

# **Professionelle Kompetenzdarstellung von Sozialarbeitenden im Spital**

**Eine empirisch qualitative Studie aus inszenierungstheoretischer Perspektive.**

Master-Thesis  
**Nina Neuenschwander**

Begleitperson  
**Prof. Sabine Makowka**

Zweitgutachter\*in  
**Prof. Dr. Nadja Baghdadi**

Masterstudiengang  
Zürich, Frühlingsemester 2017

# Dank

Als Erstes möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich während meiner Master-Thesis begleitet und unterstützt haben.

Im Speziellen möchte ich mich bei allen Sozialarbeitenden und weiteren Beteiligten bedanken, die es mir ermöglicht haben, meine Datenerhebung in den Spitälern durchzuführen. Ohne deren Unterstützung wäre diese Arbeit so nicht möglich gewesen.

Ein herzlicher Dank geht auch an meine Fachbegleitung Prof. Sabine Makowka für die fachliche Betreuung und den konstruktiven Austausch.

Weiter danke ich Dr. phil. Franziska Widmer Müller für das professionelle Lektorat.

Ein besonderer Dank gilt ausserdem meiner Familie, Freunden und Studienkolleginnen für den motivierenden Beistand während des Schreibprozesses dieser Arbeit.

# Abstract

Die vorliegende Master-Thesis befasst sich mit dem professionellen Handeln von Sozialarbeitenden im Spital unter dem Aspekt der Kompetenzdarstellung. Dabei steht die Frage im Zentrum, wie Sozialarbeitende ihre professionellen Kompetenzen gegenüber dem interprofessionellen Team im Spital darstellen und welchen Einfluss die Kompetenzdarstellung aus inszenierungstheoretischer Perspektive auf die Positionierung der Sozialarbeitenden hat. Diverse Ergebnisse bereits existierender Studien im Gesundheitswesen heben den Bedarf an professioneller Kompetenzdarstellung der Sozialarbeitenden im interprofessionellen Kontext hervor. Wie Sozialarbeitende ihre Kompetenzen im konkreten Handeln in der Praxis darstellen wird dabei nicht thematisiert. Zur Beantwortung der Fragestellung wurden drei interprofessionelle Fallrapporte in Schweizer Spitälern mittels der Gesprächsanalyse der dokumentarischen Methode analysiert. Als Ergebnis konnten einerseits drei verschiedene Kompetenzdarstellungsmuster gefunden werden. Es sind dies ein aktiv-selbstbestimmtes, proaktiv-defensives und ein passives Kompetenzdarstellungsmuster. Andererseits konnte festgestellt werden, dass Sozialarbeitende ihre Kompetenzen nur bedingt durch professionelle Wissensbestände darstellen, sondern sich alltäglichen Selbstdarstellungstaktiken bedienen. Aus inszenierungstheoretischer Perspektive kann für die Berufspraxis der Sozialarbeitenden im Spital schlussgefolgert werden, dass insbesondere eine aktive und proaktive Einbringung der professionellen Kompetenz in den Diskurs und die Darstellung von professionellen Handlungsabläufen einen positiven Einfluss auf die Positionierung der Sozialarbeitenden im interprofessionellen Team haben.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1	Ausgangslage .....	1
1.2	Zielsetzung.....	3
1.3	Fragestellung .....	3
1.4	Stand der Forschung .....	4
1.5	Aufbau der Arbeit.....	7
<b>2</b>	<b>Professionalitätsverständnis der Sozialarbeit im Spital</b> .....	<b>9</b>
2.1	Professionelles Selbstverständnis der Sozialarbeit im Spital .....	9
2.2	Das biopsychosoziale Verständnis von Gesundheit und Krankheit.....	11
2.3	Aufgaben und Kompetenzen der Sozialarbeit im Spital .....	14
<b>3</b>	<b>Sozialarbeit im interprofessionellen Kontext Spital</b> .....	<b>16</b>
3.1	Interprofessionelle Kooperation im Spital .....	16
3.2	Teamartige interprofessionelle Kooperation als Gelingensfaktor .....	18
3.3	Die Position der Sozialarbeit innerhalb des interprofessionellen Teams.....	19
<b>4</b>	<b>Inszenierung von Professionalität</b> .....	<b>23</b>
4.1	Selbstdarstellung in sozialen Interaktionen .....	24
4.2	Selbstdarstellungstaktiken .....	25
4.3	Kompetenzdarstellung als Aspekt professionellen Handelns .....	28
<b>5</b>	<b>Methodisches Vorgehen</b> .....	<b>31</b>
5.1	Forschungsdesign und Methodologie .....	31
5.2	Feldzugang .....	32
5.3	Sampling .....	33
5.4	Datenerhebung .....	35
5.4.1	Findungsprozess der Datenerhebungsmethode.....	35
5.4.2	Interprofessioneller Fallrapport als authentisches Gesprächssetting .....	36
5.4.3	Audioaufzeichnung der interprofessionellen Fallrapporte.....	36
5.4.4	Datenschutz .....	38
5.5	Datenauswertung – dokumentarische Methode .....	38
5.5.1	Thematischer Verlauf, Auswahl von Passagen und Transkription.....	40
5.5.2	Formulierende Interpretation (Was-Frage) .....	41
5.5.3	Reflektierende Interpretation (Wie-Frage) .....	42
5.5.4	Zusammenfassung der Analyseschritte .....	43
5.6	Gütekriterien .....	44
<b>6</b>	<b>Darstellung der Ergebnisse</b> .....	<b>46</b>
6.1	Fallvorstellung Team I.....	48
6.1.1	Fallbeschreibung und Diskursverlauf.....	48

