Spital in Interlaken in ihrem ambulanten Schmerzzentrum seit Mai 2011 einen Klinischen Sozialarbeiter zu 30 Stellenprozent angestellt. Im Sozialdienst des fmi-Spitals⁷ Interlaken hatten die Sozialarbeitenden laut Piero Catani (2011) bisher folgenden Aufgaben:

- Beratung und Begleitung in schwierigen Lebenssituationen
- Vermittlung an Fachstellen
- Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen beim Suchen nach einem Alters- oder Pflegeheim oder einer anderen geeigneten Wohnform
- Vermittlung von Hilfsmitteln, Hilfe beim Verfassen von Anträgen an Versicherungen oder Hilfe beim Prüfen von anderen Finanzierungsmöglichkeiten
- Beratung bei Fragen zur Krankenkasse und anderen Versicherungen
- Organisation von Rehabilitationsaufenthalten. (¶17)

An diesen Aufgaben orientiert sich auch der Sozialarbeiter, der für den Schmerzbereich zuständig ist.

Im Kantonsspital St. Gallen entsteht im Herbst 2011 ein ambulantes Schmerzzentrum. Dabei ist auch ein Klinischer Sozialarbeiter im interdisziplinären Behandlungsteam vorgesehen. Marc Kessler, aktuell noch als Sozialarbeiter im Kantonsspital St. Gallen tätig, informierte die Autorinnen, dass er mit einem 50-Prozentpensum beginnen wird. Dieses werde dann im Laufe des Jahres zu einer 100-Prozentstelle aufgestockt. Kessler betont, dass die genauen Aufgaben der Sozialarbeit noch nicht definiert sind und dass noch keine Konzepte vorliegen. Voraussichtlich werde er aber bereits bei der Aufnahme der Schmerzpatienten und -patientinnen ins Schmerzzentrum dabei sein. Die Fachperson der Sozialarbeit werde ihre Aufträge eigenständig definieren und diese im interdisziplinären Team offen darlegen. Gemeinsam werde nach dem bio-psycho-sozialen Krankheits- und Gesundheitskonzept gearbeitet (E-Mail vom 27. April 2011).

Dass die Klinische Sozialarbeit bereits zu Beginn der Behandlung mitwirkt, ist nach Meinung der Autorinnen sehr wichtig, denn nur so kann sie vollumfänglich abschätzen, ob im

⁷ Frutigen, Meiringen, Interlaken

konkreten Einzelfall eine sozialarbeiterische Unterstützung notwendig ist. Sie kann sich den Auftrag bei jedem Schmerzpatient oder jeder Schmerzpatientin selber erteilen, statt diesen von den anderen Disziplinen zu erhalten.

Kessler berichtet weiter, dass diese Stelle nur durch Bemühungen der Fachpersonen der Palliativmedizin geschaffen werden konnte. Er fordert die Klinischen Sozialarbeitenden auf, sich im Feld der Medizin und Pflege zu beweisen und selbstbewusst aufzutreten. Die Klinische Sozialarbeit müsse ihre Arbeit evaluieren und Überzeugungsarbeit leisten, um aufzuzeigen, dass soziale Faktoren in der Behandlung von Schmerzen mitwirken (E-Mail vom 27. April 2011). Klinische Sozialarbeitende müssen von ihrer eigenen Wichtigkeit überzeugt sein, denn nur so können sie sich für die eigene Profession stark machen.

Auch das Schmerzzentrum Nottwil setzt sich seit Längerem mit dem Wunsch auseinander, eine Fachperson der Klinischen Sozialarbeit in seinem Behandlungsteam zu integrieren. Ljutow erwähnte, dass dies aber nicht ganz einfach umzusetzen sei, da die Krankenkassen die Leistungen der Sozialarbeitenden im ambulanten Rahmen nicht finanzieren würden (Gespräch vom 23. Februar 2011). Auf diese Tatsache wird in Kapitel 4.4 noch genauer eingegangen.

4.4 Beurteilung des Angebots anhand der Bedürfnisse von Schmerzpatienten und -patientinnen

Damit Klinische Sozialarbeit effizient und wirksam ist, muss sie ihre Leistungen nach den Bedürfnissen der Schmerzpatienten und -patientinnen und deren Bedarf an sozialarbeiterischer Leistung richten. Ansonsten besteht die Gefahr einer sozialarbeiterischen Unter- oder Überversorgung.

Wie in den Kapiteln 3.4 und 3.5 ersichtlich wurde, haben die in der Forschung von Huber Näf und Seehafer Baumeler befragten Schmerzpatienten und -patientinnen vor allem Bedürfnisse, die nach Maslow als Sicherheitsbedürfnisse definiert werden, bei denen sie sich Unterstützung von Klinischen Sozialarbeitenden wünschen. Auch ist anhand des Bedarfs an sozialarbeiterischer Leistung zu erkennen, dass einige der 13 Bedürfnisse, die Arlt definierte, nicht ausreichend befriedigt werden können.

Ausgehend von den Bedürfnissen der Schmerzpatienten und -patientinnen ist also ein klarer Bedarf an Klinischen Sozialarbeitenden im interdisziplinären Behandlungsteam festzustellen. Dies widerspricht jedoch eindeutig der Tatsache, dass Klinische Sozialarbeitende in der Schmerzmedizin in der Schweiz noch nicht vertreten sind. Zwischen dem zurzeit noch fehlenden Angebot Klinischer Sozialarbeit im interdisziplinären Schmerzbehandlungsteam und den Bedürfnissen der Schmerzpatienten und -patientinnen und deren Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung besteht eine massive Diskrepanz. Bedarf und Angebot stimmen also nicht überein. Für diese erhebliche Angebotsunterversorgung könnten verschiedene Gründe verantwortlich sein, die im Folgenden dargestellt werden. Dabei

handelt es sich um keine abschliessende Aufzählung, sondern um eine Einschätzung der Autorinnen.

Ein erster Grund für das fehlende Angebot könnte sein, dass der Nutzen der Klinischen Sozialarbeit im Allgemeinen noch wenig bekannt ist, wie in Kapitel 4.1 dargestellt wurde. Sie wird sowohl von anderen Professionen wie auch von der Sozialarbeit nicht ausreichend akzeptiert. Deshalb ist es wichtig, dass Klinische Sozialarbeitende professioneller und selbstbewusster auftreten. Hierfür benötigen sie eine spezifische Aus- und Weiterbildung in Klinischer Sozialarbeit, was zurzeit in der Schweiz noch fehlt. Wie in Kapitel 4.1 dargestellt wurde, werden Klinische Sozialarbeitende mitunter auch durch ihre Ausbildung verunsichert. So deutet Ortmann (2010) darauf hin, dass in der Ausbildung die fortschrittlichen und vorbildlichen Bezugsdisziplinen stark gewichtet werden und der eigene Beruf als defizitär wahrgenommen wird. Studierende reagieren oft enttäuscht, wenn ihnen aufgezeigt wird, was die Substanz ihres Faches ist und welche Aufgaben sich für ihren Beruf ableiten lassen. So habe die Klinische Sozialarbeit keine konstante fachliche Basis (S. 19).

Um auf ihre Wichtigkeit hinzuweisen, müssen Klinische Sozialarbeitende einen wissenschaftlichen Nachweis zu ihrem Nutzen liefern. Dazu müssen sie ihre Arbeit evaluieren. Wenn in anderen Gesundheitsbereichen der Nutzen der Klinischen Sozialarbeit nachgewiesen werden kann, ist die Chance grösser, dass die Klinische Sozialarbeit auch in der Schmerzmedizin entdeckt wird. Es ist also wichtig, dass zur Klinischen Sozialarbeit in der Schmerzmedizin geforscht und Literatur dazu publiziert wird.

Ein weiterer Grund, warum die Klinische Sozialarbeit ihren Platz in der Schmerzmedizin bis jetzt noch nicht gefunden hat, könnte die Schwierigkeit der Finanzierung der sozialarbeiterischen Leistungen durch die Krankenkassen sein, wie Ljutow schilderte. Denn durch den fixen Leistungskatalog, der bei allen Krankenkassen gleich ist, werden nur Beiträge an die in diesem Katalog aufgeführte Leistungen ausgerichtet. Dies mindert laut Rita Schnetzler (2005), die sich in ihrem Beitrag auf einen Artikel des Journal of the American Medical Association bezieht, „(. . .) den Anreiz für Innovationen“ (S. 25). Durch diese Vorgaben werden Bemühungen um die Einführung neuer Leistungen, wie im vorliegenden Fall die Einführung der Klinischen Sozialarbeit im Schmerzzentrum Nottwil, verunmöglicht. Dies ist auch der Grund, warum sie im Schmerzzentrum Nottwil bisher auf Klinische Sozialarbeitende verzichten mussten, obwohl der Bedarf im Team gross ist.

4.5 Schlussfolgerungen

Nach dem heutigen bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsverständnis können Klinische Sozialarbeitende einen wichtigen Beitrag in der interdisziplinären Behandlung von erkrankten Personen leisten. In vielen Gesundheitsinstitutionen haben sie ihren festen Platz bereits gefunden. Wo dies der Fall ist, nehmen sie neben den anderen Professionen jedoch häufig noch eine untergeordnete Stellung ein. Dabei könnten sie sehr vielfältige und

anspruchsvolle Aufgaben übernehmen, welche zur Genesung der Betroffenen beitragen würden. Das Erstellen einer Sozialen Diagnose, welche nicht nur medizinische und psychologische Defizite, sondern auch die Ressourcen und die sozialen Umstände der Betroffenen, das Umfeld und deren wechselseitigen Interaktion einbezieht, ist hierfür grundlegend. Zusätzlich lässt sich bei erkrankten Patienten und Patientinnen einen Bedarf an typisch sozialarbeiterischen Tätigkeiten feststellen. Klinische Sozialarbeitende könnten Unterstützung in unterschiedlichen sozialen Bereichen wie beispielsweise Wohnen, Finanzen und Arbeit bieten. Eine zusätzliche Qualität der Klinischen Sozialarbeit ist, dass sie ganz nach dem Prinzip des Case-Management Vernetzungsarbeit leisten und im Sinne des Empowerment die erkrankten Personen zum eigenständigen Handeln befähigen.

In einigen Handlungsfeldern des Gesundheitswesens werden Klinische Sozialarbeitende aber nicht nur unterschätzt, sondern gar nicht integriert. Dies war bis vor Kurzem in den Schweizer Schmerzkliniken und -zentren der Fall, obschon bei den Schmerzpatienten und -patientinnen ein Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung vorhanden ist.

Glücklicherweise findet allmählich ein Umdenken statt und einige Institutionen stellen Bemühungen an, die Klinische Sozialarbeit in ihre Behandlung aufzunehmen. Dies ist eine erfreuliche, wenn auch langsam voranschreibende Entwicklung.

5 Beitrag der Klinischen Sozialarbeit in der Schmerzmedizin

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln auf die Wichtigkeit der Klinischen Sozialarbeit in der Schmerzmedizin sowie auf die Bedürfnisse ihrer Zielgruppe eingegangen wurde, geht es in diesem Kapitel nun darum, darzustellen, welchen Beitrag die Klinische Sozialarbeit in der Schmerzmedizin leisten kann. Hierfür erläutern die Autorinnen in Kapitel 5.1, welche konkreten Aufgaben die Klinische Sozialarbeit in der Behandlung von Schmerzpatienten und -patientinnen übernehmen kann. Dafür werden zwei Handlungsansätze aus der Klinischen Sozialarbeit in der Schmerzmedizin vorgestellt. In Kapitel 5.2 werden diese bewertet und in Kapitel 5.3 ziehen die Autorinnen Schlussfolgerungen aus den Kapiteln 5.1 und 5.2.

Wie in Kapitel 4 bereits erwähnt wurde, ist es für die Klinische Sozialarbeit wichtig, ihre Arbeit zu evaluieren, um den Behandlungserfolg nachweisen zu können. In Kapitel 5.4 zeigen die Autorinnen deshalb auf, ob bereits Nachweise darüber bestehen, inwiefern der Einbezug der Klinischen Sozialarbeit im interdisziplinären Behandlungsteam die Schmerzbehandlung verbessert. Zum Schluss werden in Kapitel 5.5 Schlussfolgerungen aus dem Kapitel 5.4 gezogen.

5.1 Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit in der Schmerzmedizin

Um darzulegen, welche konkreten Aufgaben die Klinische Sozialarbeit in der Schmerzbehandlung leisten kann, erläutern die Autorinnen zuerst, auf welche Literatur sie sich stützen. Danach begründen sie ihre Auswahl der Handlungsansätze und stellen die konkreten Aufgaben von Klinischen Sozialarbeitenden vor.

Durch eine vertiefte Literaturrecherche haben die Autorinnen festgestellt, dass es im deutschsprachigen Raum kaum Publikationen zum vorliegenden Thema gibt. Aus diesem Grund wurde die Recherche auf die englischsprachige Literatur ausgeweitet. Durch die hohe Dichte an Publikationen zum Thema ist deutlich geworden, dass in den USA und in Kanada in den 1970er und 1980er Jahren eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema der Sozialarbeit in der Schmerzmedizin stattgefunden hat. Gemäss Janet M. Golden (1981) wurde die erste Klinik für chronische Schmerzpatienten und -patientinnen in den USA bereits um 1947 von Dr. John J. Bonica (1917 – 1994) gegründet. Bonica war zudem der Initiator der International Association for the Study of Pain (IASP), welches als führendes Internetforum Fachpersonen, die sich mit Schmerzen auseinandersetzen, weltweit vereint. Im Jahr 1981 existierten alleine in den USA 15 Zentren zur umfassenden Behandlung von und Forschung über Schmerzen und ungefähr 300 Schmerzkliniken (S. 49). Erst 10 Jahre später, 1991, wurde laut Thomas Flöter und Manfred Zimmermann (2003) in Mainz die erste deutsche Schmerzklinik gegründet (S. 67). Laut der Homepage des im Jahr 2001 gegründeten Schmerzzentrums Zofingen (2002) war dieses in der Schweiz das erste autonom geführte Schmerzzentrum (¶12).

Die nachfolgend dargestellten Handlungsmodelle der Klinischen Sozialarbeit in der Behandlung von Schmerzpatienten und -patientinnen stammen beide aus der US-amerikanischen Literatur. Dabei stellt sich jedoch die Frage, ob es überhaupt möglich und sinnvoll ist, sozialarbeiterische Modelle aus einem anderen Kulturkreis und Gesundheitssystem in das schweizerische Pendant zu übertragen.

Auf die Problematik dieses Vorgangs weist Peter Dentler (2005) anhand seines Beispiels der Übertragung US-amerikanischer Theorien zu sozialarbeiterischem Handeln auf Deutschland ausdrücklich hin. Denn die Soziale Arbeit sei nur im Zusammenhang mit der jeweiligen Gesellschaft zu verstehen. Dabei betont Dentler, dass sich die US-Gesellschaft von der deutschen oder auch der schweizerischen Gesellschaft unterscheidet, obwohl vieles aus dem amerikanischen Lebensstil übernommen wurde (2005, S. 194-195). Auch Pauls (2011) betont, dass die unreflektierte Übernahme ausländischer Theorien im Allgemeinen heikel ist (S. 18-19).

Neben der Gesellschaft unterscheidet sich auch das Helfersystem der USA von dem unseren. Gerät ein Amerikaner oder eine Amerikanerin ohne eigenes Verschulden in eine Notlage, so erfährt dieser oder diese laut Dentler (2005) grosszügige Unterstützung aus der Nachbarschaft oder durch wohltätige Organisationen. Dabei wird die „Hilfe zu Selbsthilfe“ laut Dentler „(. . .) sehr wörtlich verstanden; wer sich (. . .) nach einer angemessenen ‚Anschubhilfe‘ nicht in die Selbstständigkeit entwickelt (. . .) verliert den moralischen Anspruch auf Unterstützung“ (S. 196). Das staatliche Fürsorgesystem der USA funktioniert, so Dentler, ebenfalls nach diesem Grundsatz. Ohne national geregeltes Krankenversicherungssystem oder einer obligatorischen Krankenversicherung trage jeder die Verantwortung für sich selbst. Dazu führt Johannes Weiss (2009a) aus, dass es zwar spezifische staatliche Fürsorgeeinrichtungen gibt, wie zum Beispiel die Medicare für Menschen über 65 Jahren und für Personen mit einer Behinderung oder die Medicaid für Menschen, die über ein geringes Einkommen verfügen. Neben weiteren solchen spezifischen Angeboten bleiben gemäss Weiss aber immer noch 47 Millionen Menschen in den USA gänzlich ohne eine Krankenversicherung (S. 1506). Der Grund, weshalb in den USA keine Versicherungspflicht besteht, hat laut Katharina Janus (2009) vor allem kulturelle Gründe (zit. in Weiss, S. 1506). Dazu führt Weiss aus, dass es einem US-Amerikaner oder einer US-Amerikanerin kaum zu vermitteln wäre, „(. . .) warum er [oder sie] mit seinen [oder ihren] Beiträgen indirekt die Behandlung anderer Menschen finanzieren soll“ (S. 1506).

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass das US-amerikanische Gesundheits- und Krankheitsmodell von eigenverantwortlichem Handeln anstelle von sozialer Unterstützung durch den Staat geprägt ist.

Im Vergleich dazu besteht in der Schweiz eine obligatorische Krankenversicherungspflicht, die für alle in der Schweiz wohnhaften Personen gilt. Der Leistungskatalog der Grundversicherung der verschiedenen Krankenkassen ist für alle Versicherten gleich und beinhaltet laut Weiss (2009b) „(. . .) die ambulante und stationäre medizinische und pflegerische Versorgung, Präventionsmassnahmen, Medikamente, ärztlich verordnete Therapien wie Krankengymnastik oder Massagen sowie die Leistungen in der

Schwangerschaft“ (S. 1728). Werden zusätzliche Leistungen benötigt wie beispielsweise die alternative Medizin, besteht die Möglichkeit, eine Zusatzversicherung abzuschliessen. Die Anbietenden der obligatorischen Krankenversicherung können gemäss Weiss (2009b) niemanden aufgrund von Ausschlusskriterien, beispielsweise wegen des Alters oder bestehender Krankheiten, ablehnen (S.1728). Im Gegensatz zu den USA ist es in der Schweiz selbstverständlich, dass jede Person in eine Krankenkasse einbezahlt und dass sich der Leistungsanspruch gemäss dem Solidaritätsprinzip nach der Bedürftigkeit der versicherten Person richtet.

Diese Ausführungen zeigen den Unterschied zwischen dem US-amerikanischen Gesundheitssystem und dem der Schweiz deutlich auf. Dennoch ist eine Übertragung sozialarbeiterischer Theorien und Modelle aus anderen Kulturen ins eigene Land möglich und auch notwendig. Denn der Entwicklungsstand verschiedener Gebiete der Sozialen Arbeit ist beispielsweise in den USA fortgeschrittener als in Deutschland und der Schweiz. Deshalb erachten es die Autorinnen als wichtig, sich an diesem Land zu orientieren, um von den bereits erfolgten Entwicklungen profitieren zu können. So stellt auch Anna Kottler (2004) fest, dass in Deutschland (und auch in der Schweiz) Entwicklungsschritte in allen Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit in Gange sind, welche in den USA bereits abgeschlossen sind (S. 23). Dies lässt sich auch an der Ausbildung zum Klinischen Sozialarbeiter oder zur Klinischen Sozialarbeiterin erkennen, die in den USA im Gegensatz zur Schweiz bereits etabliert ist. Darauf wurde bereits in Kapitel 4 und wird in Kapitel 6.3.1 genauer eingegangen.

In den USA ist laut Kottler (2004) der Weg zum Klinischen Sozialarbeiter oder zur Klinischen Sozialarbeiterin ein „Weg fortschreitender Professionalisierung“, wobei Klinische Sozialarbeitende den gleichen Status erreichen können wie ihre medizinischen und psychologischen Nachbarsdisziplinen (S. 24). Wie in Kapitel 4 sichtbar wurde, ist dies in der Schweiz noch nicht der Fall. In diesem Punkt wäre eine Orientierung an den USA sehr hilfreich und wichtig.

Die Autorinnen sind zu dem Schluss gekommen, dass eine Übertragung von Modellen und Behandlungsansätzen aus anderen Gesellschaften und Kulturen, in diesem Fall aus der US-amerikanischen, gut möglich ist. Dafür ist aber unbedingt eine kritische Reflexion dieser Modelle und Ansätze nötig. Im Falle der Klinischen Sozialarbeit braucht es ein umfassendes Wissen über die Gesundheitssysteme der „Herkunfts-“ sowie der „Zielländer“, da die Klinische Sozialarbeit immer in deren Kontext stattfindet. Zudem ist es wichtig, kulturelle Unterschiede der Länder zu berücksichtigen, wie beispielsweise die eben dargestellten Hilfssysteme innerhalb der Krankenversicherung.

Ebenfalls nötig ist eine gefestigte Berufsidentität, das Wissen über die Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit im Kontext der Schweiz sowie ein Bewusstsein darüber, welche Aufgaben dementsprechend nicht übernommen werden können, die vielleicht in einer anderen Kultur zum Aufgabenkatalog der Klinischen Sozialarbeit gehören.

Durch die Literaturrecherche häufig gesichtete Ansätze stellten sogenannte kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramme (Kognitive Verhaltenstherapie)⁸ dar. Die Autorinnen haben jedoch aus zwei Gründen bewusst darauf verzichtet, diese Behandlungsprogramme zu untersuchen und als Ansatz, der auf die Schweiz übertragen werden kann, darzustellen. Einerseits werden solche kognitiv-behaviorale Programme meist als stationäre Angebote durchgeführt, da die darin erstrebte Verhaltensänderung der betroffenen Patienten und Patientinnen sowie deren Familien eine intensive Arbeit an den schmerzspezifischen Verhaltensweisen voraussetzt. Dies bedingt die zeitweise Herausnahme des Patienten oder der Patientin aus seinem oder ihrem herkömmlichen System, um nicht ständig in die alten Muster zurückzufallen. Ein weiterer entscheidender Punkt stellen die Aufgaben dar, die in solchen kognitiv-behavioralen Behandlungsprogrammen dargestellt werden. Der Fokus dieses Modells liegt auf den Verhaltensänderungen, die durch die chronischen Schmerzen passieren, wie beispielsweise die Entwicklung von Ängstlichkeit, Isolation und Depressivität. Ziel dieses Behandlungsprogrammes, das schmerzspezifische Verhalten zu verändern und neue, „gesunde“ Verhaltensweisen zu fördern, stellen nach Ansicht der Autorinnen keine klassischen sozialarbeiterischen Aufgaben dar. Sie können auch von Fachpersonen aus der Psychologie und der Pflege in ebendiesem stationären Setting wahrgenommen werden. Eine Beteiligung von Sozialarbeitenden an diesem Programm in den USA scheint aber durchaus Sinn zu machen. Wie in Kapitel 6.3 noch genauer dargestellt wird, verfügt dort eine Vielzahl an lizenzierten klinischen Sozialarbeitenden über eine Zusatzausbildung in Psychologie.

Die zwei folgend dargestellten Handlungsansätze sollen einen Überblick über mögliche Arbeitsweisen, Aufgaben und Rollen von klinischen Sozialarbeitenden in der Behandlung von chronischen Schmerzpatienten und -patientinnen geben. Da es sich beim Schmerzzentrum Nottwil um eine ambulante Einrichtung handelt, werden mit dieser Bachelorarbeit die Aufgaben der klinischen Sozialarbeitenden in ebendiesem Setting aufgezeigt. In der Literatur lassen sich aber hauptsächlich Ansätze finden, die im Rahmen eines stationären Behandlungsprogrammes stattfinden. Die Autorinnen haben aus der Literatur diejenigen Handlungsansätze ausgewählt, welche ihrer Ansicht nach in einem ambulanten Setting angewandt werden können und nicht an ein stationäres Konzept gebunden sind.

In Kapitel 5.1.1 wird der erste Behandlungsansatz dargestellt, den die Autorinnen im Folgenden „Vier-Phasen-Assessment“ nennen. Entwickelt wurde der Ansatz von Ranjan Roy. Laut der Universität von Manitoba (USA) (ohne Jahr) ist er Professor für Soziale Arbeit und Klinische Gesundheitspsychologie an ihrer Institution. Weiter ist er als wissenschaftlicher Berater in der Abteilung für Anästhesie am Health Sciences Center in Winnipeg, USA tätig (¶1). Die Autorinnen haben diesen Ansatz ausgewählt, weil es sich beim Autoren Ranjan Roy um eine sehr erfahrene Fachperson handelt, welche den grössten Teil ihrer wissenschaftlichen Karriere mit der Verfolgung der sozialen, familiären und epidemiologischen Aspekte von chronischen Schmerzen verbrachte (¶4).

⁸ Siehe Glossar

Beim „Vier-Phasen-Assessment“ handelt es sich um eine konkrete Handlungsanleitung für Sozialarbeitende in der Arbeit mit chronischen Schmerzpatienten und -patientinnen. Das Assessment, in dem der oder die Sozialarbeitende eine Beurteilung der Gesamtsituation der Betroffenen vornimmt, wird von Ranjan Roy in vier Phasen unterteilt.

Der zweite Ansatz, auf den die Autorinnen genauer eingehen, wird in Kapitel 5.1.2 dargestellt. Das Programm „Team Approach to chronic pain“ wurde 1978 von Jacqueline Berns vorgestellt. Sie war damals Director of Social Services am Community Hospital of Indianapolis, Indiana (USA). Das Behandlungsprogramm wurde laut Berns (1978) im Jahre 1975 von einem Neurochirurgen entwickelt. Aus diesem Programm entstand schliesslich das Pain Center at Community Hospital of Indianapolis (S. 182).

Wie der Titel schon verdeutlicht, wird in diesem Ansatz explizit auf das interdisziplinäre Behandlungsteam eingegangen. Es ist allgemein bekannt, dass die Behandlung von Schmerzpatienten und -patientinnen durch ein interdisziplinäres Team die grössten Erfolge aufweist. Darauf verweisen auch Steven Stanos and Timothy T. Houle (2006):

Often, maladaptive responses and cognitions develop in response to persist pain, and these responses fall under the influence of factors not subsumed in the traditional biomedical model. A multidisciplinary approach seems prudent in effectively assessing and treating pain and restoring physical and psychosocial functioning after ‚acute‘ or unimodal treatment have failed. (S. 346)

In Kapitel 5.2 nehmen die Autorinnen eine Bewertung der beiden Handlungsansätze vor. Dazu werden die beiden Ansätze den in Kapitel 3 aufgezeigten Bedürfnissen von Schmerzpatienten und -patientinnen zugeordnet, um zu erkennen, ob sie diesen entsprechen. Diese Gegenüberstellung dient auch dazu, allfällige Lücken in den Aufgabenbereichen aufzudecken und durch weitere Aufgaben zu ergänzen. Wo es möglich ist, werden zusätzlich die in Kapitel 2.3 definierten Risiko- und Schutzfaktoren hinzugezogen, um aufzuzeigen, wie es zu möglichen Unterversorgungen in den verschiedenen Bedürfniskategorien kommen kann.

5.1.1 Handlungsansatz 1: Vier-Phasen-Assessment nach Ranjan Roy

Roy (1981) schreibt, dass chronische Schmerzen die Fähigkeiten der Patienten und der Patientinnen, ihre Rollen im Leben zufriedenstellend wahrzunehmen, reduzieren und dass die Behandelnden oftmals nicht in der Lage sind, diese Fähigkeiten wiederherzustellen (S. 55/eigene Übersetzung). Wenn eine Schmerzproblematik chronisch wird, nehme sie an Komplexität zu, was dazu führt, dass der Patient oder die Patientin resistent werde gegenüber psychologischen Interventionen. Daraus ergibt sich laut Roy eine dreifache Schwierigkeit:

- Chronische Schmerzen beinhalten normalerweise eine Form von Somatisierung⁹. Somatisierende Patienten und Patientinnen lehnen psychologische Erklärungen für ihre Symptome ab.
- Chronische Schmerzpatienten und -patientinnen entwickeln Lebensstile, die fixiert und aussergewöhnlich resistent gegenüber Veränderungen sind.
- Die sekundären Gewinne, die die meisten Patienten und Patientinnen in Form von abhängigen Rollen erwerben, erhöhen oftmals die Schwierigkeit von erfolgreichen Interventionen (S. 55/eigene Übersetzung).

Das Assessment

Mit dem folgenden Zitat bringt Roy (1981) den zentralen Aspekt des Assessments auf den Punkt: „The essential element – and the special if not unique focus that social work can bring to bear on an assessment of a patient with chronic pain - is the understanding of the person-environment paradigm in all its complications“ (S. 56). Es geht also darum, etwas über die betroffene Person unter Berücksichtigung ihres Umfeldes zu erfahren und Faktoren, welche die Schmerzen beeinflussen können, zu erkennen. Das von Roy sogenannte Assessment kann auch als Soziale Diagnose verstanden werden, die unter Punkt 4.1 als eine der zentralen Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit vorgestellt wurde. In den folgend dargestellten Arbeitsschritten geht es dem Sozialarbeiter oder der Sozialarbeiterin laut Roy darum, sich unter Bezugnahme auf die sozialen Bedürfnisse ein umfassendes Bild von der Situation und der Persönlichkeit des Patienten oder der Patientin zu machen (S. 56). Denn gemäss Roy ist eine umfangreiche Erfassung der Geschichte des Patienten oder der Patientin Voraussetzung für ein umfassendes Verständnis des Problems. Dafür wird das Assessment von Roy in vier Phasen unterteilt, in denen sich dem Sozialarbeiter oder der Sozialarbeiterin folgende Aufgaben stellen:

- Erste Phase: Daten mit ätiologischem¹⁰ Wert aufdecken
- Zweite Phase: Die Wirkung der Schmerzen auf das psychische und soziale Funktionieren des oder der Betroffenen sowie die Bewältigungsstrategien des Patienten oder der Patientin verstehen
- Dritte Phase: Die Dynamiken innerhalb der Familie des Patienten oder der Patientin erkunden
- Vierte Phase: Die Entwicklungsgeschichte des Patienten oder der Patientin ermitteln

Den vier Phasen des Assessments folgt ein fünfter Punkt, worin es darum geht, die Daten aus dem Assessment in eine praktische Formulierung zusammenzufügen. Diese könne in Verbindung mit medizinischen Informationen verwendet werden, um einen

⁹ Siehe Glossar

¹⁰ Siehe Glossar

Behandlungsplan zu entwickeln (S. 56/eigene Übersetzung). Mit diesen fünf Phasen ist eine umfassende Diagnose gegeben, welche die bio-psycho-soziale Situation der betroffenen Person erfasst.

Nachfolgend werden die vier von Roy bestimmten Phasen im Detail beschrieben:

Erste Phase

Die Person, mit welcher der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin anhand dieses Ansatzes arbeiten wird, beschreibt Roy (1981) als einen Menschen, der oft schon eine Vielzahl an medizinischen Untersuchungen und Interventionen hinter sich hat und bei dem die verschiedensten Therapien keinen Erfolg bringen konnten. Diese Tatsache müsse offengelegt werden, da sie vielseitige Konsequenzen für den Patienten oder die Patientin haben könne (S. 56/eigene Übersetzung).

Um Daten mit ätiologischem Wert aufdecken zu können, braucht der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin ein umfassendes Wissen zu den verschiedenen Schmerzkrankungen und zu den Risiko- und Schutzfaktoren, die die Entstehung und Chronifizierung einer Schmerzkrankheit begünstigen oder verhindern können.

Gleichzeitig beschäftigt sich der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin laut Roy (1981) auch mit den Befürchtungen und Ängsten, die beim Patienten oder bei der Patientin zu Beginn der Behandlung auftreten können:

- Die Befürchtung, an einer bisher nicht diagnostizierten Krankheit zu leiden
- Die Verunsicherung darüber, dass so viele Schmerzen vorhanden sind, jedoch niemand in der Lage ist, die Gründe dafür zu erklären
- Die Befürchtung, dass die Ärzte und Ärztinnen dem Schmerz keinen Glauben schenken
- Die Skepsis gegenüber der Behandlung durch einen Sozialarbeiter oder eine Sozialarbeiterin, da es sich schliesslich um ein physisches Problem handelt
- Die Befürchtung, dass das Umfeld das Gefühl hat, die Schmerzen seien psychosomatischer Natur und somit nicht real (S. 57/eigene Übersetzung)

Es ist wichtig, sich mit diesen Befürchtungen der Betroffenen auseinanderzusetzen und zu versuchen, ihre Ängste abzubauen, damit sie sich ernst genommen fühlen und sich überhaupt auf die Behandlung durch einen Sozialarbeiter oder eine Sozialarbeiterin einlassen können.

Zweite Phase

Durch die Chronifizierung der Schmerzen wird es gemäss Roy (1981) für viele Betroffene unmöglich, einer Berufstätigkeit nachzugehen. Dieser Verlust der beruflichen Rolle würde von den Patienten und Patientinnen oftmals mit Invalidität gleichgesetzt. Somit erachtet es Roy als sinnvoll, verschiedene Rollen und Funktionen des Patienten oder der Patientin genau zu untersuchen, beispielsweise die elterliche, soziale, berufliche und eheliche. Die Patienten und Patientinnen seien oft überrascht, wie viel sie eigentlich leisten (S. 57/eigene Übersetzung). Laut Roy können Entdeckungen dieser Art auch helfen, einige der familienbezogenen Themen und Haltungen aufzuzeigen, die das Schmerzverhalten des Patienten oder der Patientin (negativ) beeinflussen oder verstärken (S. 57/eigene Übersetzung).

Dritte Phase

In dieser Phase geht es darum, die Dynamiken innerhalb der Familie zu erkunden. Margo Wyckoff (1978) schreibt, dass das Familiensystem des Patienten oder der Patientin immer in irgendeiner Weise von der Erkrankung betroffen ist und dass die Auswirkungen normalerweise schädlicher Natur sind (zit. in Roy, 1981, S. 57/eigene Übersetzung). Laut Roy verdienen folgende zwei Aspekte in diesem Zusammenhang besondere Aufmerksamkeit:

- Die Haltung oder Einstellung der Familie gegenüber dem Patienten und der Patientin und die Frage, ob das Schmerzverhalten dadurch verstärkt werde, ob die Familie den Patienten oder die Patientin als einen Halb-Invaliden behandelt oder ob sie im Gegensatz nicht daran glaubt, dass der Patient oder die Patientin ein ernsthaftes Problem habe
- Die Auswirkungen der speziellen Reizbarkeit des Patienten oder der Patientin auf die Familie, wenn er oder sie andere wegstosse, sich isoliere, sich nicht an Familienangelegenheiten beteilige etc. (S. 57/eigene Übersetzung).

Diese Phase der Beurteilung hat gemäss Roy (1981) erhebliche Auswirkungen auf die anschliessende Behandlung. Dies sei im Speziellen dann der Fall, wenn familienbezogene Probleme eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung des Schmerzverhaltens des Patienten oder der Patientin spielen oder wenn die Schmerzen des oder der Betroffenen negative Auswirkungen auf das Familiensystem haben (S.57/eigene Übersetzung).

In der Beschreibung der Inhalte dieser drei Phasen wird der ganzheitliche Blick der Klinischen Sozialarbeit klar ersichtlich. Die Schmerzproblematik wird laut Roy (1981) umfassend untersucht, wobei eine Auseinandersetzung mit den Rollen und Aufgaben der Betroffenen in den verschiedenen Lebensbereichen stattfindet. Das wiederum helfe dem Patienten oder der Patientin, einige seiner oder ihrer Zweifel gegenüber der sozialarbeiterischen Beteiligung abzulegen, und fördere ein Gefühl von Vertrauen und Rapport zwischen der erkrankten Person und dem Sozialarbeiter oder der Sozialarbeiterin (S. 57/eigene Übersetzung). Dieser

von Roy angesprochene Rapport ist von grundlegender Bedeutung in der sozialarbeiterischen Tätigkeit. Denn nur wenn eine tragende Beziehung zustande kommt und es dem Sozialarbeiter oder der Sozialarbeiterin gelingt, eine Vertrauensbasis zum Patienten oder zur Patientin herzustellen, ist eine konstruktive Zusammenarbeit und das Definieren von Zielen möglich.

Vierte Phase

Das in der dritten Phase aufgebaute Vertrauen ist gemäss Roy (1981) essentiell für die nächste Phase des Assessments, denn darin geht es darum, die Entwicklungsgeschichte der Schmerzen zu erkunden. Der oder die Sozialarbeitende versuche, Informationen über vergangene Erfahrungen mit den Schmerzen, über die Reaktion des Patienten oder der Patientin und der Familienmitglieder auf die Schmerzen, über Schmerzproblematiken bei anderen Familienmitgliedern und über vergangene Fähigkeiten zur Bewältigung der Schmerzen zu erhalten. Diese Informationen unterstützen die vorgängig generierten Angaben, um ein umfassendes Verständnis über die Schmerzproblematik zu entwickeln. Roy weist darauf hin, dass sich der Schlüssel zur Lösung des Problems bisweilen in der früheren Geschichte des Patienten oder der Patientin finden lässt (S. 57/eigene Übersetzung). Gerade das Erforschen von früheren Bewältigungsstrategien widerspiegelt eine wichtige lösungsorientierte Vorgehensweise und ist eine essentielle Aufgabe der Sozialarbeit. Oftmals hat der Patient oder die Patientin unbewusst viele förderliche Techniken angewendet, um im Alltag bestehen zu können. Diese gilt es aufzudecken und zu stärken.

Durch dieses umfassende Assessment versucht der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin laut Roy (1981), ein ganzheitliches Verständnis für die Fähigkeiten der Krankheitsbewältigung des Patienten oder der Patientin sowie den Anforderungen der Gesellschaft zu entwickeln (S. 57/eigene Übersetzung). Dies entspricht dem bio-psycho-sozialen Verständnis, mit welchem die Klinische Sozialarbeit die Schmerzproblematik betrachtet. Die gesammelten Informationen werden gemäss Roy gemeinsam mit der relevanten sozialen Geschichte und den Daten zur Entwicklung genutzt, um gezielte Formulierungen über das Problem ausarbeiten zu können (S. 57/eigene Übersetzung).

Soziale, umweltbedingte und familiäre Probleme spielen in den meisten Fällen eine wichtige Rolle. Genau diese drei Bereiche sind, so Roy (1981), spezifisch die Soziale Arbeit betreffende. Die Stärke des sozialarbeiterischen Ansatzes liege in der Erklärung der Bedeutung und Funktion der Schmerzen, und er beeinflusse die Bewältigungs- und Verarbeitungsstrategien des Patienten oder der Patientin. Der sozialarbeiterische Ansatz ermögliche ein umfassendes Verständnis des Individuums, der familiären Beziehungen, intrapsychischer Konflikte und soziokultureller Faktoren (S. 60/eigene Übersetzung). Gerade im Fall von chronischen Schmerzen ist dieses Verständnis gemäss Austin MC Cawley (1979) wichtiger als die Feinheiten einer psychiatrischen Diagnose (zit. in Roy, 1981, S. 60/eigene Übersetzung). Denn, anstatt eine säuberlich dargelegte und theoretisch befriedigende

psychodynamische Erklärung zu formulieren, stellt der sozialarbeiterische Ansatz laut Roy einen Versuch dar, zum Kern der Sache vorzustossen (S. 60/eigene Übersetzung).

5.1.2 Handlungsansatz 2: Team Approach to Chronic Pain

Bei diesem Programm, dem Team Approach to Chronic Pain, handelt es sich laut Berns (1978) um ein stationäres Behandlungsprogramm für erwachsene Schmerzpatienten und -patientinnen, deren Schmerzen während mindestens sechs Monaten vorhanden waren und die durch herkömmliche Behandlungen nicht behoben werden konnten. Dabei werden nicht nur die medizinischen, sondern auch die emotionalen sowie psychischen Probleme des Patienten oder der Patientin behandelt. Zudem würde jeder Patient oder jede Patientin und dessen Familie individuell angeschaut. Das Programm dauere zwischen vier bis sechs Wochen, wobei die Wochenenden nicht im Schmerzzentrum verbracht werden (S. 182-183/eigene Übersetzung).

Während des Klinikaufenthalts werden die Teilnehmenden des Behandlungsprogramms gemäss Berns (1978) nicht gezwungen im Bett zu bleiben, sondern sie sollen in der Lage sein, an Trainings und Therapien teilzunehmen sowie mit den anderen Patienten und Patientinnen in Kontakt zu treten. Zudem sei es wichtig, dass sich die Betroffenen dazu bereit erklären, an Einzel- sowie Gruppenberatungsgesprächen teilzunehmen (S. 183-184/eigene Übersetzung).

Diese Grundhaltung des Team Approach ist nach Ansicht der Autorinnen von grosser Bedeutung, denn sie trägt dazu bei, dass die Betroffenen nicht in ihrem Leiden und Klagen verharren, sondern dass sie versuchen, aktiv die eigene Situation zu verändern. So wird die Erkenntnis gefördert, dass der Patient oder die Patientin zur Verbesserung des Schmerzempfindens einen eigenen Beitrag leisten muss und sich nicht lediglich in eine die Behandlung konsumierende Rolle zurückziehen kann.

Das Behandlungsteam, das nach diesem Team Approach arbeitet, setzt sich aus Fachpersonen verschiedener Disziplinen zusammen. So sind laut Berns (1978) neben Ärzten und Ärztinnen auch Anästhesisten und Anästhesistinnen, Arzthelfende, Sozialarbeitende, Psychologen und Psychologinnen, Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, Apotheker und Apothekerinnen sowie Pflegefachpersonen gleichwertiger Bestandteil des interdisziplinären Teams. Die allgemeine Pflegeleitung des Schmerzzentrums stelle die Verbindung zwischen den Sozialarbeitenden und dem Pflegepersonal her (S. 178/eigene Übersetzung). In ihrem Beitrag beschreibt Berns die Aufgaben der verschiedenen Teammitglieder. Die Autorinnen verzichten an dieser Stelle jedoch darauf, die Aufgaben aller einzelnen Fachpersonen auszuführen, da der Fokus dieses Kapitels auf den spezifischen Tätigkeiten der Sozialarbeitenden liegt.

Der sozialarbeiterische Beitrag

Zu Beginn des Behandlungsprogramms wird laut Berns (1978) von einem Klinischen Sozialarbeiter oder einer Klinischen Sozialarbeiterin die medizinische und soziale Geschichte

des Patienten oder der Patientin erfasst. Dabei werden auch dessen oder deren Hintergrund, also die finanzielle Situation, intrapsychische Konflikte, die Einstellung gegenüber den Schmerzen, Erfahrungen mit Medikamenten sowie der Einfluss der Familie auf die Reaktion des Patienten oder der Patientin auf die Schmerzen berücksichtigt. Dabei sei es wichtig, dass der Ehepartner oder die Ehepartnerin oder andere signifikante Familienmitglieder beim ersten Gespräch mit dem Patienten oder der Patientin dabei sind (S. 184/eigene Übersetzung). Berns betont, dass der oder die Sozialarbeitende bereits hier versuchen muss, eine Beziehung mit dem Patienten oder der Patientin sowie den Familienmitgliedern aufzubauen, und allen Beteiligten erklärt, wie wichtig die Einbindung der Familie in den Behandlungsprozess ist.