6.1.2	Gesprächsbeteiligung der Sozialarbeiterin .....	49
6.1.3	Zentrale Orientierungen (Was?) .....	49
6.1.4	Art und Weise des Gesagten (Wie?) .....	50
6.1.5	Muster der Kompetenzdarstellung .....	54
6.2	Fallvorstellung Team II.....	54
6.2.1	Fallbeschreibung und Diskursverlauf.....	54
6.2.2	Gesprächsbeteiligung des Sozialarbeiters.....	55
6.2.3	Zentrale Orientierungen (Was?) .....	56
6.2.4	Art und Weise des Gesagten (Wie?) .....	56
6.2.5	Muster der Kompetenzdarstellung .....	59
6.3	Fallvorstellung Team III.....	60
6.3.1	Fallbeschreibung und Diskursverlauf.....	60
6.3.2	Gesprächsbeteiligung der Sozialarbeiterin .....	60
6.3.3	Zentrale Orientierungen (Was?) .....	61
6.3.4	Art und Weise des Gesagten (Wie?) .....	61
6.3.5	Muster der Kompetenzdarstellung .....	65
<b>7</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>67</b>
7.1	Kontextfaktoren.....	67
7.1.1	Kontext Palliativabteilung.....	68
7.1.2	Merkmale des interprofessionellen Teams und des Interaktionssettings .	68
7.2	Professionelle Kompetenzdarstellungsmuster.....	71
7.3	Positionierung der Sozialarbeitenden im interprofessionellen Team aus inszenierungstheoretischer Perspektive.....	74
7.3.1	Befähigung zum problemlösenden Handeln.....	74
7.3.2	Bereitschaft zu Entscheidungs- bzw. Aushandlungsprozessen.....	77
7.3.3	Zuständigkeit – subjektiver Anspruch sich für etwas verantwortlich zu wähnen .....	78
7.4	Kritische Reflexion des Forschungsprozesses .....	79
<b>8</b>	<b>Schlussbetrachtung .....</b>	<b>83</b>
8.1	Zusammenfassung der Ergebnisse .....	83
8.2	Bedeutung der Ergebnisse für die Sozialarbeit im Spital.....	84
8.3	Forschungsdiesiderate .....	87
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>88</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>97</b>

## Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1.</i> Das biopsychosoziale Modell .....	13
<i>Abbildung 2.</i> Schritte der Ergebnisdarstellung .....	47

## Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1.</i> Zusammenfassende Darstellung der Selbstdarstellungstaktiken .....	27
<i>Tabelle 2.</i> Übersicht Sampling .....	35
<i>Tabelle 3.</i> Übersicht über die verschiedenen Settings .....	47
<i>Tabelle 4.</i> Kompetenzdarstellungsmuster und Taktiken .....	72