In einem nächsten Schritt suche der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin nach Fakten über Finanzen, persönlichen Zielen und Lebensstil. Weiter verschaffe er oder sie sich einen Eindruck über die verschiedenen beteiligten Persönlichkeiten und deren Lebensweise. Ein weiterer wichtiger Punkt, der in diesem Schritt geklärt werden müsse, sei der Zugang zu Ressourcen wie Versicherungsleistungen zur Deckung der Aufenthaltskosten in der Klinik sowie der beruflichen Rehabilitation (S. 184-185/eigene Übersetzung). Dieser Punkt ist von grosser Bedeutung wenn man bedenkt, dass es sich hier um einen Behandlungsprogramm aus den USA handelt. Denn wie eingangs des Kapitels beschrieben, verfügt ein erheblicher Teil der US-amerikanischen Bevölkerung über keine Krankenversicherung, womit die Finanzierung der Behandlung zuerst anderweitig sichergestellt werden muss.

Anschliessend daran wird anhand der gesammelten Fakten und Eindrücken laut Berns (1978) ein umfassender Bericht erstellt. Dieser diene dem interdisziplinären Team als Basis für das Verständnis über den Patienten oder die Patientin. Darin enthalten sei die soziale Geschichte, welche eine Evaluation der intrapsychischen Konflikte des Patienten oder der Patientin, interpersonale sowie familiäre Stärken und Probleme, berufliche Vorlieben sowie Reaktionen auf die gesundheitliche Beeinträchtigung beinhalte (S. 185/eigene Übersetzung). Das Verfassen eines Berichts hilft dem oder der Sozialarbeitenden zudem, weiteren Handlungsbedarf für ihre eigene Profession zu erkennen, woraus in Zusammenarbeit mit der betroffenen Person sozialarbeiterische Aufgaben abgeleitet werden können.

Berns (1978) betont, dass das Programm individualisiert ist und dass sich die Ziele somit bei jedem Patienten und bei jeder Patientin unterscheiden. Die verschiedenen Aspekte des Programms werden auf die spezifischen Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen zugeschnitten. Während des Klinikaufenthaltes sei der oder die Sozialarbeitende zuständig für die Bedürfnisse des Patienten oder der Patientin und in jede Phase des Programms involviert. Es werden regelmässige Treffen wahrgenommen, um berufliche, persönliche und familiäre Schwierigkeiten und Ziele zu diskutieren und zu klären. Der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin bleibe auch ständig in Kontakt mit den Familienangehörigen und unterstütze sie dabei, die Ziele der erkrankten Person zu teilen. Den Familienangehörigen wird, so Berns, zudem empfohlen, an mindestens zwei Tagen beim Programm dabei zu sein (S. 186/eigene Übersetzung).

5.2 Bewertung der vorgestellten Handlungsansätze

In den beiden eben vorgestellten Ansätzen sind viele Parallelen sichtbar. Die betroffenen Personen und ihre Schmerzen werden mit einer ganzheitlichen Betrachtungsweise erfasst und in beiden Ansätzen wird immer wieder auf die Wichtigkeit des Einbezugs der signifikanten Dritten, also vor allem der Familie, hingewiesen. Die verschiedenen Faktoren, die einen Einfluss auf die chronischen Schmerzen haben können, werden identifiziert und es lassen sich Defizite in der Befriedigung der verschiedenen menschlichen Bedürfnissen entdecken, die durch die sozialarbeiterische Intervention behoben werden sollen.

Die von Berns dargestellten sozialarbeiterischen Aufgaben bedingen nach Ansicht der Autorinnen keinen stationären Aufenthalt in einer Schmerzklinik oder einem Schmerzzentrum. Die sozialarbeiterische Behandlung ist genauso in einem ambulanten Setting durchführbar und die enge Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeitenden und Betroffenen kann ambulant stattfinden.

Nachfolgend werden die von Berns und Roy genannten Aufgaben Klinischer Sozialarbeitenden bewertet. Dies geschieht anhand der in Kapitel 3.3 und Kapitel 3.4 dargestellten Bedürfnisse von Maslow und Arlt sowie den aus der Forschung von Huber Näf und Seehafer Baumeler erhobenen Bedarfskategorien in Kapitel 3.2. Hierfür werden in der nachfolgenden Tabelle die theoretisch bestimmten Bedürfnisse von Arlt und Maslow den verschiedenen Bedarfskategorien der Forschung von Huber Näf und Seehafer Baumeler gegenübergestellt. Diesen drei Kategorien werden die Aufgaben, welche die Klinische Sozialarbeit in der Schmerzmedizin laut Berns und Roy wahrnehmen soll, entgegengestellt. Somit wird erkennbar, ob die von Roy und Berns genannten Aufgaben den Bedürfnissen von Schmerzpatienten und -patientinnen und deren Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung entsprechen. Zudem lassen sich allfällige Lücken in ihren Behandlungsansätzen erkennen. Diese Lücken werden durch Aufgaben, die die Autorinnen selber formuliert haben, geschlossen. Wo es möglich ist, werden zudem die in Kapitel 2.3 definierten Einflussfaktoren den entsprechenden Aufgaben angefügt. Dies hilft den Klinischen Sozialarbeitenden zu erkennen, warum gewisse Probleme auftauchen können und in welchem Lebensbereich diese behandelt werden müssen. Auch greifen die Autorinnen das in Kapitel 2.4 beschriebene Fallbeispiel wieder auf, um die sozialarbeiterischen Aufgaben exemplarisch zu veranschaulichen.

Durch dieses Vorgehen ergeben sich neun Bereiche, die im Rahmen der Sozialen Diagnose (Assessment) betrachtet werden müssen. Aufgrund der Sozialen Diagnose und der Erarbeitung von Behandlungszielen (dies muss immer gemeinsam mit der betroffenen Person geschehen) kann der Klinische Sozialarbeiter oder die Klinische Sozialarbeiterin einen Interventionsplan erstellen, der ihm oder ihr bei der Durchführung der sozialarbeiterischen Interventionen als Grundlage dient.

5.2.1 Erfassen der medizinischen Geschichte

Bedürfnisse nach Art	—
Bedürfnisse nach Maslow	—
Bedarfskategorien der Forschung	—
Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit nach Berns	<ul style="list-style-type: none"> Erfassen der medizinischen Geschichte des Patienten oder der Patientin (unter Berücksichtigung der finanziellen Situation, intrapsychischen Konflikten, der Einstellung gegenüber dem Schmerz, Erfahrungen mit Medikamenten sowie der Einfluss der Familie auf die Reaktion des Patienten oder der Patientin auf den Schmerz)
Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit nach Roy	<ul style="list-style-type: none"> Daten mit ätiologischem Wert aufdecken
Von den Autorinnen formulierte Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit	<ul style="list-style-type: none"> Absprache mit dem medizinischen und psychologischen Fachpersonal zur optimalen Behandlung

Tabelle 3: Erfassen der medizinischen Geschichte (eigene Grafik, 2011)

In diesem ersten Bereich geht es darum, die medizinische Geschichte des Patienten oder der Patientin zu erfassen. Das heisst, die Entstehung der chronischen Schmerzen und der Chronifizierungsprozess werden aufgezeichnet. Dies geschieht immer unter Berücksichtigung allfälliger Risikofaktoren, die zu dieser Chronifizierung beigetragen haben könnten. Die von Berns beschriebenen Faktoren müssen dabei um zusätzliche mögliche Risikofaktoren erweitert werden, die in Kapitel 2.3 dargestellt wurden.

Im Falle von Frau B. könnte im Gespräch versucht werden eine Aufstellung darüber zu machen, seit wann und in welchen Abständen die Rückenschmerzen aufgetreten sind. Dies könnte beispielsweise anhand eines Zeitstrahl gemacht werden, um den Prozess der Chronifizierung zu visualisieren. Dabei ist auch zu erfassen, welche Massnahmen die Patientin selber schon gegen die Schmerzen eingeleitet hat. Es sind zudem allfällige Risikofaktoren zu identifizieren, die zu der Chronifizierung der Schmerzen beigetragen haben könnten.

Für diese Aufgaben braucht der oder die Sozialarbeitende ein umfassendes Wissen über die verschiedenen chronischen Schmerzerkrankungen, über den Chronifizierungsprozess und über die Faktoren, die sich schädlich auf die Gesundheit eines Menschen auswirken können.

5.2.2 Erfassen der persönlichen Ziele und Lebensziele und gegebenenfalls einen Handlungsbedarf ableiten

Bedürfnisse nach Art	—
Bedürfnisse nach Maslow	<ul style="list-style-type: none"> Ich-Bedürfnis
Bedarfskategorien der Forschung	—
Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit nach Berns	<ul style="list-style-type: none"> Sammeln von Fakten über persönliche Ziele und den Lebensstil Persönliche Konflikte und Ziele diskutieren und klären
Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit nach Roy	—

Von den Autorinnen formulierte Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Mit dem Klient oder der Klientin das Ziel der Behandlung definieren; eventuell Diskrepanzen zwischen Behandlungsziel und persönlichen Zielen/Lebenszielen aufzeigen
--	---

Tabelle 4: Erfassen der persönlichen Ziele und Lebensziele (eigene Grafik, 2011)

In diesem zweiten Bereich werden mit dem Patienten oder der Patientin die persönlichen Ziele der Behandlung angeschaut. Es muss geklärt werden, was sich der oder die Betroffene von der Behandlung verspricht, und es müssen gegebenenfalls unrealistische Erwartungen besprochen und angepasst werden. Am Beispiel von Frau B. könnte versucht werden herauszufinden, ob sie sich von der Behandlung vollkommene Schmerzfreiheit verspricht oder ob es ihr eher darum geht, eine IV-Rente zu erhalten und nicht mehr in den Arbeitsmarkt zurückkehren zu müssen.

Weiter geht es darum, etwas über den Lebensstil des Patienten oder der Patientin herauszufinden. Denn unter Umständen kann sich dieser negativ auf die Gesundheit auswirken. Solche allfälligen Faktoren gilt es zu identifizieren und mit dem oder der Betroffenen zu thematisieren.

Als Instrument für das Sammeln von diesen Fakten könnte das Eco-¹¹ oder Genogramm¹² dienen.

5.2.3 Erfassen der finanziellen Situation und gegebenenfalls Unterstützung anbieten

Bedürfnisse nach Art	—
Bedürfnisse nach Maslow	<ul style="list-style-type: none"> • Materielle und berufliche Sicherheit sowie weitere Sicherheitsbedürfnisse
Bedarfskategorien der Forschung	Finanzen und Versicherungen: <ul style="list-style-type: none"> • Bei 20 % der Befragten sind Probleme in ihrer ökonomischen Lage erkennbar • 51 % haben Fragen zu den Versicherungszweigen und den Wunsch nach sozialarbeiterischer Unterstützung
Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit nach Berns	<ul style="list-style-type: none"> • Sammeln von Fakten über Finanzen • Zugang sichern zu Ressourcen wie Versicherungsleistungen zur Deckung der Aufenthaltskosten in der Klinik sowie der beruflichen Rehabilitation
Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit nach Roy	—
Risikofaktor	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Schichtzugehörigkeit

Tabelle 5: Erfassen der finanziellen Situation (eigene Grafik, 2011)

Durch die Erkrankung verliert eine Vielzahl der Betroffenen die Möglichkeit, ihre Existenz aus eigener Kraft zu sichern. Daher ist es wichtig, mit den Betroffenen Fragen zu ihrer ökonomischen Lage zu klären. Dabei kann es darum gehen, Taggeldansprüche oder andere Versicherungsleistungen wie eine Invalidenrente oder Ansprüche auf Ergänzungsleistungen

¹¹ Siehe Glossar

¹² Siehe Glossar

abzuklären. Unterstützung in diesem Bereich anzubieten, entspricht auch dem Bedürfnis der Schmerzpatienten und -patientinnen, denn ein wesentlicher Teil der Betroffenen hat diesbezüglich Unsicherheiten und Probleme.

Die soziale Schichtzugehörigkeit kann einen erheblichen Risikofaktor darstellen, wenn es um die Sicherung der Existenz geht. Denn Menschen aus tieferen sozialen Schichten haben in der Regel weniger finanzielle Reserven, auf die sie zurückgreifen können, um beispielsweise eine Deckungslücke von Sozialversicherungsleistungen zu überbrücken. Damit sich dieser Umstand nicht zusätzlich zu einem Stressfaktor entwickelt, ist es wichtig, die Betroffenen zu beraten und ihnen bei der Erschließung von finanziellen Ressourcen behilflich zu sein.

Bei Frau B. wird es darum gehen, zu prüfen, ob Ansprüche aus Versicherungsleistungen (Taggelder) geltend gemacht werden können. Im Notfall kann der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin bei der Anmeldung zur Wirtschaftlichen Sozialhilfe Unterstützung anbieten. Durch die Sicherstellung der Bezahlung der Wohnungsmiete und ihren sonstigen monatlichen Ausgaben wird Frau B. entlastet und sie kann sicher besser auf die Behandlung konzentrieren.

5.2.4 Erfassen der familiären Situation/des sozialen Umfeldes und gegebenenfalls einen Handlungsbedarf ableiten

Bedürfnisse nach Art	<ul style="list-style-type: none"> • Familienleben • Erziehung
Bedürfnisse nach Maslow	<ul style="list-style-type: none"> • Wunsch nach Liebe und Zugehörigkeit (soziales Bedürfnis)
Bedarfskategorien der Forschung	<p>Familie und soziales Umfeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 25 % aller Befragten empfinden ihre Beziehungen als nicht tragend • 49 % sagen aus, dass sie sich nicht mehr so häufig verabreden aufgrund der Schmerzproblematik
Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit nach Berns	<ul style="list-style-type: none"> • Einbezug der signifikanten Familienmitglieder • Eindruck verschaffen über die verschiedenen beteiligten Persönlichkeiten und deren Lebensstile • Familiäre Konflikte und Ziele diskutieren und klären • Erfassen der sozialen Geschichte des Patienten oder der Patientin unter Berücksichtigung der finanziellen Situation, intrapsychischen Konflikten, der Einstellung gegenüber dem Schmerz, Erfahrungen mit Medikamenten sowie der Einfluss der Familie auf die Reaktion des Patienten oder der Patientin auf den Schmerz
Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit nach Roy	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungsgeschichte des Patienten oder der Patientin ermitteln (Informationen über vergangene Erfahrungen mit dem Schmerz, über die Reaktion des Patienten oder der Patientin und der Familienmitglieder auf den Schmerz, über Schmerzproblematiken bei anderen Familienmitgliedern und über vergangene Fähigkeiten zur Bewältigung des Schmerzes (Coping-Strategien aufdecken) • Wirkung des Schmerzes auf das psychische und soziale Funktionieren des Patienten oder der Patientin und die

	Bewältigungsstrategien des Patienten oder der Patientin verstehen <ul style="list-style-type: none"> • Dynamiken innerhalb der Familie des Patienten oder der Patientin erkunden
Risikofaktor	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Ausgrenzung/sozialer Rückzug
Faktoren, die die Schmerzbewältigung beeinflussen	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidungsverhalten, nicht-verbales Ausdrucksverhalten, Ablenkung im Sinne des Ignorierens
Schutzfaktor	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Unterstützung

Tabelle 6: Erfassen der familiären Situation/des sozialen Umfeldes (eigene Grafik, 2011)

Wie durch die Darstellung der beiden Behandlungsansätze in Kapitel 5.1.1 und 5.1.2 ersichtlich wurde, spielt das soziale Umfeld und im Besonderen die Familie der Betroffenen eine wichtige Rolle im Umgang mit den chronischen Schmerzen. So kann das soziale Umfeld im Bezug auf die Gesundheit sowohl einen Risiko- als auch einen Schutzfaktor darstellen. Für die erfolgreiche Behandlung des oder der Betroffenen ist es äusserst wichtig, ihn oder sie unter Berücksichtigung des Umfeldes zu betrachten. Der Einbezug der Familienmitglieder kann helfen, etwas über die Reaktion des Patienten oder der Patientin und der Familienmitglieder auf die Schmerzen zu erfahren, um so Faktoren zu identifizieren, die sich (meist negativ) auf die Schmerzbewältigung auswirken.

Bei Frau B. heisst das konkret, dass Gespräche mit den Kindern geführt werden könnten. Dadurch kann der Klinische Sozialarbeiter oder die Klinische Sozialarbeiterin etwas über den Umgang von Frau B. mit den Schmerzen aus einer anderen Perspektive erfahren. Der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin kann auch herausfinden, wie die Beziehung zwischen der Mutter und ihren Kindern ist, ob sie sich gegenseitig unterstützen oder ob diesbezüglich Schwierigkeiten bestehen, was sich negativ auf die Schmerzen auswirken könnte.

Eine wichtige Aufgabe besteht darin, herauszufinden, über welche Bewältigungsstrategien Frau B. verfügt und wie es ihr möglich war, bisher mit den Schmerzen umzugehen. Dies ist ganz im Sinne des lösungsorientierten Ansatzes, welcher den Fokus weg vom Problem (in diesem Fall von der Schmerzerkrankung) hin zur Lösung richtet.

Nach dem systemischen Ansatz kann es hilfreich sein, über Konflikte in der Familie zu sprechen. Hierzu ist es wichtig, auch die Familienmitglieder zu Wort kommen zu lassen, um von ihnen zu erfahren, wie sich die Schmerzerkrankung allenfalls auf ihr Leben auswirkt. Dies kann sowohl für die erkrankte Person, wie auch für das Umfeld erleichternd und erkenntnisbringend sein.

Wie in der Tabelle ersichtlich wird, empfindet einen erheblicher Teil der Betroffenen ihre Beziehungen als nicht tragend. Dies könnte in einem direkten Zusammenhang stehen mit dem sozialen Rückzug, den 49% aller Befragten angeben. Dieser soziale Rückzug wird als eindeutiger Risikofaktor identifiziert. Denn durch die Schmerzerkrankung geraten viele Betroffenen in einen Teufelskreis. Aufgrund der Schmerzen ziehen sie sich immer mehr zurück. Dadurch nimmt Anzahl der tragenden und unterstützenden Beziehungen ab, wodurch die psychische Verfassung beeinträchtigt wird, was wiederum zur Verschlimmerung der Schmerzen führen kann, wodurch die sozialen Kontakte noch mehr gemieden werden.

Bei Frau B. gilt es abzuklären, was die fehlenden Zeitressourcen aufgrund des Jobs für Auswirkungen auf ihre sozialen Kontakte haben und ob sie sich aufgrund die Schmerzen zurückzieht. Der Klinische Sozialarbeiter oder die Klinische Sozialarbeiterin kann herausfinden, ob sie über ein soziales Netzwerk verfügt, wo ihre Familienangehörigen leben, ob sie Freunde hat und wie sich diese Beziehungen gestalten.

5.2.5 Erfassen der Wohnsituation und gegebenenfalls anpassen

Bedürfnisse nach Art	<ul style="list-style-type: none"> Wohnung
Bedürfnisse nach Maslow	<ul style="list-style-type: none"> Wohnen (Sicherheitsbedürfnis)
Bedarfskategorien der Forschung	Wohnen: <ul style="list-style-type: none"> Haushaltshilfe
Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit nach Berns	—
Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit nach Roy	—
Risikofaktor	<ul style="list-style-type: none"> Arbeitsbedingungen/chronisch anhaltende Belastungen im Arbeitsalltag
Von den Autorinnen formulierte Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit	<ul style="list-style-type: none"> Unterstützung im Alltag (beispielsweise eine geeignete Wohnform finden oder Spitex installieren)

Tabelle 7: Erfassen der Wohnsituation (eigene Grafik, 2011)

Im Bereich der Wohnsituation haben weder Roy noch Berns einen Handlungsbedarf für die Klinische Sozialarbeit identifiziert. Dies hat vermutlich damit zu tun, dass es sich bei dem Bedürfnis nach einer Unterkunft um ein elementares Grundbedürfnis handelt. Ist dieses nicht gedeckt, wird sich der oder die Betroffene kaum zur Behandlung seiner oder ihrer chronischen Schmerzen melden. Huber Näf und Seehafer Baumeler haben in ihrer Forschung jedoch ein Bedürfnis aufgedeckt, das im Zusammenhang mit dem Wohnen steht. Durch die dauernden Schmerzen sind viele Betroffene in ihrer Mobilität eingeschränkt und benötigen deshalb Hilfe in der Haushaltsführung. Daraus ergibt sich ein klarer Auftrag für die Klinische Sozialarbeit, nämlich Unterstützung bei der Installation von Hilfe im Alltag zu bieten, also beim „Wohnen“. Dabei handelt es sich um sämtliche Unterstützungsleistungen, die dazu dienen, den Alltag der Betroffenen zu vereinfachen (beispielsweise Spitex, Mahlzeitendienst und Fahrdienst).

Bei Frau B. wäre hier zu klären, welche Aufgaben sie im Haushalt nicht mehr selber erledigen kann, ob die Kinder sie hierbei unterstützen könnten oder ob weitere Hilfe benötigt wird.

5.2.6 Erfassen der beruflichen Situation und gegebenenfalls anpassen

Bedürfnisse nach Art	<ul style="list-style-type: none"> Ausbildung zur wirtschaftlichen Tüchtigkeit
Bedürfnisse nach Maslow	<ul style="list-style-type: none"> Arbeiten (Sicherheitsbedürfnis)
Bedarfskategorien der Forschung	Arbeit: <ul style="list-style-type: none"> 57 % der Befragten stehen in keinem Arbeitsverhältnis 13% nennen eine Überforderung bei der Arbeit 16% haben einen schlecht eingerichteten Arbeitsplatz

	(bezogen auf Krankheit) <ul style="list-style-type: none"> • 12% haben Angst vor dem Verlust der Arbeitsstelle
Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit nach Berns	—
Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit nach Roy	—
Von den Autorinnen formulierte Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber oder der Arbeitgeberin: Anpassung des Arbeitsplatzes und der Aufgaben an die Schmerzerkrankung • Arbeitsplatzerhaltung • Tagesstruktur aufbauen, Hilfe bei der Freizeitgestaltung

Tabelle 8: Erfassen der beruflichen Situation (eigene Grafik, 2011)

Über eine gesicherte Arbeitsstelle zu verfügen, stellt ein wichtiges Sicherheitsbedürfnis dar. Doch durch die chronischen Schmerzen kann dieses oftmals nicht (mehr) gedeckt werden. Die Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit ist es hier, sich wenn möglich für die Erhaltung der Arbeitsplätze einzusetzen oder diese entsprechend umrüsten zu lassen. Diese Aufgaben werden jedoch häufig von spezialisierten Fachleuten wahrgenommen, deshalb könnte hier die Triage zu einer geeigneten Fachstelle sinnvoll sein (beispielsweise an die IV oder Profil – Arbeit & Handicap von Pro Infirmis).

Der Bereich Arbeit wird bei Frau B. sicher ein wichtiges Thema sein. Denn die schlechten Bedingungen ihrer Arbeit können mitunter eine mögliche Ursache der Rückenschmerzen sein.

Werden die schlechten Arbeitsbedingungen als sehr belastend erkannt, kann mit Arbeitgeber- oder Arbeitgeberinnengesprächen überprüft werden, ob die dafür verantwortlichen Faktoren angepasst werden können. Notfalls muss auch geklärt werden, welche weiteren Optionen bestehen, die zur einer Verbesserung der Situation beitragen würden. Hier kann der oder die Klinische Sozialarbeitende Frau B. beispielsweise darin unterstützen eine andere Arbeitsstelle zu finden, welche ihren Bedürfnissen angepasst ist. Hierfür und auch für andere Interventionen oder Triagen muss Frau B. aber zuerst in einer psychisch guten Verfassung sein.

Patienten oder Patientinnen, die ihre Arbeitsstelle bereits aufgeben mussten, sind noch mehr als Berufstätige vom sozialen Rückzug betroffen, da ihnen auch dieses soziale Netz fehlt. Daraus kann sich das Bedürfnis nach Hilfe bei der Gestaltung der Tagesstruktur oder der Freizeitgestaltung ergeben, was auch einen Aufgabenbereich der Klinischen Sozialarbeit darstellt.

5.2.7 Rechtsberatung

Bedürfnisse nach Art	<ul style="list-style-type: none"> • Rechtsschutz
Bedürfnisse nach Maslow	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherheitsbedürfnis
Bedarfskategorien der Forschung	Rechtliche Fragen: <ul style="list-style-type: none"> • Die Befragten haben wenig offene rechtlichen Fragen
Aufgaben der Klinischen	—

Sozialarbeit nach Berns	
Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit nach Roy	—
Von den Autorinnen formulierte Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung bei rechtlichen Fragen (Sozialversicherungen)

Tabelle 9: Rechtsberatung (eigene Grafik, 2011)

Dem Bedürfnis nach Rechtsschutz, welches gemäss Maslow ein Sicherheitsbedürfnis darstellt, konnte wiederum keine Aufgaben der beiden Autoren Berns und Roy zugeordnet werden. Auch haben die in der Forschung von Huber Näf und Seehafer Baumeler befragten Personen wenig offene rechtliche Fragen geäussert. Die Autorinnen sind jedoch der Ansicht, dass es sich bei der Unterstützung in rechtlichen Fragen um eine äusserst wichtige Dienstleistung der Klinischen Sozialarbeit handelt. Durch die Erkrankung kann sich eine Vielzahl rechtlicher Fragen ergeben, wie beispielsweise im Zusammenhang mit der Arbeitsstelle, der Existenzsicherung durch Taggelder, einem allfälligen IV-Verfahren etc. Die Autorinnen identifizieren diesen Bereich als zentral, und es erscheint ihnen wichtig, dass der oder die zuständige Sozialarbeitende über die dafür notwendigen Kompetenzen verfügt.

Neben diesen sieben direkt klienten- oder klientinnenbezogenen Assessment- und Aufgabenbereichen haben die Autorinnen weitere Aufgaben definiert. Diese gehören ihrer Ansicht nach ebenfalls zur Arbeit der Klinischen Sozialarbeitenden im Bereich der Schmerzmedizin, jedoch beziehen sich nicht alle direkt auf die zu behandelnde Person. Denn wie bereits in Kapitel 4.1 dargestellt wurde, hat der oder die Klinische Sozialarbeitende nicht nur den Auftrag, die Bedürfnisse der an Schmerzen erkrankten Person zu berücksichtigen. Sie oder er hat zusätzlich ein Mandat der Institution. Das heisst, die Arbeit des oder der Klinischen Sozialarbeitenden muss der Institutionen dienlich sein und er oder sie muss auch deren Aufträge übernehmen. So gilt es für die Fachperson der Klinischen Sozialarbeit auch Aufgaben zu übernehmen, die die gesamte Arbeit des Behandlungsteams unterstützen. Dabei ist es wichtig, immer nach ihrem eigenen Mandat zu handeln; also im Sinne des Berufskodexes, der Menschenrechte und gestützt auf eine wissenschaftliche Basis. Da die Sozialarbeit eine werteorientierte Profession ist, ist dieses Tripelmandat, wie Staub-Bernasconi es bezeichnet, äusserst zentral. Der oder die Klinische Sozialarbeitende muss ihre Arbeit sorgfältig reflektieren und hinterfragen, nach welchen Werten sie handelt.

5.2.8 Weitere Aufgaben

Weitere von den Autorinnen formulierte Aufgaben für die Klinische Sozialarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Vernetzung mit und Triage zu Fachstellen, Familienangehörigen, Institutionen
	<ul style="list-style-type: none"> • Ansprechperson für Behandlungsteam (beispielsweise bei rechtlichen Fragen)
	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt herstellen zu anderen Betroffenen (beispielsweise in Form von Selbsthilfegruppen)
	<ul style="list-style-type: none"> • Vermitteln zwischen allen an der Behandlung des

	Betroffenen beteiligten Personen als Hauptansprechperson, deren Hilfe koordinieren
--	--

Tabelle 10: Weitere Aufgaben (eigene Grafik, 2011)

Einen zentralen Punkt stellt die Vernetzungsarbeit dar, welche die Klinische Sozialarbeit leistet. Es geht hier darum, den Kontakt zu weiteren Fachstellen und Institutionen, die mit der Behandlung oder Beratung der Betroffenen beschäftigt sind, herzustellen und die verschiedenen Aufgaben zu koordinieren. Beispielsweise können die Sozialarbeitenden mit den Krankenkassen verhandeln, um die Deckung der Behandlungskosten sicherzustellen, und zusätzlich mit dem Gemeindesozialdienst in Kontakt stehen, von dem die betroffene Person möglicherweise Sozialhilfe bezieht.

Eine weitere Aufgabe stellt sich der Klinischen Sozialarbeit in der Beratung des Behandlungsteams in (sozialversicherungs-)rechtlichen Fragen. Ein Beispiel dafür wäre, wenn sie mit der betroffenen Person über eine Weiterbehandlung gesprochen haben und sich nicht sicher sind, ob die Finanzierung gesichert ist.

5.2.9 Erstellen eines Berichtes

Bedürfnisse nach Art	—
Bedürfnisse nach Maslow	—
Bedarfskategorien der Forschung	—
Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit nach Berns	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellen eines umfassenden Berichts, der dem interdisziplinären Team als Basis für das Verständnis über den Patienten oder die Patientin dient
Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit nach Roy	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellen eines Berichtes, der in Verbindung mit den medizinischen Daten zur Entwicklung eines Interventionsplans dient

Tabelle 11: Erstellen eines Berichtes (eigene Grafik, 2011)

Als Abschluss der Sozialen Diagnose erstellt der oder die Sozialarbeitende anhand der gesammelten Daten, Fakten und Eindrücke einen umfassenden Bericht. Dabei handelt es sich zwar nicht um ein Bedürfnis des Patienten oder der Patientin, für die anschließende Behandlung durch das interdisziplinäre Team ist dieser Bericht jedoch zentral, denn er gilt als Arbeitsgrundlage und Orientierungshilfe.

5.2.10 Zusammenfassung der vorgestellten Aufgabenbereiche

Anhand dieser Aufstellung wird sichtbar, welchen konkreten Beitrag die Klinische Sozialarbeit in der Schmerzmedizin leisten kann. Mit Hilfe der Sozialen Diagnose erfasst sie zuerst die medizinische Geschichte des Patienten oder der Patientin, danach werden die persönlichen Ziele und die Lebensziele erörtert. Weitere wichtige Bereiche stellen die finanzielle sowie die familiäre Situation und das soziale Umfeld des oder der Betroffenen dar. Danach müssen die Wohnsituation sowie die berufliche Situation abgeklärt werden, um sie gegebenenfalls den Bedürfnissen der Betroffenen anpassen zu können. Die Beratung der Patienten und Patientinnen in Rechtsfragen stellt einen weiteren wichtigen Aufgabenbereich

der Klinischen Sozialarbeit in der Schmerzmedizin dar. Zu den weiteren Aufgaben, die Klinische Sozialarbeitende im Rahmen der Sozialen Diagnosen wahrnehmen, gehören die Vernetzungsarbeit sowie die Koordination der verschiedenen Hilfeleistungen.

Ein Arbeitsinstrument, die verschiedenen genannten Bereiche zu erfassen, stellt die in Kapitel 4.1 vorgestellte Vier-Felder-Matrix von Hepworth, Rooney und Larsen dar. Mit dieser kann der Klinische Sozialarbeiter oder die Klinische Sozialarbeiterin erkennen, ob sich die Umgebungsfaktoren und die individuell-personalen Faktoren eher förderlich oder hinderlich auf die betroffene Person und deren Gesundheit auswirken. Bei dieser Aufstellung wird also nicht nur eruiert, was in der Vergangenheit der erkrankten Person kritisch war, sondern auch welche Ressourcen vorhanden sind, die beibehalten und gestärkt werden müssen. Die Vier-Felder-Matrix kann hilfreich sein, um Ziele zu definieren und daraus Interventionen abzuleiten.

Bei Frau B. könnte die Vier-Felder-Matrix folgendermassen aussehen:

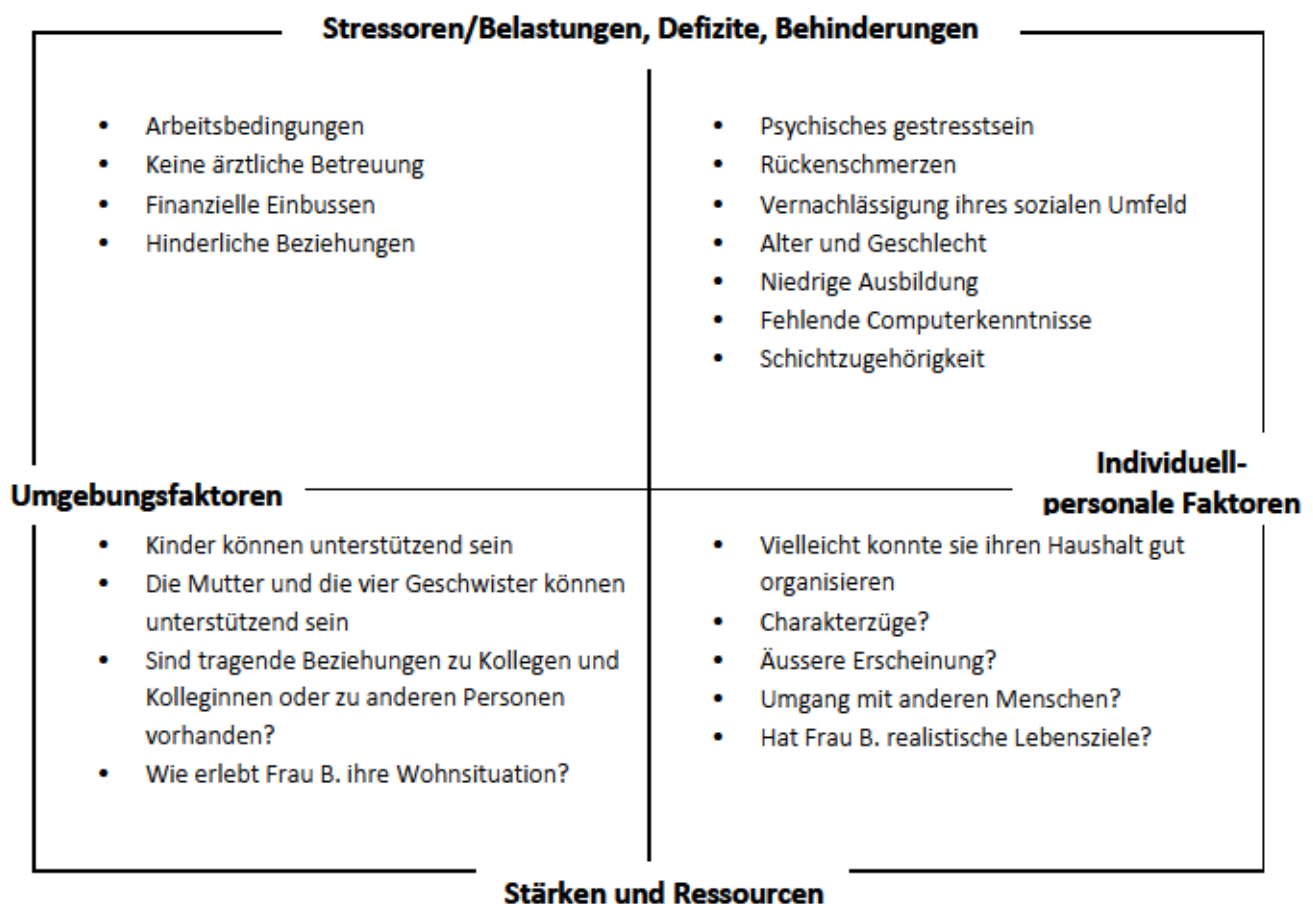


Abbildung 6: Vier-Felder-Matrix angewendet auf Frau B. (eigene Grafik, 2011)

Durch die Einteilung der Informationen, über die der Klinische Sozialarbeiter oder die Klinische Sozialarbeiterin bereits verfügt, erkennt er oder sie, in welchen Bereichen noch Angaben zu erfragen sind. Es ist beispielsweise unklar, wie Frau B. zum Vater ihrer Kinder

steht und ob die Beziehungen zur eigenen Mutter, zu ihren Geschwistern und zu ihren Kindern als tragend oder eher konflikthaft erlebt werden. Eventuell hat Frau B. weitere Personen in ihrem Umfeld, die für sie eine Ressource oder auch ein Risikofaktor darstellen. Der Klinische Sozialarbeiter oder die Klinische Sozialarbeiterin kann auch eigene Beobachtungen über die betroffene Person festhalten. Dies können zum Beispiel Charakterzüge sein und Merkmale zur äusseren Erscheinung, die sich auf die Schmerzerkrankung förderlich oder hinderlich auswirken können. So kann der Klinische Sozialarbeiter oder die Klinische Sozialarbeiterin beispielsweise darauf achten, wie Frau B. erzählt, ob sie eine offene Person ist, eigene Aussagen reflektiert, über ihre Gefühle berichtet etc.

Als Abschluss der Sozialen Diagnose ist ein Bericht zu erstellen, den das interdisziplinäre Behandlungsteam als Grundlage für die Weiterarbeit benutzt.

Die Soziale Diagnose dient auch dem Sozialarbeitenden oder der Sozialarbeitenden dazu, einen sozialarbeiterischen Handlungsbedarf zu generieren und daraus Aufgaben abzuleiten, die im Rahmen der interdisziplinären Behandlung bearbeitet werden. So ist es wichtig, dass der oder die Klinische Sozialarbeitende während des gesamten Behandlungsprozesses involviert bleibt, um gegebenenfalls mit den Betroffenen an einzelnen sozialen Problembereichen weiterarbeiten zu können. Basierend auf dem erstellten Bericht und den mit dem Patienten oder der Patientin besprochenen Behandlungsziele erarbeitet der Klinische Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin einen Interventionsplan.

Während der ganzen Behandlungsphase sind die erfolgten Interventionen genau zu dokumentieren. Auch allfällige Abweichungen vom Interventionsplan, die nach einer Zwischenbilanz des Behandlungsprozess erfolgen können, müssen festgehalten werden, um am Ende der Behandlung eine korrekte Evaluation vornehmen zu können.

Es handelt sich bei dieser Aufzählung weder um einen abschliessenden Aufgabenkatalog, noch ist die Reihenfolge der verschiedenen Bereiche zwingend einzuhalten. Weiter ist zu bemerken, dass die Soziale Diagnose zwar als anfängliches Beurteilungsinstrument der Situation des Patienten oder der Patientin dient, diese jedoch mit dem Bericht nicht abgeschlossen ist. Wie bereits in Kapitel 4.1 dargestellt wurde, ist sie ein Prozess, welcher über die ganze Behandlungsdauer angepasst und erweitert werden kann.

5.3 Schlussfolgerungen von Kapitel 5.1 und 5.2

Anhand dieses Kapitels konnten konkrete Aufgaben, welche die Klinische Sozialarbeit in der Behandlung von Schmerzpatienten und -patientinnen übernehmen kann, identifiziert werden. Die Autorinnen haben sich dabei auf verschiedene Quellen gestützt, um die Aufgaben möglichst vollständig definieren zu können.

In Kapitel 5.2 wurde deutlich, dass sich die beiden Handlungsansätze grundsätzlich decken, jedoch darin nicht für jedes Patientenbedürfnis eine Aufgabe definiert wurde. Denn es gibt auch Aufgaben, die sich nicht von den direkten Bedürfnissen der Betroffenen ableiten

lassen. Dennoch sind diese Aufgaben wichtig, um als Fachperson sorgfältig arbeiten zu können. Beispiele dafür sind das Erfassen der medizinischen Geschichte oder das Erstellen des Berichts am Ende der sozialen Diagnose, um dem interdisziplinären Team eine Handlungsgrundlage geben zu können.

Ganz wichtig erscheint es den Autorinnen, an dieser Stelle nochmals zu erwähnen, dass Klinische Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen ihr Tripelmandat berücksichtigen. Sie haben ihre Arbeit nicht nur nach den Bedürfnissen der Schmerzpatienten und -patientinnen zu richten, sondern auch nach den Vorgaben der Institution und indirekt der Gesellschaft. Somit nehmen sie auch konkrete Aufträge des Behandlungsteams an. Zusätzlich müssen sie bei allen Aufträgen, die sie ausführen, und bei ihrer gesamten Tätigkeit immer die Menschenrechte und den Berufskodex berücksichtigen. Sie geben wichtige Hinweise auf Werte nach der Fachpersonen der Sozialen Arbeit handeln müssen. Zusätzlich brauchen die Klinischen Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen wissenschaftsbegründete Arbeitsweisen.

5.4 Erfolgsnachweise der Klinischen Sozialarbeit im integrierten Schmerzbehandlungsteam

Im Folgenden soll die gegenwärtige Situation der Erfolgsmessung der sozialarbeiterischen Tätigkeit, also der Behandlung von chronischen Schmerzpatienten und -patientinnen, dargestellt werden. Die Autorinnen haben sich erhofft, klare Nachweise des Erfolges der Beteiligung der Klinischen Sozialarbeit im interdisziplinären Team darstellen zu können, um damit die Notwendigkeit der Implementierung dieser Fachrichtung begründen zu können. Anhand der Literaturrecherche wurde jedoch deutlich, dass diese Frage nicht einmal annähernd befriedigend beantwortet werden kann. Es liessen sich kaum Publikationen finden, die sich konkret mit dem Thema des Erfolgsnachweises der sozialarbeiterischen Tätigkeit in der Schmerzmedizin befassen.

Diese fehlende Evaluation der Arbeit scheint ein allgemeines Problem der Sozialarbeit zu sein, und betrifft keinesfalls nur die Arbeit mit Schmerzpatienten und -patientinnen. Bernard Badura (1999) bemerkt dazu, dass oftmals Leistungen erbracht werden, die gar nicht indiziert sind, und es deshalb umso wichtiger ist, die professionelle Handlung zu evaluieren und über sie Bericht zu erstatten. Denn auf Seite der Sozialarbeitenden wie auch auf Seite der Klienten und Klientinnen bestehe der klare Anspruch auf Transparenz, bezogen auf die Qualität der Leistungen (Risiken, Qualität der Behandlung, Ergebnisse etc.) (zit. in Homfeldt & Sting, 2006, S. 211).

Laut Homfeldt und Sting (2006) sind Sozialarbeitende, die evidenzbasiert arbeiten, dazu verpflichtet, ihre Tätigkeit berufsethisch und epistemologisch¹³ auszuführen, um ihren Klienten und Klientinnen die optimalsten Angebote bereitstellen zu können (S. 212). Dabei gibt es zwei Möglichkeiten, die eigene Tätigkeit auszuwerten und zu überprüfen. Zum einen

¹³ Siehe Glossar

kann diese, so Homfeldt und Sting (2006), anhand eines Konzeptes aus einer Bezugswissenschaft, zum anderen anhand eines Qualitätsparameters aus der eigenen Profession erfasst werden. Bei der ersten Option sei jedoch riskant, dass nur die Effizienz, Wirtschaftlichkeit und Quantifizierung als Kriterien herangezogen werden, um das Handeln wissenschaftlich zu begründen. Daher sei die zweite Erfassungsmöglichkeit geeigneter. Hier könne die Sozialarbeit „(. . .) entlang ihrer Handlungs- und Wirkungsmöglichkeiten qualitativ orientierte Verfahren der Evaluation und der Diagnostik einsetzen“ (S. 212). Sie müssen jedoch immer abgestimmt sein auf das konkrete Arbeitsfeld, in der Klinische Sozialarbeitende tätig sind.

Eine Möglichkeit, um die eigene Arbeit zu evaluieren, stellen sich die Autorinnen folgendermassen vor: Wie in Kapitel 5.2 dargestellt wurde, wird aufgrund der Sozialen Diagnose vor Beginn der sozialarbeiterischen Intervention ein Bericht verfasst. Dieser dient als Grundlage der Interventionsplanung, in der auch gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin Ziele festgelegt werden. Während des gesamten Behandlungsprozesses müssen sämtliche Interventionen und angewandten Methoden genau dokumentiert werden. Dies ist auch der Fall, wenn die Ziele und die entsprechenden Interventionen angepasst werden. Am Ende der Behandlung wird wiederum ein Bericht erstellt, um die aktuelle Situation des Patienten oder der Patientin darzustellen. Anschliessend wird der Bericht der Interventionsplanung, welcher als Grundlage für die Arbeit gedient hat, der Situation bei Behandlungsabschluss gegenübergestellt. So wird sichtbar, in welchen Bereichen sich Veränderungen ergeben haben. Anhand der Dokumentation, die während des Behandlungsprozesses erstellt wurde, lässt sich schliesslich erkennen, welche Interventionen zu einem Erfolg geführt haben.

Zu betonen ist hierzu jedoch, dass nie mit vollkommener Sicherheit bestimmt werden kann, ob wirklich (nur) diese sozialarbeiterische Intervention zum Erfolg geführt hat. Denn gemäss Silke Jakobs und Dieter Röh (2009) ist es für Klinische Sozialarbeitende schwierig, Wirksamkeitsnachweise mit völliger Eindeutigkeit aufzuzeigen, da sich für eine Humanwissenschaft wie der Sozialen Arbeit folgendes Problem eröffnet: „Die Komplexität von Handlung und Wirkung steigert i.d.R. die Anzahl der Einflussfaktoren (. . .) [gegen] unendlich“ (S. 217). Gerade im interdisziplinären Team stellt sich die Abgrenzung, welche Disziplin mit ihrer Intervention nun zu welchem Erfolg beigetragen hat, als schwierig heraus. Denn es sind sämtliche Interventionen aufeinander abgestimmt und diese enge Zusammenarbeit führt schliesslich zum Behandlungserfolg.

Im Beitrag von Berns (1978) zum unter Punkt 5.1.2 dargestellten Team Approach wird auf den Behandlungserfolg eingegangen. Anhand eines Fallbeispiels soll dieser aufgezeigt werden:

Mrs. S, a heavy-set, 57-year-old married woman on sick leave from her job as a restaurant chef, had recurrent back- and right-leg pain for eight years. Surgery for disc removal was performed, but she continued to complain of pain that ,hurts like

needles.' She was self-centered and fought depression by engaging in flurries of overactivity. She has specific ideas about what 'should be' and manipulated her six adult children (. . .) through her complaints of pain. The patient was placed on a narcotic withdrawal program. She also began a weight-reduction exercise program and was placed on a 1,500-calorie-a-day diet. Occasionally, Mrs. S would cheat on her diet when away from the center on weekends and would bring home-cooked food into the unit when she returned. This was discouraged, and Mrs. S learned other ways to relate to people. She started transcutaneous stimulation and experienced relaxation induction. She also began exercises in communication and assertiveness. She gradually became aware of her changeable and moody nature. She was seen individually by the social work to discuss her Italian-Catholic background, her life both in Italy and the United States, her marriage and family relationships, and her pride in her restaurant job. Her husband was seen in joint interviews and was asked to listen to relaxation-tapes and to join her ingroup sessions with other patients and their spouses. After five weeks Mrs. S was pain free and ready return to work. She had lost weight, her physical range of motion had increased, she was not on medication, and she controlled her blood pressure and tenseness through biofeedback techniques. She attempted to be more direct with her family (less manipulative) and began to change her priorities from the mother- to the wife-role. (S. 191)

Anhand dieses Fallbeispiels wird deutlich, dass der Fokus der sozialarbeiterischen Intervention klar auf den sozialen Faktoren liegt, die Probleme hervorrufen, und so einen Einfluss auf die Schmerzkrankheit haben können. Es wird mit der Patientin an der Verbesserung der sozialen Lebensumstände sowie an der Auflösung von problematischen Beziehungen und Rollen gearbeitet. Die extreme Verbesserung des Gesundheitszustandes von Frau S. ist sicher nicht nur den sozialarbeiterischen Intervention zuzuschreiben, doch eine solch enorme Verbesserung wäre laut Berns (1978) nicht möglich gewesen, wenn die Schmerzen nur medizinisch behandelt worden wären, ohne dabei den Fokus auf die Wechselwirkung zwischen der Persönlichkeit des Patienten oder der Patientin und dessen physischen Beschwerden zu legen (S. 192).

Und Frau S. ist kein Einzelfall. Berns (1978) beschreibt, dass die Verbesserung der allgemeinen Funktionsfähigkeit und die Senkung des Niveaus der Schmerzen von 60 bis 80 Prozent aller Patienten und Patientinnen, die das Behandlungsprogramm „Team Approach to Chronic Pain“ erfolgreich abgeschlossen haben, bestätigt wird (S. 192).

5.5 Schlussfolgerungen von Kapitel 5.4

Aus diesen Ausführungen geht deutlich hervor, dass in der Evaluation der sozialarbeiterischen Tätigkeiten grosse Defizite vorhanden sind. Durch diese Lücke war es den Autorinnen auch nicht möglich, die Wichtigkeit der sozialarbeiterischen Behandlung von Schmerzpatienten und -patientinnen aufgrund klarer Resultate zu begründen.

Um der Sozialarbeit als Handlungswissenschaft gerecht zu werden, ist es dringend nötig, die sozialarbeiterische Arbeit vermehrt zu evaluieren. Dies muss nicht mit vollständiger Eindeutigkeit erreicht werden, denn dafür ist die Klinische Sozialarbeit zu komplex. Doch durch die genaue Beschreibung der Interventionen und der Auswertung der Berichte, die zu Beginn und zum Schluss der Behandlung erstellt werden, könnte eine qualitative Evaluation geschehen.

Ein weiterer wichtiger Schritt wäre das Vorantreiben der Forschungskompetenzen der Sozialen Arbeit. Dies wäre in jenen Bereichen anzustreben, in denen ein Potential für ihre eigene Arbeit vorhanden ist und in welchen sie bisher gar keine oder eine unterlegene Stellung einnimmt. Die Schmerzmedizin ist dafür nur ein mögliches Beispiel.

6 Schlussfolgerungen für den Beruf und Empfehlung für die Praxis

Nachdem der Handlungsbedarf der Klinischen Sozialarbeit in der Schmerzmedizin anhand dieser Bachelorarbeit klar aufgezeigt werden konnte, geht es in diesem letzten Kapitel darum, in Kapitel 6.1 die Fragestellungen zu beantworten, und in Kapitel 6.2 Schlussfolgerungen für den Beruf zu ziehen. Weiter erläutern die Autorinnen in Kapitel 6.3 konkrete Forderungen zum Veränderungsbedarf in der Praxis und formulieren in Kapitel 6.4 einen Ausblick für die Praxis.

6.1 Beantwortung der Fragestellungen

Die Autorinnen haben eingangs folgende Hauptfragestellung formuliert, mit dem Ziel, den Beitrag der Klinischen Sozialarbeit in der Behandlung von Schmerzpatienten und -patientinnen in einem interdisziplinären Team darzustellen.

Welchen Beitrag kann die Klinische Sozialarbeit in der interdisziplinären Behandlung von Schmerzpatienten und -patientinnen leisten?

Um diese Hauptfrage beantworten zu können, haben die Autorinnen folgende drei Teilfragen formuliert:

- Welche konkreten Aufgaben kann die Klinische Sozialarbeit in der Schmerzmedizin leisten?
- Inwiefern trägt die Klinische Sozialarbeit im interdisziplinären Team zur Verbesserung des Behandlungserfolges bei?
- Wie ist das Angebot an sozialarbeiterischer Unterstützung in der Schmerzmedizin in der Schweiz und wie wird dieses anhand eines Vergleiches mit den Bedürfnissen der Schmerzpatienten und -patientinnen bewertet?

Anhand dieser Bachelorarbeit konnte in Kapitel 2 dargelegt werden, dass sowohl biologische, psychische und soziale Faktoren einen Einfluss und Auswirkungen auf chronische Schmerzen haben und dass diese in wechselseitiger Wirkung stehen. Demzufolge ist es wichtig, in der Schmerzbehandlung neben biologischen und psychischen Faktoren auch

soziale Aspekte zu berücksichtigen. Dies muss durch eine Fachperson der Disziplin geschehen, die auf die sozialen Aspekte des Menschen spezialisiert sind, also der Sozialarbeit.

In Kapitel 3 wurde dargestellt, dass Schmerzpatienten und -patientinnen ungedeckte Bedürfnisse haben, die hinter einem Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung in der Behandlung ihrer Schmerzerkrankung stehen. Trotz dieser erheblichen Nachfrage haben die Autorinnen ein fehlendes Angebot an Klinischen Sozialarbeitenden in den Schweizer Schmerzkliniken und -zentren aufgedeckt und dieses in Kapitel 4 dargestellt. Denn bis zum heutigen Tag besteht im Schmerzzentrum des Spitals Interlaken die einzige Stelle für einen Klinischen Sozialarbeiter im interdisziplinären Team zur Behandlung von chronischen Schmerzen, wobei Im Schmerzzentrum des St. Gallen noch in diesem Jahr eine entsprechende Stelle geschaffen wird.

Um aufzuzeigen, welche Aufgaben Klinische Sozialarbeitende übernehmen könnten, wurden in Kapitel 5.1 zwei Behandlungsmodelle von einem US-amerikanischen Autor und einer US-amerikanischen Autorin vorgestellt. Dabei haben sich die Autorinnen immer an den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen und ihrem Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung und wo möglich an den Einflussfaktoren auf chronische Schmerzen orientiert. So konnten in Kapitel 5.2 neun Bereiche identifiziert werden, in denen eine Fachperson der Klinischen Sozialarbeit intervenieren kann oder soll.

In Kapitel 5.4 wurde zudem aufgezeigt, dass es zurzeit noch wenige Nachweise gibt, inwiefern die Klinische Sozialarbeit zum Erfolg einer Behandlung beiträgt. Die Autorinnen haben jedoch eine Möglichkeit dargestellt, wie Klinische Sozialarbeitende ihre Tätigkeit evaluieren können, um in Zukunft einen solchen Nachweis gewährleisten zu können.

Die Autorinnen haben mit dieser Arbeit versucht, einen Beitrag zum Verständnis über die Notwendigkeit der Implementierung der Klinischen Sozialarbeit in das interdisziplinäre Schmerzbehandlungsteam zu leisten. Da es sich in der Schweiz um einen kaum entwickelten Berufszweig handelt, haben die Autorinnen mit der Darstellung der konkreten Aufgaben versucht, einen Beitrag zum besseren Verständnis für die Bedeutung der Klinischen Sozialarbeit in der Schmerzmedizin zu leisten und deutlich zu machen, welche Aufgaben die Klinische Sozialarbeit in der Behandlung von Schmerzpatienten und -patientinnen übernehmen kann.

6.2 Schlussfolgerungen für den Beruf

Wie bereits erwähnt, konnten vor allem im deutschsprachigen Raum Defizite in der Schmerzbehandlung aufgedeckt werden. Vertretende der Schmerzmedizin sagen über ihr Behandlungsangebot aus, dass dieses einem bio-psycho-sozialen Gesundheits- und

Krankheitsverständnis entspricht. Dabei betonen sie die ganzheitliche Beurteilung chronischer Schmerzkrankungen. Hier stellt sich den Autorinnen jedoch die Frage, wie eine Betrachtung, welche die Störungen im sozialen Bereich einer Person mit einbezieht, ohne Fachperson für ebendieses Gebiet möglich ist. Die Schmerzkliniken und -zentren müssen also aufgefordert werden, sich aktiv für die Implementierung der Klinischen Sozialarbeit in ihre Behandlungsteams einzusetzen.

Ziel dieser Bachelorarbeit war es, die Aufgabenfelder der Klinischen Sozialarbeit in der Behandlung von Schmerzpatienten und Patientinnen zu identifizieren. Im Folgenden werden nun wichtige Eigenschaften und Fertigkeiten zusammengefasst, über die ein Klinischer Sozialarbeiter oder eine Klinische Sozialarbeiterin nach Meinung der Autorinnen in der Behandlung von Schmerzpatienten und -patientinnen verfügen muss.

Um im Feld der Schmerzmedizin tätig sein zu können, braucht der oder die Sozialarbeitende ein umfassendes Wissen zum Kontext, in dem er oder sie arbeitet. Das beinhaltet Kenntnisse über die verschiedenen chronischen Schmerzkrankungen, über Behandlungsmöglichkeiten, über den Chronifizierungsprozess und über die Faktoren, die sich negativ auf die Gesundheit eines Menschen auswirken können. Von Vorteil sind auch Erfahrungen in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen, da ein erheblicher Teil der Patienten und Patientinnen an psychischen Problemen leidet.

Weiter sollte die Fachperson der Klinischen Sozialarbeit gute Kenntnisse zu den verschiedenen Sozialversicherungen und zu rechtlichen Fragen haben, da dieser Bereich eine wichtige Stellung in der Beratung von Menschen mit chronischen Schmerzen einnimmt.

Der oder die Sozialarbeitende muss in einem interdisziplinären Team arbeiten und Vernetzungsarbeit leisten können. Dafür ist es auch wichtig, das Angebot an Institutionen, Fachstellen, Stiftungen etc. in der Umgebung des Arbeitsortes zu kennen, um für die Betroffenen eine optimale externe Ressourcenerschließung leisten oder eine Triage herstellen zu können.

Der oder die Sozialarbeitenden sollte ressourcen- und lösungsorientiert arbeiten und eine wertschätzende, aufrichtige und geduldige Haltung einnehmen. Wie in Kapitel 4.1 ersichtlich wurde, ist auch das ethisch korrekte Handeln von grosser Bedeutung. Dafür ist es wichtig, neben dem Berufskodex der Sozialen Arbeit und den Menschenrechten auch die berufsethischen Prinzipien, beispielsweise des Deutschen Berufsverbandes für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik (DBSH), zu kennen und mit deren Anwendung vertraut zu sein.

Arbeitsinstrumente, die die Autorinnen in der Arbeit mit chronischen Schmerzpatienten und -patientinnen und speziell in der Erhebung der Sozialen Diagnose als hilfreich erachten, sind beispielsweise der Person-in-Environment Ansatz oder die Vier-Felder-Matrix von Dean H. Hepworth, Ronald H. Rooney und Jo Ann Larsen (beides beschrieben in Kapitel 4.1).

6.3 Forderungen zum Entwicklungs- und Veränderungsbedarf

Obschon es aussieht, als ob sich bei den Verantwortlichen in der Schmerzmedizin der Schweiz nach und nach ein Bewusstsein für die Wichtigkeit der Sozialarbeit in ihrem Gebiet entwickelt, besteht ein grosser Bedarf an der Verbesserung der Umstände. Nur so kann der der Klinischen Sozialarbeit den Weg als gleichberechtigte Profession ins interdisziplinäre Behandlungsteam geebnet werden.

6.3.1 Zertifizierung der Klinischen Sozialarbeit

Als Erstes müssten in der Schweizerischen Hochschullandschaft einheitliche Studiengänge entwickelt werden. Die Klinischen Sozialarbeitenden müssen die Möglichkeit haben, sich spezifisches Wissen zu ihrem Arbeitsfeld anzueignen. Wie in Kapitel 4.1 ersichtlich wurde, besteht in der Schweiz im Gegensatz zu Deutschland bisher keine Möglichkeit, ein Masterstudium in Klinischer Sozialarbeit oder wie in den USA mit Klinischem Schwerpunkt zu absolvieren.

Die Autorinnen sind der Ansicht, dass die USA über ein sinnvolles Ausbildungssystem für Klinische Sozialarbeitende verfügen und werden dieses deshalb anhand einer Publikation von Dentler (2005) im Folgenden kurz vorstellen. Dentler ist Professor an der Fachhochschule Kiel im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit und hat sich intensiv mit dem Ausbildungssystem für die Klinische Sozialarbeit den USA beschäftigt.

Der Regelabschluss an den US-amerikanischen Colleges oder Universitäten ist laut Dentler (2005) wie in der Schweiz der Bachelor in Sozialarbeit. Er beschreibt in folgendermassen:

[Der Abschluss zum Sozialarbeitenden ist] (. . .) zwar berufsqualifizierend und ermöglicht demnach den direkten Einstieg in fast alle Felder der Sozialen Arbeit. Wer allerdings höhere Qualifikationsansprüche hat oder ‚Supervisor‘ [oder ‚Supervisorin‘] im Sinne einer Leitungskraft werden möchte, muss ein Master-Degree nachweisen. Das gilt besonders für den klinischen Bereich: Beratung, Rehabilitation, Behindertenarbeit, Psychische Erkrankungen, Arbeit mit Senioren [und Seniorinnen], etc. Die dort tätigen [Sozialarbeiter und] Sozialarbeiterinnen sind – mit entsprechender Lizenz des jeweiligen Bundesstaats – auch psychotherapeutisch tätig. (S. 201)

Anhand dieser Ausführungen wird deutlich, dass ein abgeschlossenes Masterstudium mit dem Schwerpunkt der Klinischen Sozialarbeit in den USA in vielen Tätigkeitsfeldern als Voraussetzung gilt. Nach Ansicht der Autorinnen wird durch diese weiterführende Ausbildung der Stellenwert der Klinischen Sozialarbeit deutlich angehoben.

Nach dem Abschluss des Bachelor besteht laut Dentler (2005) die Möglichkeit, einen Master in Sozialarbeit mit klinischem Schwerpunkt zu erwerben. Darauf aufbauend müsse man den „Direct Practise“ erwerben, um als staatlich lizenzierter oder lizenzierte „Clinical Social Worker“ (LCSW) anerkannt zu werden. Dieser LCSW schliesse die Psychotherapie mit ein. Um diese Lizenz zu erhalten, müsse ein Sozialarbeiter oder eine Sozialarbeiterin mindestens zwei Jahre berufsbegleitende Supervision bei einem oder einer staatlich lizenzierten „Clinical Supervisor“ nachweisen können. Zudem sei ein schriftlicher Test zu bio-psycho-sozialen Zusammenhängen zu bestehen. Erwähnenswert sei hierzu, dass diese Lizenz von den Krankenkassen als Abrechnungsgrundlage anerkannt werde (S. 200).

Die Ausbildung zum oder zur „Social Worker“ ist in den USA innerhalb von Fachbereichen organisiert, wobei einer davon „Health and Human Services“ ist. Dentler (2005) konkretisiert dazu: „Der Begriff ‚health‘ bezieht sich dabei im Wesentlichen auf die Heilhilfsberufe, Krankenpflege und auf die Sozialarbeit“ (S. 199). Weiter führt Dentler aus, dass psychotherapeutische Leistungen in den USA in diesem Zusammenhang selten von Ärzten und Ärztinnen angeboten werden. Es seien meist Psychologen und Psychologinnen und Sozialarbeitende mit Master Degree und klinischer Spezialisierung, die diese Aufgabe wahrnehmen (S. 200).

Dentler weist in seinem Beitrag zum Ausbildungssystem der USA immer wieder darauf hin, dass Klinische Sozialarbeitende auch psychotherapeutisch tätig sind. Dadurch können klinische Institutionen einen breiteren Bedarf abdecken, denn der oder die Klinische Sozialarbeitende kann psychische wie auch soziale Problembereiche behandeln. In der Schweiz, wo sich die Ausbildung zur Klinischen Sozialarbeit auf die klassischen sozialarbeiterischen Interventionen beschränkt, müssen für die Abdeckung dieser Bereiche zwei Fachpersonen eingestellt und finanziert werden.

Aus dieser Tatsache entstand die Überlegung der Autorinnen, dass die Aufnahme der Psychotherapie in den Masterstudiengang für Klinische Sozialarbeit, wenn es ihn dann einmal geben sollte, die Lösung sämtlicher Probleme wäre. Es könnte eine Abrechnungsgrundlage für die Krankenkassen geschaffen werden und die Klinischen Sozialarbeitenden würden im interdisziplinären Team einen höheren Stellenwert erreichen. Durch ein Gespräch mit Elke Brusa, Dozentin an der Hochschule Luzern mit langjähriger Erfahrung als Klinische Sozialarbeiterin, wurden sie jedoch darüber informiert, dass dieser Schritt in der momentanen Situation zu keiner Verbesserung der Lage der Klinischen Sozialarbeit in der Schweiz führen würde. Denn die Psychotherapie würde entweder über die Zusatzversicherung der Krankenkasse abgerechnet oder nur dann von der Grundversicherung finanziert, wenn die Behandlung auf die Delegation eines Psychiaters oder einer Psychiaterin erfolge. Weiter führte Brusa aus, dass eine Weiterbildung in Psychotherapie nicht als Abrechnungsgrundlage anerkannt würde, wenn die behandelnde Person ursprünglich aus einem anderen Berufszweig wie beispielsweise der Sozialarbeit stamme (Gespräch vom 22. Juni 2011).

Trotzdem wäre eine einheitliche und zertifizierte Weiterbildungsmöglichkeit für Klinische Sozialarbeitende sehr wichtig, innerhalb des interdisziplinären Behandlungsteams mehr Akzeptanz zu erfahren und einen höheren Stellenwert zu erlangen. Sie könnten so ihre Kompetenzen gezielt stärken, was ihnen in ihrer klinischen Tätigkeit Sicherheit geben würde.

In Deutschland sind Bestrebungen vorhanden, sich diesen US-amerikanischen Standards zu nähern. Die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) (ohne Datum) ist der Ansicht, dass die Klinische Sozialarbeit in Deutschland nicht von der internationalen Entwicklung abgekoppelt bleiben soll. Deshalb hat die ZKS Anerkennungs- und Akkreditierungskriterien hinsichtlich der erforderlichen Berufspraxis definiert, und zwar in Anlehnung an die Standards des American Board of Examiners in Clinical Social Work (ABE)¹⁴.

Als Kriterien, die für die Anerkennung als Klinischer Sozialarbeiter oder Klinische Sozialarbeiterin mit einem Zertifikat der ZKS dienen, nennt sie Folgende (gemäss ZKS gelten diese Anerkennungskriterien zurzeit als Übergangsbestimmungen):

- Ein Fachhochschul-Diplom in Sozialarbeit bzw. Sozialpädagogik (oder ein Diplom in Pädagogik mit dem Studienschwerpunkt Sozialarbeit)
- Mindestens fünf Jahre Berufspraxis (mindestens 7500 Stunden) nach dem Hochschulabschluss mit Aufgabenstellungen im klinischen Bereich
- Weiterbildungen in Gesprächsführung, Beratung, Psycho- oder Soziotherapie in einem wissenschaftlich fundierten Verfahren im Umfang von mindestens 500 Unterrichtsstunden
- 50 Stunden Supervision
- Die Anerkennung der berufsethischen Prinzipien der ZKS
- Die Empfehlung eines Sozialpädagogen oder einer Sozialpädagogin beziehungsweise eines Sozialarbeiters oder einer Sozialarbeiterin, die über mindestens 5 Jahren Berufserfahrung verfügen (§12).

Im Jahr 2009 wurde in der Schweiz der Verein Clinical Social Work Switzerland (CSWS) gegründet. Auf der Homepage des CSWS (ohne Datum) wird das Ziel dieses Vereins folgendermassen beschrieben:

Der Verein Clinical Social Work Switzerland (CSWS) hat das Ziel, im Bereich der gesundheitspezifischen Beratung und Behandlung, der Wissenschaft und der Ausbildung Voraussetzungen für eine auf der Ebene der Adressatinnen und

¹⁴ Siehe Glossar

Adressaten wirksame Klinische Sozialarbeit zu schaffen, zu fördern und auszubauen. (¶12)

Dieser Verein steht mit seiner Arbeit jedoch noch am Anfang. Die Autorinnen konnten keine Anhaltspunkte finden, die auf ähnliche Bestrebungen wie die der ZKS, eine Zertifizierung der Klinischen Sozialarbeit einzuführen, hinweisen.

6.3.2 Selbstbewusstsein Klinischer Sozialarbeitenden stärken

Durch einen konkretisierten Studiengang in Klinischer Sozialarbeit würden die Ausgebildeten befähigt, selbstbewusster und kompetenter aufzutreten und eher auf gleiche Augenhöhe mit den Bezugsdisziplinen zu gelangen.

Die verschiedenen Weiterbildungsangebote führen zu einer Verzettelung des Wissens und zu ungleichen Voraussetzungen beziehungsweise ungleichem Wissensstand der Klinischen Sozialarbeitenden. Die Autorinnen würden die Einführung eines Masterstudiengangs in Klinischer Sozialarbeit oder mit klinischem Schwerpunkt begrüßen, um einheitliche Standards und Normen zu schaffen. Eine solche Ausbildung würde auch das Berufsverständnis und die -identität stärken. Denn der Bachelorstudiengang kann lediglich eine Grundausbildung anbieten, fachspezifische Kompetenzen können darin nur begrenzt angeboten werden.

Dem Berufsverständnis wäre es auch zuträglich, wenn vermehrt über die Klinische Sozialarbeit betreffende Themen gesprochen würde. So könnten Fachtagungen abgehalten werden, beispielsweise zur Arbeit in einem interdisziplinären Team oder über die speziellen Bedürfnisse von Schmerzpatienten und -patientinnen.

Brusa gibt aber auch zu bedenken, dass die fehlenden eigenen Theorien und das mangelnde Berufsverständnis unter anderem darauf zurückzuführen sind, dass es sich bei der Sozialarbeit um eine relativ junge Profession handelt und dass die Herausbildung eines Selbstverständnisses und die Entwicklung von entsprechenden Theorien Zeit braucht. Dennoch sei die untergeordnete Stellung der Sozialarbeit, im vorliegenden Fall der Klinischen Sozialarbeit in den interdisziplinären Behandlungsteams, nicht einfach so hinzunehmen und zu akzeptieren (Gespräch vom 22. Juni 2011). Das Ziel muss nach wie vor sein, sich als Profession zu etablieren und eine ebenbürtige Stellung im Kreis der anderen Disziplinen wie der Medizin oder der Psychotherapie zu erreichen.

6.3.3 Finanzierung Klinischer Sozialarbeit durch die Krankenkasse regeln

Wie in den Ausführungen zum amerikanischen Ausbildungssystem der Klinischen Sozialarbeit ersichtlich wurde, können lizenzierte Klinische Sozialarbeitende ihre Leistungen in den USA über die Krankenkassen abrechnen. Dies ist möglich, weil die sozialarbeiterische Tätigkeit die psychologische Behandlung einschliesst. Wie aus den Ausführungen unter Kapitel 6.3.1 hervorgeht, würde dieses Vorgehen in der Schweiz momentan keine Lösung des Abrechnungsproblems darstellen. Somit müssen alternative Möglichkeiten gefunden

werden, wie die Klinische Sozialarbeit finanziert werden kann. Dabei geht es vor allem um den ambulanten Bereich, denn die Arbeit der Klinischen Sozialarbeitenden in stationären Einrichtungen wie Krankenhäusern wird wie alle anderen Leistungen über eine Tagespauschale finanziert. Wie das Beispiel des Schmerzzentrums Nottwil zeigt, ist dies in der ambulanten Behandlung jedoch nicht möglich.

Dazu haben die Autorinnen folgende These aufgestellt: Die Abrechnung der ambulanten sozialarbeiterischen Leistungen über eine Tagespauschale ist nur dann möglich, wenn das Schmerzzentrum einer stationären Einrichtung angeschlossen ist (wie beispielsweise das ambulante Schmerzzentrum des Kantonsspital St. Gallen). Wenn es sich jedoch um ein eigenständiges, ambulantes Schmerzzentrum handelt, wie es in Nottwil der Fall ist, werden die Leistungen aller Disziplinen separat mit der Krankenkasse abgerechnet, in deren Leistungskatalog die Klinische Sozialarbeit jedoch nicht vertreten ist. Wie anhand dieser Bachelorarbeit aufgezeigt wurde, kann die Klinische Sozialarbeit mit ihren Interventionen aber einen wichtigen Beitrag zum Genesungsprozess der Patienten und Patientinnen leisten und so müsste die Klinische Sozialarbeit nach Meinung der Autorinnen unbedingt in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden.

Eine weitere Option wäre die Einführung von Tages- oder Fallpauschalen in den ambulanten Schmerzkliniken und -zentren, wie es beispielsweise in den ambulanten Heroin- und Methadon-Abgabeprogrammen längst der Fall ist.

6.4 Ausblick für die Praxis

Wie aus der vorliegenden Arbeit hervorgeht, gibt es Anzeichen für vermehrte Bestrebungen, die Klinische Sozialarbeit in der Schweiz, vor allem aber in Deutschland, zu etablieren.

Bei dem in dieser Bachelorarbeit behandelten Thema handelt es sich um ein grosses Feld mit erheblichem Ausbaupotential. So war es anhand dieser Arbeit auch nicht möglich, alles abzudecken, sondern lediglich einen Einblick in die Klinische Sozialarbeit in der Schmerzmedizin zu geben und zu versuchen, mögliche Tätigkeitsbereiche zu umschreiben.

Die Autorinnen denken, dass im Bereich der Klinischen Sozialarbeit noch viele weitere Themen vorhanden sind, die in einer Projekt- oder Bachelorarbeit behandelt werden könnten. Eine Möglichkeit wäre es, einen Evaluationsbogen zu entwickeln, um die Rückmeldung der Schmerzpatienten und -patientinnen zur Behandlung nach Abschluss ebendieser einholen zu können. Sobald sich die Klinische Sozialarbeit in den in Kapitel 4.3 erwähnten Schmerzzentren Interlaken und St. Gallen etabliert hat, wäre es wichtig, dort eine Evaluation über den Behandlungserfolg durchzuführen. Denn wie in Kapitel 5.4 deutlich wurde, lassen sich darüber bisher kaum gezielte Aussagen machen.

Die Autorinnen hoffen, dass in der Klinischen Sozialarbeit allgemein, und in der Arbeit mit Schmerzpatienten im Speziellen, in der Schweiz bald ein Professionalisierungsschub stattfindet und dass sie danach auf eine breite Zustimmung in der klinischen Praxis stossen wird.

Die intensive Auseinandersetzung mit diesem Praxisfeld und das Verfassen der Bachelorarbeit haben beide Autorinnen in ihrem Wunsch bestärkt, nach Abschluss des Studiums im klinischen Feld tätig zu sein. Ebenfalls interessieren sie sich sehr für den in Deutschland angebotenen Masterstudiengang für Klinische Sozialarbeit, hoffen jedoch, dass sich in absehbarer Zeit die Möglichkeit eines solchen Studiengangs auch in der Schweiz ergeben wird.

7 Literaturverzeichnis

- Ansen, Harald (2009). Klinische Sozialarbeit – ein methodenintegratives Konzept. In Albert Mühlum & Günter Rieger (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Wissenschaft und Praxis. Festschrift für Wolf Rainer Wendt* (S. 47-58). Lage: Jacobs-Verlag.
- Arlt, Ilse (2010). *Wege zu einer Fürsorgegesellschaft* (Band 2). Berlin & Wien: LIT Verlag.
- Benson, Suzanne B. & Dundis, Stephen P. (2003). Understanding and motivating health care employees: integrating Maslow's hierarchy of needs, training and technology. *Journal of Nursing Management*, 11, 315-320.
- Berns, Jacqueline (1978). Team approach to chronic pain. *Health and social work*, 3 (2), 182-192.
- Breivik, Harald; Collett, Beverly; Ventafridda, Vittorio; Cohen, Rob & Derek, Gallacher (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.
- Buchanan, Peter; Davies, Stephanie; Garton, Pam & Moseley, Lorimer (2010). *National Pain Strategy. Pain Management for all Australians*. Gefunden am 19. März 2011, unter http://www.iasp-pain.org/PainSummit/Australia_2010PainStrategy.pdf
- Catani, Piero (2011). *Sozialdienst Spital Interlaken*. Gefunden am 29. Mai 2011, unter <http://www.spitalfmi.ch/de/spital-interlaken/fachbereiche-interlaken-a-z/sozialdienst.html>
- Choinière, Manon; Dion, Dominique; Peng, Philip; Banner, Robert; Barton, Pamela M.; Boulanger, Aline et al. (2010). The Canadian STOP-PAIN project – Part 1: Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian Anesthesiologists' Society*, 57, 539-548.
- Clinical Social Work Switzerland (ohne Datum). *Klinische Sozialarbeit in der Schweiz: Ausdifferenzierung einer Fachsozialarbeit*. Gefunden am 14. Juni 2011, unter <http://www.klinische-sozialarbeit.ch/index.html>
- Dehmel, Stefanie (2008). Klinische Sozialarbeit als professionelle soziale Unterstützung. In Karlheinz Ortmann & Dieter Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Konzepte, Praxis, Perspektiven* (S. 17-33). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Dentler, Peter (2005). Clinical Social Work – eröffnet die Situation in den USA Perspektiven für Deutschland? In Brigitte Geissler-Piltz (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit* (S. 194-206). Münster: LIT Verlag.

- Egger, Josef W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16 (2), 3-12.
- Flöter, Thomas & Zimmermann, Manfred (2003). *Der Multimorbide Schmerzpatient*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus & Rönau-Böse, Maike (2009). *Resilienz*. Köln, Weimar & Wien: Böhlau Verlag.
- Gahleitner, Silke B. (2006, August). „ICD plus“ und „Therapie plus“ – Diagnostik und Intervention in der Klinischen Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 2 (Online-Sonderausgabe), 12-22.
- Geissler-Piltz, Brigitte; Mühlum, Albert & Pauls, Helmut (2005). *Klinische Sozialarbeit*. Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Golden, Janet M. & Steiner, Joseph R. (1981, August). Unique Needs of People with Chronic Pain. *Health and Social Work*, 6 (3), 47-53.
- Hafen, Martin (2007). *Grundlagen der systemischen Prävention – Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Hasenbring, Monika (2001). Biopsychosoziale Grundlagen der Chronifizierung am Beispiel von Rückenschmerzen. In Michael Zenz & Ilmar Jurna (Hrsg.), *Lehrbuch der Schmerztherapie. Grundlagen, Theorie und Praxis für Aus- und Weiterbildungen* (2. Aufl., S. 185-196). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft GmbH.
- Homfeldt, Hans G. & Sting, Stephan (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit – Eine Einführung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hošek, Martin (2011, Februar). Es lebe der Unterschied! Plädoyer für einen Ausdifferenzierungsprozess am Beispiel der Klinischen Sozialarbeit. *Sozial Aktuell*, 11 (2), 34-35.
- Huber Näf, Kathrin & Seehafer Baumeler, Monika (2009). *Sozialarbeit in der Schmerzlinik Nottwil – ja oder nein*. Unveröffentlichter Forschungsbericht. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Jakobs, Silke & Röh, Dieter (2009). Rehabilitationsforschung und Klinische Sozialarbeit zwischen Evidenzbasierung und Evaluation. In Silke Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – Forschung aus der Praxis – Forschung für die Praxis. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* (2. Aufl., S. 204-222). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kottler, Anna (2004). *Psychosoziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit. Bedarf und Kompetenzen*. Lage: Jacobs-Verlag.

- Kulbe, Annette (2001). *Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Lehrbuch für Pflegeberufe*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Lasch, Kathryn E. (2002, Dezember). *Culture and Pain. Pain Clinical Updates*. Gefunden am 19. März 2011, unter www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=Home,Home,Home,Home,Home,Home,Home,Home,Home&SECTION=Home,Home,Home,Home,Home,Home,Home,Home&CONTENTID=7578&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm
- Lindner, Martin (2007). Killer im Kopf. *NZZ Folio*, 7 (1), ohne Seitenangabe.
- Lischer, Suzanne (2010). *Der Suchtbegriff – Theorien und Erklärungsmodelle*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Maslow, Abraham Harold (2008). *Motivation und Persönlichkeit* (11. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Montague, John & Rosner Stein, Vicki (1998). Social work's role in managing chronic pain. *Dimensions*, 4, 23-26.
- Mühlum, Albert (2005). Professionalisierungsschritte der Klinischen Sozialarbeit. In Brigitte Geissler-Piltz (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern Klinischer Sozialarbeit* (S. 184-193). Münster: LIT Verlag.
- Müller-Mundt, Gabriele (2005). *Chronischer Schmerz. Herausforderungen für die Versorgungsgestaltung und Patientenedukation*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Nilges, Paul & Traue, Harald C. (2007). Psychologische Aspekte des Schmerzes. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 28 (3), 302-322.
- Ortmann, Karlheinz & Röh, Dieter (2008). *Klinische Sozialarbeit. Konzepte, Praxis, Perspektiven*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Ortmann, Karlheinz (2010, 22. Oktober). Klinische Sozialarbeit – Wie geht es voran? Sozialarbeit in Österreich. *Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik, Sondernummer*, 18-21.
- Pauls, Helmut (2011). *Klinische Sozialarbeit – Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim & München: Juventa Verlag.
- Roy, Ranjan (1981, August). Social Work and Chronic Pain. *Health and Social Work*, 6 (3), 54-62.
- Schmerzzentrum Zofingen (ohne Datum/a). *Schmerzkreis nach Loeser und Vollin*. Gefunden am 10. Mai 2011, unter http://www.schmerzzentrum.ch/schmerz/chronischer_schmerz_1.php

- Schmerzzentrum Zofingen (ohne Datum/b). *Schmerzkreis nach Loeser und Vollin*. Gefunden am 10. Mai 2011, unter http://www.schmerzzentrum.ch/schmerz/chronischer_schmerz_2.php
- Schmerzzentrum Zofingen (ohne Datum/c). Schmerzkreis nach Loeser und Vollin. Gefunden am 10. Mai 2011, unter http://www.schmerzzentrum.ch/schmerz/chronischer_schmerz_3.php
- Schmerzzentrum Zofingen (2002). *Unsere Philosophie*. Gefunden am 10. Mai 2011, unter <http://www.schmerzzentrum.ch/schmerzzentrum/philosophie.php>
- Schmid, Otto (2010). *Motivational Interviewing*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Schnetzler, Rita (2005). Tiefere Kosten dank mächtigen „Konsumenten“? *Managed Care*, 3, 23-25.
- Soost, Wolfgang (2004). *Musiktherapie bei chronischen Schmerzen. Evaluation eines neuen Selbsthilfegruppenangebots*. Diplomarbeit im Rahmen des integrierten Studiengangs für Sozialpädagogik und Sozialarbeit. Universität-Gesamthochschule Siegen der AOK-Rheinland in Köln.
- Stanos, Steven & Houle, Timothy T. (2006). Multidisciplinary and Interdisciplinary Management of Chronic Pain. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 17, 435-450.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis – Ein Lehrbuch*. Bern, Stuttgart & Wien: Haupt Verlag.
- Subramanian, Karen (1988). Social work and the treatment of chronic pain. *Health and Social Work*, 13 (4), 49-60.
- Universität Manitoba, USA (Ohne Jahr). *Ranjan Roy*. Gefunden am 15. Mail 2011, unter <http://www.ranjanroy.com/>
- Weiss, Johannes (2009a). Keine unbegrenzten Möglichkeiten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 134 (30), 1506-1507.
- Weiss, Johannes (2009b). Abrechnung im Minutentakt. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 134 (36), 1728-1729.
- Wilkinson, Richard & Marmot, Michael (2004). Soziale Determinanten von Gesundheit. *Die Fakten*, 2, 5-39.

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ohne Datum). *Anerkennung als Fachsozialarbeiter/in für Klinische Sozialarbeit (ZKS)*. Gefunden am 14. Juni 2011, unter <http://www.klinische-sozialarbeit.de/>

Zentrum für Schmerzmedizin (ohne Datum). *(Be)handeln! Statt Leiden. Sehen, Verstehen, Umsetzen*. Gefunden am 12. Mai 2011, unter <http://www.paranet.ch/de/pub/zsm/schmerzmedizin.htm#i12208>

Titelbild

Schweizer Fernsehen SF (ohne Datum). *Hitze und Dürre im Juli und August?* Gefunden am 15. Juni 2011, unter <http://meteo.sf.tv/sfmeteo/wwn.php?id=200806261731>

8 Anhang

A Glossar

ABE: Das American Board of Examiners in Clinical Social Work (ABE) ist eine amerikanische Qualifikationsprüfungsorganisation. Sie wurde von und für den Berufsstand der Clinical Social Work entwickelt. Das ABE legt nationale Praxis-Standards fest, nimmt Qualifikationsprüfungen für Fachleute der Clinical Social Work ab und publiziert wichtige Informationen für Kliniker und Klinikerinnen.

(Quelle: Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ohne Datum). *Anerkennung als Fachsozialarbeiter/in für Klinische Sozialarbeit (ZKS)*. Gefunden am 10. Juni 2011, unter <http://www.klinische-sozialarbeit.de/>)

Ätiologisch: Ätiologisch meint allgemein Ursache. Genauer bedeutet es die Lehre von den Krankheitsursachen. Die Ätiologie psychischer Störungen ist eine unverzichtbare Grundlage einer gezielten Psychotherapie.

(Quelle: Häcker, Hartmut & Stapf, Kurt H. (1998). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (13. Aufl.). Bern, Göttingen, Toronto & Seattle: Verlag Hans Huber.)

Ecogramm: Ecogramm heisst ecological map. Es ist ein Instrumentarium zur Erfassung und strukturierten Aufstellung der Klienten- und Klientinnensituation. Es ermöglicht eine Situationserfassung, sowie die Planung und Hilfestellung, die Erfassung von Dienstleistungen und der Intervention.

(Quelle: Fuchs, Ursula (2008). *BA – Modul 102: Genogramm*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.)

Epistemologisch: Das Wort kommt vom griechischen und bedeutet wissend, kundig. Es meint die Wissenschaftslehre und die Erkenntnistheorie der wissenschaftlichen Erkenntnis (Prinzipien, Methoden etc.).

(Quelle: Häcker, Hartmut & Stapf, Kurt H. (1998). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (13. Aufl.). Bern, Göttingen, Toronto & Seattle: Verlag Hans Huber.)

Epistemologie, genetisch: Epistemologie ist eine von Piaget entwickelte Theorie der psycho- und soziogenetischen Voraussetzungen der Entwicklung von Erkenntnis beziehungsweise des Wachstums (der Begriffe und Operationen).

(Quelle: Häcker, Hartmut & Stapf, Kurt H. (1998). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (13. Aufl.). Bern, Göttingen, Toronto & Seattle: Verlag Hans Huber.)

Genogramm: Ein Genogramm ist ein analytisches Instrumentarium zur Darstellung eines Familienstammbaumes über viele Generationen. Es ermöglicht einen schnellen Überblick

über komplexe Strukturen. Genogramme visualisieren Informationen und Daten und dienen zur Unterstützung von Gesprächen.

(Quelle: Weber, Esther (2005). *Beratungsmethodik in der Sozialarbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern* (2. Aufl.). Luzern: Interact.)

Kognitiv behavioral: Darunter werden diejenigen Therapiemethoden zusammengefasst, die auf den Erkenntnisstand der empirischen Psychologie aufgebaut und entwickelt wurden. Einerseits sind das die behavioristisch-lerntheoretisch begründeten Methoden und andererseits Therapien, die den Kognitionen einen zentralen Stellenwert zumessen (§1).

(Quelle: Homepage von Stefan Hartmann (Ohne Jahr). *Verhaltenstherapeutische Aspekte der Behandlung somatischer Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der multiplen Sklerose*. Gefunden am 29. Juni 2011, unter <http://www.stefan-marmann.de/verhaltenstherapie-multiple-sklerose/definitionen-verhaltenstherapie.html>)

Nozizeptisch: Nozizeptisch meint die Nozizeptoren betreffend. Nozizeptoren sind die Schmerzpunkte am Körper. Es sind punktförmige Hautstellen, die von Schmerznervenendungen versorgt und daher schmerzempfindlich sind.

(Quelle: Häcker, Hartmut & Stapf, Kurt H. (1998). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (13. Aufl.). Bern, Göttingen, Toronto & Seattle: Verlag Hans Huber.)

Reiz-Antwort-Modell: Das im 19. Jahrhundert von der Physik erstellte Modell des Reiz - Reaktion - Prinzips der Mechanik prägte die Medizin. Dieses Denkmodell stützte sich auf biologische Beschaffenheiten. Im daraufhin entwickelten biomedizinischen Krankheitsmodell stellt Krankheit eine lokalisierbare Störung dar, die wie bei einer Maschine behoben werden kann. Die Schmerzerkrankung übernimmt in dieser naturwissenschaftlichen Denkweise die Signalfunktion einer Betriebsstörung, auf die nach einem vorgegebenen Handlungsplan reagiert werden kann. Es wird von einer einfachen linearen Ursachen- Wirkungs- Reaktion ausgegangen.

(Quelle: Huber Näf, Kathrin & Seehafer Baumeler, Monika (2009). *Sozialarbeit in der Schmerzlinik Nottwil – ja oder nein*. Unveröffentlichter Forschungsbericht. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.)

Somatisierung: Somatisierung meint den Übergang seelischer Konflikte in eine Organerkrankung (z.B. Magengeschwür). → **Somatisierungsstörung:** Kennzeichnend für diese Störung sind vielfältige, oft wechselnde und wiederholt auftretende körperliche Symptome ohne nachweisbare körperliche Ursachen. Es können alle Körperteile betroffen sein, wobei Schmerzen besonders häufig sind.

(Quelle: Häcker, Hartmut & Stapf, Kurt H. (1998). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (13. Aufl.). Bern, Göttingen, Toronto & Seattle: Verlag Hans Huber.)

B Rechercheprotokoll von Bachelor-Arbeiten **Sarah Humbel und Sarah Ulrich**

Vorbereitende Recherche:

Suche im IDS-Katalog nach den Schlagwörtern „Klinische Sozialarbeit“, „Gesundheit/Krankheit/Schmerz“, „Bio-psycho-soziales Modell“, „Salutogenese“, „Schmerzmedizin“

Suche in verschiedenen Datenbanken nach den Schlagwörtern „Schmerz“, „Schmerz und Soziale Arbeit“, „Schmerzmedizin“, „Gesundheitswesen in der Schweiz“, „Gesundheitswesen der USA“

Literaturverzeichnis

Klinische Sozialarbeit:

- Ansen, Harald (2009). Klinische Sozialarbeit – ein methodenintegratives Konzept. In Albert Mühlum & Günter Rieger (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Wissenschaft und Praxis. Festschrift für Wolf Rainer Wendt* (S. 47-58). Lage: Jacobs-Verlag.
- Becker-Bikowski, Kirsten (2008). Psychosoziale Arbeit in der Klinik. In Silke B. Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* (1. Aufl., S. 176-186). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bosshard, Marianne (2008). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. In Silke B. Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* (1. Aufl., S. 151-162). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Clinical Social Work Switzerland (ohne Datum). *Klinische Sozialarbeit in der Schweiz: Ausdifferenzierung einer Fachsozialarbeit*. Gefunden am 14. Juni 2011, unter <http://www.klinische-sozialarbeit.ch/index.html>

- Dehmel, Stefanie (2008). Klinische Sozialarbeit als professionelle soziale Unterstützung. In Karlheinz Ortmann & Dieter Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Konzepte, Praxis, Perspektiven* (S. 17-33). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Gahleitner, Silke B. (2006, August). „ICD plus“ und „Therapie plus“ – Diagnostik und Intervention in der Klinischen Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 2 (Online-Sonderausgabe), 12-22.
- Gahleitner, Silke B. & Hahn, Gernot (2008). *Klinische Sozialarbeit – Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* (1. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, Silke B. & Miethe, Ingrid (2009). Forschungsethik in der Klinischen Sozialarbeit. In Silke B. Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – Forschung aus der Praxis – Forschung für die Praxis. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* (2. Aufl., S. 59-69). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Geissler-Piltz, Brigitte (2005). *Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern Klinischer Sozialarbeit*. Münster: LIT-Verlag.
- Geissler-Piltz, Brigitte & Gerull, Susanne (2009). *Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings*. Opladen & Farmington Hills: Budrich UniPress Ltd.
- Geissler-Piltz, Brigitte; Mühlum, Albert & Pauls, Helmut (2005). *Klinische Sozialarbeit*. Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hahn, Gernot & Pauls, Helmut (2008). Bezugspunkte Klinischer Sozialarbeit. In Silke B. Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* (1. Aufl., S. 22-43). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Homfeldt, Hans G. & Sting, Stephan (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit – Eine Einführung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hošek, Martin (2011, Februar). Es lebe der Unterschied! Plädoyer für einen Ausdifferenzierungsprozess am Beispiel der Klinischen Sozialarbeit. *Sozial Aktuell*, 11 (2), 34-35.
- Huntington, June (1986). The proper contributions of social workers in health care. *Soc Sci Med*, 22 (11), 1151-1160.
- Keupp, Heiner (2009). Welche Ressourcen benötigen Kinder und Jugendliche? Perspektiven des aktuellen Kinder- und Jugendberichts. In Silke B. Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – Forschung aus der Praxis – Forschung für die Praxis. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* (2. Aufl., S. 92-105). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kottler, Anna (2004). *Psychosoziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit. Bedarf und Kompetenzen*. Lage: Jacobs-Verlag.
- Kraus, Sibylle (2003). Wie positioniert sich die Sozialarbeit in der aktuellen Diskussion im Gesundheitswesen? *Forum Sozial*, 3 (2), 34-36.
- Mühlum, Albert (2005). Professionalisierungsschritte der Klinischen Sozialarbeit. In Brigitte Geissler-Piltz (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern Klinischer Sozialarbeit* (S. 184-193). Münster: LIT-Verlag.
- Mühlum, Albert (2008). Klinische Sozialarbeit und Gesundheitsförderung. In Silke B. Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* (1. Aufl., S. 62-74). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mühlum, Albert & Gahleitner, Silke B. (2008). Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit – Professionstheoretische Annäherung und professionspolitische Folgerungen. In Silke B. Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* (1. Aufl., S. 44-59). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Ortiz-Müller, Wolf (2008). Psychosoziale Krisenintervention – Systemische Perspektiven. In Silke B. Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* (1. Aufl., S. 110-124). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Ortman, Karlheinz (2010, 22. Oktober). Klinische Sozialarbeit – wie geht es voran? *Sozialarbeit in Österreich. Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik, Sondernummer*, 18 – 21.
- Ortman, Karlheinz & Röh, Dieter (2008). *Klinische Sozialarbeit. Konzepte, Praxis, Perspektiven*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Pauls, Helmut (2011). *Klinische Sozialarbeit – Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim & München: Juventa Verlag.
- Schulze, Heidrun (2008). Interkulturelle Fallarbeit – Einlassen auf plurale Realitäten. In Silke B. Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* (1. Aufl., S. 75-93). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Staub, Heinz-Alex (2009). Praxisforschung in der klinischen Sozialarbeit – dargestellt anhand einer Fallstudie. In Silke B. Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – Forschung aus der Praxis – Forschung für die Praxis. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* (2. Aufl., S. 118-137). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ohne Datum). *Anerkennung als Fachsozialarbeiter/in für Klinische Sozialarbeit (ZKS)*. Gefunden am 14. Juni 2011, unter <http://www.klinische-sozialarbeit.de/>
- Zurhorst, Günter (2008). Klinische Sozialarbeit in der Schule. In Silke B. Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* (1. Aufl., S. 137-150). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Gesundheit, Krankheit, Schmerz:

- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Egger, Josef W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16 (2), 3-12.
- Engelke, Ernst; Borrmann, Stefan & Spatscheck, Christian (2008). *Theorien der Sozialen Arbeit – Eine Einführung* (4. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus & Rönna-Böse, Maïke (2009). *Resilienz*. Köln, Weimar & Wien: Böhlau Verlag.
- Hafen, Martin (2007). *Grundlagen der systemischen Prävention – Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Hofreuter, Kerstin; Koch, Uwe & Morfeld, Matthias (2008). Die Bedeutung sozialer Ungleichheit als Prädiktor für die berufliche Wiedereingliederung von chronischen Rückenschmerzpatienten nach medizinischer Rehabilitation. *Gesundheitswesen*, 70, 145-153.
- Kunz, Regina; Khan, Khalid S.; Kleijnen, Jos & Antes, Gerd (2009). *Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen. Eine Einführung in Instrumente der evidenzbasierten Medizin für Ärzte, klinische Forscher und Experten im Gesundheitswesen*. Bern: Huber.
- Larsen, Reinhard (2005). Das Glück ist nur ein Traum und der Schmerz die Wirklichkeit. *Anaesthetist*, 3, 191.
- Lindner, Martin (2007). Killer im Kopf. *NZZ Folio*, 7 (1), ohne Seitenangabe.
- Lischer, Suzanne (2010). *Der Suchtbegriff – Theorien und Erklärungsmodelle*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.

- Merskey, Harald & Bogduk, Nikolai (1994) *IASP Pain Terminology*. Gefunden am 23. März 2011, unter http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728
- Michel, Sabine; Günther, Klaus-Peter; Joraschky, Peter; Reichmann, Heinz; Koch, Thea & Eberlein-Gonska, Maria (2007). Interdisziplinarität in der chronischen Schmerztherapie – Etablierung eines neuen fachübergreifenden Zentrums am Universitätsklinikum Dresden auf der Grundlage eines Vertrages zur integrierten Versorgung. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 101 (3), 165-171.
- Möhring, Peter & Terje, Neraal (1991). *Psychoanalytisch orientierte Familien- und Sozialtherapie – Das Giessener Konzept in der Praxis*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Nilges, Paul & Traue, Harald C. (2007). Psychologische Aspekte des Schmerzes. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 28 (3), 302-322.
- Schmerzzentrum Zofingen (ohne Datum/a). *Schmerzkreis nach Loeser und Vollin*. Gefunden am 10. Mai 2011, unter http://www.schmerzzentrum.ch/schmerz/chronischer_schmerz_1.php
- Schmerzzentrum Zofingen (ohne Datum/b). *Schmerzkreis nach Loeser und Vollin*. Gefunden am 10. Mai 2011, unter http://www.schmerzzentrum.ch/schmerz/chronischer_schmerz_2.php
- Schmerzzentrum Zofingen (2002). *Unsere Philosophie*. Gefunden am 10. Mai 2011, unter <http://www.schmerzzentrum.ch/schmerzzentrum/philosophie.php>
- Schnetzler, Rita (2005). Tiefere Kosten dank mächtigen „Konsumenten“? *Managed Care*, 3, 23-25.
- Schwarz, Reinhold & Singer, Susanne (2008). *Einführung Psychosoziale Onkologie*. München & Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Soost, Wolfgang (2004). *Musiktherapie bei chronischen Schmerzen. Evaluation eines neuen Selbsthilfegruppenangebots*. Diplomarbeit im Rahmen des integrierten Studiengangs für Sozialpädagogik und Sozialarbeit. Universität-Gesamthochschule Siegen der AOK-Rheinland in Köln.
- Wilkinson, Richard & Marmot, Michael (2004). Soziale Determinanten von Gesundheit. *Die Fakten*, 2, 5-39.
- Weissenberger-Leduc, Monique (2009). Der Umgang mit Schmerzzuständen des Patienten. *Pro Care*, 2 (1), 20-25.
- Zenz, Michael & Jurna, Ilmar (2001). *Lehrbuch der Schmerztherapie. Grundlagen, Theorie und Praxis für Aus- und Weiterbildungen* (2. Aufl.). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft GmbH.

Chronischer Schmerz:

- Brevik, Harald; Collett, Beverly; Ventafridda, Vittorio; Cohen, Rob & Derek, Gallacher (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.
- Choinière, Manon; Dion, Dominique; Peng, Philip; Banner, Robert; Barton, Pamela M.; Boulanger, Aline et al. (2010). The Canadian STOP-PAIN project – Part 1: Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian Anesthesiologists' Society*, 57, 539-548.
- Flöter, Thomas & Zimmermann, Manfred (2003). *Der Multimorbide Schmerzpatient*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- International Association for the Study of Pain (2009). Research on coping with chronic pain: The importance of active avoidance of inappropriate conclusions. *PAIN*, 147, 3-4.
- Müller-Mundt, Gabriele (2005). *Chronischer Schmerz. Herausforderungen für die Versorgungsgestaltung und Patientenedukation*. Bern: Verlag Hans Huber.

Frage 1: Welche konkreten Aufgaben kann die Soziale Arbeit in der Schmerzmedizin leisten?

Datum	Zeitdauer	Suchbegriff	Such-instrument	Auswahl-kriterium	aufbewahrtes Dokument	Quellentyp	Inhalt	Relevanz
13.3.2011	10 Min	Interdisziplinarität AND Schmerzbehandlung	Springerlink	Hohe Aktualität, Nachprüfbarkeit des Inhalts möglich, Erkennbarkeit und Renommee der Autoren und Autorinnen und der Quelle, zeigt den Stand der integrierten Schmerzbehandlung in Deutschland, doch kein direkter Bezug zur Sozialen Arbeit oder angemessene Beantwortung der Fragestellung	Göbel, Hartmut; Heinze, Axel; Heinze-Kuhn, Katja; Henkel, Karsten; Roth, Andrea & Rüschemann, Hans-Heinrich (2009). Entwicklung und Umsetzung der integrierten Versorgung in der Schmerztherapie – Das bundesweite Kopfschmerzbehandlungsnetz. <i>Der Schmerz</i> , 23 (6, 48), 653-670.	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Die aktuelle Situation der integrierten Versorgung in Deutschland wird dargestellt. Erklärungswissen: Der Zusammenhang der integrierten Versorgung und des Erfolg der Behandlung des chronischen Schmerzes wird aufgezeigt. Schlüsselwörter sind „integrierte Versorgung, Schmerztherapie, Kopfschmerzbehandlungsnetz, Schmerztherapeuten und -therapeutinnen, Versorgungsprojekt“.	*
13.3.2011	10 Min	Soziale Arbeit UND Schmerzbehandlung	Springerlink	Hohe Aktualität, Nachprüfbarkeit des Inhalts möglich, Erkennbarkeit und Renommee der Autoren und Autorinnen und der Quelle, keine angemessene Beantwortung dieser Fragestellung, doch brauchbar für	Schmidt, Carsten; Nilges, Paul; Kohlmann, Thomas & Kröner-Herwig, Birgit (2010). Epidemiologie und Genetik – Soziale Ungleichheit und Schmerzstörungen in Deutschland. <i>Der Schmerz Supplement</i> , 24, 1-48.	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Der Zusammenhang zwischen der sozialen Schicht und den Schmerzen wird aufgezeigt.	**

				Darstellung der Risiko- und Schutzfaktoren				
13.3.2011	20 Min	Social Work AND Chronic Pain	Springerlink	Deckt alle Schlagwörter der Fragestellung ab, liefert einige Antworten zur Fragestellung, hohe Aktualität	Colo' n, Yvette & Otis-Green, Shirley (2008). Roles of Social Workers in Interdisciplinary Pain Management. <i>Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy</i> , 22 (4), 303-305.	Zeitschriftenartikel	Erklärungswissen: Die Autorinnen erklären die Aufgaben von Sozialarbeitenden in der interdisziplinären Behandlung von chronischen Schmerzpatienten und -patientinnen.	**
13.3.2011	10 Min	Social Work AND Chronic Pain	Springerlink	Deckt alle Schlagwörter der Fragestellung ab, nicht mehr ganz aktuell	Siemann, Jackie D. (1996). Attitudes toward and knowledge of chronic pain. A Survey of Medical Social Workers. <i>Health & Social Work</i> , 21 (2), 122-122.	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Der Artikel enthält eine Studie zum Wissen über Schmerzmedizin der Klinischen Sozialarbeitenden.	**
13.3.2011	110 Min	Social Work AND Chronic Pain	Pubmed	Deckt alle Schlagwörter der Fragestellung ab, liefert konkrete Antworten auf die Fragestellung, renommierte Autorin, inhaltliche Differenziertheit, hohe Aktualität	MacDonald, Judy E. (2000). A deconstructive turn in chronic pain treatment. A Redefined Role for Social Work. <i>Health & Social Work</i> , 25 (1), 51-58.	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Es werden Behandlungsansätze in der chronischen Schmerzmedizin sowie die Rolle der Sozialarbeitenden beschrieben.	***
19.3.2011	50 Min	Social Work	Suche unter www.iasp-pain.org	Hohe Aktualität, anerkannte Quelle (weltweite Schmerzvereinigung), alle Schlagwörter der Fragestellung sind vorhanden	Lasch, Kathryn E. (2002, Dezember). <i>Culture and Pain. Pain Clinical Updates</i> . Gefunden am 19. März 2011, unter www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=Home,Home,Home,Home,Home,Home,Home,Home&SECTION=Home,Home,Home,Home,Home,Home,Home,Home&CONTENTID=7578&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm	Online Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen, Erklärungswissen und Bewertungswissen: Das bio-psycho-soziale Modell wird aufgezeigt. Die Wichtigkeit der bio-psycho-sozialen Betrachtung von Schmerzen wird dargestellt.	**
19.3.2011	40 Min	Social Work	Suche unter www.iasp-pain.org	Hohe Aktualität, renommierte Quelle, alle Schlagwörter der Fragestellung sind vorhanden, Adressatenschaft sind Fachpersonen aus der Schmerzmedizin,	Buchanan, Peter; Davies, Stephanie; Garton, Pam & Moseley, Lorimer (2010). <i>National Pain Strategy . Pain Management for all Australians</i> . Gefunden am 19. März 2011, unter http://www.iasp-pain.org/PainSummit/Australia_2010PainStrategy.pdf	Graue Literatur Internetseite	Beschreibungswissen und Erklärungswissen: Verschiedene Schmerzformen werden definiert (z.B. chronische und akute Schmerzen). Das bio-psycho-soziale Modell und Einflussfaktoren (Schutz- und Risikofaktoren) auf Schmerzen werden aufgezeigt und erklärt.	**

				inhaltliche Differenziertheit				
19.3.2011	10 Min	Social Work AND Chronic Pain	Pubmed	Alle Schlagwörter der Fragestellung sind vorhanden, inhaltliche Differenziertheit, beantwortet die Fragestellung, nicht aktuell, doch immer noch gültig	Berns, Jacqueline (1978). Team approach to chronic pain. <i>Health and social work, 3</i> (2), 182-192.	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Berns beschreibt einen Ansatz zur Behandlung von chronischen Schmerzpatienten und -patientinnen. Handlungswissen: Es wird aufgefordert Schmerzen nach dem bio-psycho-sozialen Modell zu betrachten und interdisziplinär zu arbeiten.	***
19.3.2011	10 Min	Social Work AND Pain	Pubmed	Alle Schlagwörter der Fragestellung sind vorhanden, hohe Aktualität, Fachzeitschrift der Sozialen Arbeit, Adressatenschaft sind somit Sozialarbeitende, US-amerikanische Literatur	Otis-Green, Shirley; Lucas, Sharon; Spolum, Maren; Ferrell, Betty & Grant, Marcia (2008). Promoting Excellence in Pain Management and Palliative Care for Social Workers. <i>Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care, 4</i> (2), 120-134.	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Es wird die Entwicklung eines nationalen Bildungsprogrammes beschrieben, um die Qualität im Schmerzmanagement und der Palliativversorgung durch Sozialarbeitende zu fördern. Im Artikel wird von einem „Occupational Therapist“ gesprochen anstatt von Sozialarbeitenden.	*
19.3.2011	10 Min	Social Work AND Pain	Medline	Alle Schlagwörter der Fragestellung sind vorhanden, älterer Artikel, Fachzeitschrift der Sozialen Arbeit, US-amerikanische Literatur	Subramanian, Karen (1988), Social work and the treatment of chronic pain. <i>Health and Social Work, 13</i> (4), 49-60.	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Im Artikel wird ein ambulantes Training beschrieben, in welchem „cognitiv-behaviorale“ Copingstrategien erlernt werden.	**
19.3.2011	10 Min	Social Work AND Chronic Pain	Medline	Deckt alle Schlagwörter der Fragestellung ab, Adressatenschaft sind Klinische Sozialarbeitende, Fachzeitschrift der Sozialarbeit, nicht mehr ganz aktuell, doch enthält sehr konkrete Antworten auf die Fragestellung, US-amerikanische Literatur	Roy, Ranjan (1981, August). Social Work and Chronic Pain. <i>Health and Social Work, 6</i> (3), 54-62.	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Es werden die Aufgaben von Sozialarbeitenden in der Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen beschrieben. Erklärungswissen: Der Autor erklärt die Zusammenhänge der Probleme in den verschiedenen Systemen und die Auswirkungen auf die Schmerzen. Handlungswissen: Er fordert zum bio-psycho-sozialen	***

							Gesundheits- und Krankheitsverständnis auf.	
19.3.2011	10 Min	Social Work AND Chronic Pain	Medline	Alle Schlagwörter der Fragestellung sind vorhanden	Montague, John & Rosner Stein, Vicki (1998). Social work's role in managing chronic pain. <i>Dimensions, 4</i> , 23-26.	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Es werden konkrete Aufgaben der Sozialen Arbeit, mit welchen Schmerzpatienten und -patientinnen geholfen werden kann, beschrieben.	***
19.3.2011	10 Min	Biopsychosozial UND Schmerz	Bibnet	Deckt nicht alle Schlagwörter der Fragestellung ab, die Aufgabe der Sozialarbeit fehlt, doch psychosoziale Aspekte von chronischen Erkrankungen werden genannt, renommierte Fachzeitschrift, hohe Aktualität	Bengel, Jürgen; Beutel, Manfred; Broda, Michael; Haag, Gunther; Härter, Martin; Lucius-Hoene, Gabriele et al. (2002, Februar). Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung. Herausforderungen für eine psychosoziale Versorgung in der Medizin. <i>Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 53</i> , 83-93.	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Es wird der psychosoziale Aspekt von chronischen Krankheiten dargestellt.	***
19.3.2011	10 Min	Social Work AND Chronic Pain	Pubmed	Alle Schlagwörter der Fragestellung sind vorhanden, liefert konkrete Antworten auf die Fragestellung, bezieht sich jedoch aufs stationäre Setting, nicht aktuell, US-amerikanische Literatur, Fachzeitschrift der Klinischen Sozialarbeit	Hudgens, Alletta Jervey (1977). The Social Worker's Role in a Behavioral Management Approach to Chronic Pain. <i>Social Work in Health Care, 3</i> (2), 149-157.	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Die Autorin macht eine Darstellung eines Ansatzes der Verhaltenssteuerung von Patienten und Patientinnen mit spezifischem Schmerzverhalten. Es wird ein stationäres Therapieprogramm vorgestellt. Die Zusammenarbeit mit der Familie wird dabei hervorgehoben. Dabei wird versucht, das schmerzspezifische Verhalten zu ignorieren und zu eliminieren, um mit einem gesunden Verhalten ersetzt zu werden. Erklärungswissen: Es werden Zusammenhänge zwischen dem Verhalten des Patienten oder der Patientin und der Familie und der Aufrechterhaltung des Schmerzes erklärt.	***
19.3.2011	10 Min	Social Work AND Chronic Pain	Medline	Alle Schlagwörter der Fragestellung vorhanden,	Golden, Janet M. & Steiner, Joseph R. (1981, August). Unique Needs of	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Es werden verschiedene Rollen, die der	**

				renommierte Fachzeitschrift, Adressatenschaft sind Klinische Sozialarbeitende, nicht aktuell	People with Chronic Pain. <i>Health and Social Work</i> , 6 (3), 47-53.		oder die Sozialarbeitende in der Behandlung von Schmerzpatienten und -patientinnen einnehmen kann, beschrieben.	
19.3.2011	10 Min	Klinische Sozialarbeit	IDS Luzern	Alle Schlagwörter der Fragestellung sind vorhanden, renommierte Quelle, inhaltliche Differenziertheit	Dentler, Peter (2005). <i>Clinical Social Work – eröffnet die Situation in den USA Perspektiven für Deutschland?</i> In Brigitte Geissler-Piltz (Hrsg.), <i>Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit</i> (S. 194-206). Münster: LIT Verlag.	Sammelband	Beschreibungswissen: Der Autor stellt den Studiengang für Klinische Sozialarbeit in den USA und Deutschland dar. Bewertungswissen und Handlungswissen: Er geht der Frage nach, ob Theorien aus den USA auf den europäischen Raum übertragen werden können, und er macht Vorschläge dazu, wie sich der Studiengang für Klinische Sozialarbeit in Deutschland entwickeln soll.	***
19.3.2011	10 Min	Gesundheitssystem UND Amerika	Bibnet	Liefert konkrete Antworten auf die Fragestellung, aktuell, inhaltliche Differenziertheit, Fachzeitschrift für Mediziner und Medizinerinnen	Weiss, Johannes (2009a). Keine unbegrenzten Möglichkeiten. <i>Deutsche Medizinische Wochenschrift</i> , 134 (30), 1506-1507.	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Weiss stellt das US-amerikanische Gesundheitswesen vor.	***
19.3.2011	10 Min	Gesundheitssystem UND Amerika	Bibnet	Liefert konkrete Antworten auf die Fragestellung, aktuell, inhaltliche Differenziertheit, Fachzeitschrift für Mediziner und Medizinerinnen	Weiss, Johannes (2009b). Abrechnung im Minutentakt. <i>Deutsche Medizinische Wochenschrift</i> , 134 (36), 1728-1729.	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Weiss vergleicht das Schweizer Gesundheitswesen mit dem US-amerikanischen.	***
19.3.2011	10 Min	Multidisciplinary AND chronic pain	Medline	US-amerikanische Literatur, aktuell, liefert Hintergrundwissen zur Fragestellung	Stanos, Steven & Houle, Timothy T. (2006). Multidisciplinary and Interdisciplinary Management of Chronic Pain. <i>Physical medicine and rehabilitation clinics of North America</i> ,	Zeitschriftenartikel	Erklärungswissen: Es werden die Begriffe „interdisziplinär“ und „multidisziplinär“ im Zusammenhang mit der Behandlung von chronischen Schmerzen erklärt.	**

					17, 435-450.			
12.5.2011	10 Min	Social Work AND chronic pain	Medline	Alle Schlagwörter der Fragestellung sind vorhanden, relativ aktuell, hoher Themenbezug, Adressatenschaft sind Fachpersonen der Medizin, renommierte Quelle	Law, Christopher S. D. & Hamlyn, Peter J. (1996). A pilot study to examine the potential impact of professional social work input into a chronic spinal clinic. <i>Clinical Rehabilitation</i> , 10, 35-39.	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Es wird eine Studie beschrieben, in der der Nutzen der Sozialarbeit in der Behandlung von Schmerzen am Rückgrat dargestellt wird.	*
12.5.2011	5 Min	Schmerztherapie	Bibliothek des SPZ Nottwil	Liefert wichtiges Hintergrundwissen zu den Fragestellungen, renommierte Quelle, aktuell, verständlich geschrieben, Lehrbuch für Fachpersonen der Medizin	Hasenbring, Monika (2001). Biopsychosoziale Grundlagen der Chronifizierung am Beispiel von Rückenschmerzen. In Michael Zenz & Ilmar Jurna (Hrsg.), <i>Lehrbuch der Schmerztherapie. Grundlagen, Theorie und Praxis für Aus- und Weiterbildungen</i> (2. Aufl., S. 185-196). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft GmbH.	Lehrbuch	Beschreibungswissen: Hasenbring beschreibt Faktoren, die sich negativ (wenige auch positiv) auf die Chronifizierung von Rückenschmerzen auswirken können. Erklärungswissen: Sie erklärt bio-psycho-soziale Zusammenhänge.	***
15.5.2011	10 Min	Ranjan Roy	Gesucht über die Internetseite www.google.ch	Renommierte Quelle, kann für die vorliegende Bachelorarbeit konkret verwendet werden	Universität Manitoba, USA (Ohne Jahr). <i>Ranjan Roy</i> . Gefunden am 15. Mai 2011, unter http://www.ranjanroy.com/	Internetseite	Beschreibungswissen: Es wird Hintergrundwissen zum Autor des in der Bachelorarbeit verwendeten Ansatzes geliefert und der Werdegang von Ranjan Roy beschrieben.	***

Frage 2: Inwiefern trägt die Soziale Arbeit im integrierten Team zur Verbesserung des Behandlungserfolges bei (Effizienz, Behandlungsdauer)?

Datum	Zeitdauer	Suchbegriff	Such-instrument	Auswahl-kriterium	aufbewahrtes Dokument	Quellentyp	Inhalt	Relevanz
19.3.2011	30 Min	Klinische Sozialarbeit	IDS Luzern	Beschäftigt sich mit der Frage: Unter welchen Voraussetzungen kann Evidenz in der Sozialen	Jakobs, Silke & Röh, Dieter (2009). Rehabilitationsforschung und Klinische Sozialarbeit zwischen Evidenzbasierung und Evaluation. In	Sammelband	Beschreibungs-, Erklärungs- und Bewertungswissen: Sie beschäftigen sich mit der Komplexität des	**

				Arbeit gelten? Nicht spezifisch zur Sozialen Arbeit in der Schmerzmedizin, renommierte Quelle, hohe Aktualität	Silke B. Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), <i>Klinische Sozialarbeit – Forschung aus der Praxis – Forschung für die Praxis. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung</i> (2. Aufl., S. 204-222). Bonn: Psychiatrie-Verlag.		Wirksamkeitsnachweises der Sozialen Arbeit allgemein. Handlungswissen: Sie fordern Sozialarbeitende auf, ihre Arbeit zu evaluieren.	
19.3.2011	10 Min	Evaluation AND pain	Medline	Nicht alle Schlagwörter der Fragestellung sind vorhanden, liefert nicht konkrete Antworten darauf, wie die Arbeit von Sozialarbeitenden evaluiert werden kann, Fachzeitschrift, Adressatenschaft sind Psychologen und Psychologinnen, inhaltlich differenziert, übersichtliche Grafiken	Sommeregger, Grit & Egger, Josef W. (2001). Leben mit dem Schmerz – Evaluation eines verhaltensmedizinischen Schmerzbewältigungstrainings. <i>Psychologische Medizin</i> , 12 (2), 3-14.	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Es wird ein Schmerzbewältigungstraining beschrieben, wobei versucht wird, das spezifische Schmerzverhalten zu beseitigen und durch ein gesundes Verhalten zu ersetzen.	**
19.3.2011	10 Min	Chronic Pain AND Interdisciplinary	Medline	Hohe Aktualität, renommierte Fachzeitschrift, Adressatenschaft sind Fachpersonen der Medizin	Van Wilgen, Paul C.; Dijkstra, Pieter U.; Versteegen, Gerbrig J.; Fleuren, Marjo J. T.; Stewart, Roy & Van Wijhe, Marten (2009). Chronic Pain and severe Disuse Syndrome: Long Term Outcome of an Impatient Multidisciplinary Cognitive Behavioral Programme. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> , 41, 122-128.	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Es wird ein stationäres Programm zur kognitiven Verhaltenstherapie beschrieben.	*
19.3.2011	10 Min	Social Work AND Pain	Medline	Alle Schlagwörter sind vorhanden, doch liefert keine Antworten auf die Fragestellung, renommierte Autorin, Fachzeitschrift für die Soziale Arbeit, US-amerikanische Literatur	MacDonald, Judy E. (2008). Anti-Oppressive Practices with Chronic Pain Sufferers. <i>Social Work in Health Care</i> , 47 (2), 135-156.	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Es wird eine Befragung von Frauen, die mit Schmerzpatienten und -patientinnen gearbeitet haben und selbst an chronischen Schmerzen leiden, dargestellt.	*
19.3.2011	10 Min	Chronic Pain AND social	Medline	Hohe Aktualität, Fachzeitschrift,	McCracken, Lance M. (2005). Social context and acceptance of chronic	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Es wird eine Studie dargestellt, die	**

				Adressatenschaft sind Fachpersonen die mit Schmerzpatienten und -patientinnen arbeiten	pain: the role of solicitous and punishing responses. <i>Pain</i> , 113, 155-159.		Einflussfaktoren auf chronische Schmerzen aufgezeigt.	
19.3.2011	10 Min	Chronic pain AND cognitive behavioral	Medline	Britische Fachzeitschrift, enthält alle Schlagwörter, doch liefert keine konkreten Antworten auf die Fragestellung, kein Bezug zur Sozialarbeit	Williams, A. C.; Nicolas, M. K.; Richardson, P. H.; Pither, C. E.; Justins, C. E.; Chamerlain, J. H. et al. (1993). Evaluation of a cognitive behavioral programme for rehabilitating patients with chronic pain. <i>British Journal of General Practise</i> , 43, 513-518. Die Vornamen konnten nicht herausgefunden werden.	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Eine Studie zu einem stationären „cognitive behavioral“ Programm für Patienten und Patientinnen mit chronischen Schmerzen wird aufgezeigt.	*
19.3.2011	10 Min	Biopsychosocial AND pain	CINAHL	Nicht mehr ganz aktuell, skandinavische Literatur, Adressatenschaft sind Sozialarbeitende	Martensson, Lena; Marklund, Bertil & Fridlund, Bengt (1999). Evaluation of a Biopsychosocial Rehabilitation Programme in Primary Healthcare for Chronic Pain Patients. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> , 6, 157-165.	Zeitschriftenartikel	Beschreibungswissen: Es wird eine Evaluation eines biopsychosozialen Rehabilitationsprogrammes für Menschen mit chronischen Schmerzen aufgezeigt.	*

Frage 3: Wie ist das Angebot an sozialarbeiterischer Beratung in der Schmerzmedizin in der Schweiz und wie wird dieses anhand eines Vergleiches mit den Bedürfnissen der Schmerzpatienten und -patientinnen bewertet?

Datum	Zeitdauer	Suchbegriff	Suchinstrument	Auswahlkriterium	aufbewahrtes Dokument	Quellentyp	Inhalt	Relevanz
23.2.2011	0 Min	Erhalten von André Ljutow	keines	Sehr aktuell, konkret auf das Schmerzzentrum Nottwil bezogen	Huber Näf, Kathrin & Seehafer Baumeler, Monika (2009). <i>Sozialarbeit in der Schmerzklinik Nottwil – ja oder nein</i> . Unveröffentlichter Forschungsbericht. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.	Forschungsbericht	Beschreibungswissen: Die Autorinnen beschreiben den Bedarf an sozialarbeiterischer Tätigkeit anhand einer Forschung, in welcher 90 Schmerzpatienten und -patientinnen des Schmerzzentrums Nottwil befragt wurden. Erklärungswissen: Es fehlen Erklärungen, warum die	***

							Situation so ist, wie sie in der Forschung erhoben wurde. Bewertungswissen und Handlungswissen: Die Situation wird bewertet und einen Handlungsauftrag für die Sozialarbeit wird abgeleitet.	
10.4.2011	10 Min	Bedürfnistheorie	IDS Luzern	Inhaltlich sehr gut verwendbar, Sekundärliteratur, renommierte Quelle, Fachbuch für die Sozialarbeit, verständlich geschrieben, sehr differenziert	Staub-Bernasconi, Silvia (2007). <i>Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis - Ein Lehrbuch.</i> Bern, Stuttgart & Wien: Haupt Verlag.	Buch	Beschreibungswissen: Die Autorin stellt die Bedürfnistheorie einfach und präzise dar.	***
10.4.2011	10 Min.	Bedürfnistheorie	IDS Luzern	Inhaltlich sehr übersichtlich, inhaltliche Differenziertheit und vertiefte Auseinandersetzung mit der Bedürfnispyramide, sehr aktuell	Kulbe, Annette (2001). <i>Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Lehrbuch für Pflegeberufe.</i> Stuttgart: W. Kohlhammer.	Buch	Beschreibungswissen: Sie beschreibt die Bedürfnispyramide. Erklärungswissen: Sie erklärt, wie die Bedürfnispyramide in Pflegeberufen angewendet werden kann und wie sich diese auf Patienten und Patientinnen übertragen lässt. Handlungswissen: Die Autorin generiert Handlungsansätze für das Pflegepersonal im Umgang mit den Patienten und Patientinnen.	**
10.4.2011	10 Min	Bedürfnistheorie	IDS Luzern	Inhaltlich sehr gut verwendbar, Primärliteratur, schwer leserlich	Arit, Ilse (2010). <i>Wege zu einer Fürsorgegesellschaft</i> (Band 2). Berlin & Wien: LIT Verlag.	Buch	Beschreibungswissen: Arit beschreibt und definiert den Armutsbegriff anhand von 13 Bedürfnissen. Erklärungswissen: Sie erklärt, warum nicht alle Unterbefriedigungen als arm gelten. Handlungswissen: Die Autorin macht konkrete Handlungsaufforderungen für die Sozialarbeit. Sie müssen handeln, wenn die Befriedigung der Bedürfnisse unter der Notschwellen der jeweiligen Bedürfnisse liegen.	***

15.5.2011	5 Min	Bedürfnisse	Unterlagen des Studiums	Inhaltlich sehr gut verwendbar, stichwortartige Ausführungen	Schmid, Otto (2010). <i>Motivational Interviewing</i> . Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.	Skript	Beschreibungswissen: Er beschreibt die Bedürfnispyramide, jedoch nur sehr oberflächlich.	***
15.5.2011	10 Min	Maslow	CINAHL	Einige oberflächliche Informationen zur allgemeinen Bedürfnispyramide	Benson, Suzanne B. & Dundis, Stephen P. (2003). Understanding and motivating health care employees: integrating Maslow's hierarchy of needs, training and technology. <i>Journal of Nursing Management</i> , 11, 315-320.	Artikel	Beschreibungswissen: Sie beschreiben die Bedürfnispyramide, jedoch wird diese in einem anderen Kontext angewendet.	*
15.5.2011	10 Min	Bedürfnisse	IDS Luzern	Hohe Aktualität, inhaltlich nebensächlich verwendbar	Klassen, Michael (2009). Sozialarbeitswissenschaft aus der bedürfnistheoretischen Perspektive. In Albert Mühlum & Günter Rieger (Hrsg.), <i>Soziale Arbeit in Wissenschaft und Praxis. Festschrift für Wolf Rainer Wendt</i> (S. 47-58). Lage: Jacobs-Verlag.	Buch	Beschreibungswissen: Klassen beschreibt und unterscheidet drei Bedürfniskategorien: die biologischen Bedürfnisse (z.B. Sauerstoff, Sexualität, Regenerierung), die biopsychischen Bedürfnisse (Ästhetik, Abwechslung, Sinnhaftigkeit, Verstehen) und die bio-psycho-sozialen Bedürfnisse (emotionale Zuwendung, Autonomie, soziale Anerkennung). Erklärungswissen und Handlungswissen: Laut Klassen sagt die Bedürfnistheorie aus, dass Menschen an Bedürfnisunterbefriedigung leiden und nicht an einer Situation wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit grundsätzlich. Die Soziale Arbeit muss dementsprechend nicht die ungünstige Situation verändern, sondern kann erkennen, welche Bedürfnisse nicht umgesetzt werden können und aufgrund dessen Veränderungen erzielen.	**

20.5.2011	20 Min	Maslow	IDS Katalog Luzern	Primärliteratur, konkrete Antworten auf die Fragestellung	Maslow, Abraham Harold (2008). <i>Motivation und Persönlichkeit</i> (11. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.	Buch	Beschreibungswissen: Maslow beschreibt die verschiedenen Bedürfnisstufen und die Motivationstheorie. Erklärungswissen: Er erklärt den Zusammenhang einzelner Bedürfnisstufen. Handlungswissen: Er macht Anweisungen, welche Bedürfnisse nacheinander befriedigt werden müssen.	***
29.5.2011	10 Min	Sozialdienst	Internet, über Hinweis von Piero Catani	Konkrete Antworten auf die Fragestellung	Catani, Piero (2011). <i>Sozialdienst Spital Interlaken</i> . Gefunden am 29. Mai 2011, unter http://www.spitalfmi.ch/de/spital-interlaken/fachbereiche-interlaken-a-z/sozialdienst.html	Internetseite	Beschreibungswissen: Er beschreibt die Aufgaben des Sozialdienstes vom Spital Interlaken.	***
12.5.2011	2 Min	Behandlung	Internet, die Autorinnen kannten die Internetseite durch André Ljutow	Grosse Aktualität, renommierte Quelle, konkret verwendbar für die vorliegende Bachelorarbeit	Zentrum für Schmerzmedizin (ohne Datum). <i>(Be)handeln! Statt Leiden. Sehen, Verstehen, Umsetzen</i> . Gefunden am 12. Mai 2011, unter http://www.paranet.ch/de/pb/sm/schmerzmedizin.htm#i12208	Internetseite	Beschreibungswissen: Der Text enthält konkrete Antworten zur Behandlung von chronischen Schmerzen im Schmerzzentrum Nottwil.	***