# 1 Einleitung<sup>1</sup>

## 1.1 Ausgangslage

Die sozial- und gesundheitspolitischen Entwicklungen, die Zunahme von sozial- und/oder demografisch bedingten und sozialrelevanten Gesundheitsproblemen sowie die strukturellen Veränderungen im Gesundheitsbereich bringen weitreichende Veränderungen für die in Institutionen des Gesundheitswesens arbeitenden Professionen<sup>2</sup> mit sich (Geissler-Piltz & Gerull, 2009, S. 13; Pauls, 2013, S. 11). Gesundheit selbst ist mittlerweile in vielen gesellschaftlichen Institutionen Gegenstand multiprofessioneller Problembearbeitung geworden. Den einzelnen Professionen kommen durch die zunehmende Komplexität der Problemlagen, gesellschaftlich unterschiedlich definierte Aufgaben zu, die mit unterschiedlichen Zugängen zur Problemlösung bearbeitet werden (Hanses & Sander, 2012, S. 38). Für die Soziale Arbeit<sup>3</sup> bedeuten diese Veränderungen ein besonderes Mass an fachlicher Spezialisierung und somit die Aneignung und Herausbildung eigener klinischer Fachkompetenzen. Die Formierung der Klinischen Sozialarbeit markiert die Relevanz der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich und wird als eine Antwort auf diese Veränderungen gesehen (Geissler-Piltz & Gerull, 2009, S. 11; Hanses, 2011, S. 64; Kaegi & Fäh, 2004, S. 1). Im Rahmen des mehrdimensionalen biopsychosozialen Gesundheitsverständnis ist die Klinische Sozialarbeit in multiprofessionellen Teams eingebettet, die mit unterschiedlichen Methoden ein gemeinsames Ziel verfolgen: etwa die Gesundheit von Menschen in ihrer Lebenssituation und ihrem Umfeld zu verbessern und zu fördern (Geissler-Piltz, Mühlum, & Pauls, 2005, S. 13). Trotz einem umfassenden Gesundheitsverständnis wird die Medizin weiterhin als zentrale Leitprofession gesehen, was weitreichende Konsequenzen für die interprofessionelle Kooperation im Gesundheitswesen hat (Hanses & Sander, 2012, S. 38).

Gerade im Handlungsfeld der Sozialarbeit im Spital<sup>4</sup>, in dem die Medizin „die Diskurshoheit und damit zentrale Definitionsmacht über die gesundheitlichen Probleme hat“ (Hanses, 2011, S. 65), fällt es Sozialarbeitenden schwer, ihre Fach- und Problemlösungskompetenz gegen andere Berufsgruppen zu behaupten.

Um den umfassenden Behandlungsauftrag im Spital im Sinne des biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses zu realisieren, ist der Beitrag der Spitalsozialarbeit jedoch mass-

<sup>1</sup> Diese Arbeit hält sich an die Zitierregeln nach APA (6th edition)

<sup>2</sup> In Anlehnung an Thole (2012) wird unter Profession das fachliche Handlungssystem bzw. die beruflichen Praxis eines Faches verstanden (S. 21). In Bezug auf die interprofessionelle Kooperation im Gesundheitswesen wird in der Literatur sowohl von Professionen als auch von Berufsgruppen gesprochen (vgl. Kapitel 3.1).

<sup>3</sup> Von Sozialer Arbeit wird in Anlehnung an Avenir Social (2014) immer dann gesprochen, wenn Aussagen auf die Gesamtprofession bezogen sind.

<sup>4</sup> Da die Untersuchung in Schweizer Spitälern durchgeführt wurde, wird in der vorliegenden Arbeit von „Spital“ gesprochen. In der deutschsprachigen Literatur ist der Begriff „Krankenhaus“ gängig. Im konkreten Handlungsfeld Spital wird von „Sozialarbeit im Spital“, „Spitalsozialarbeit“ oder „Spitalsozialdienst“ gesprochen. Die Begriffe werden in der Literatur synonym verwendet.

gebend und trägt dazu bei, die soziale Situation der Patientinnen und Patienten<sup>5</sup> vertieft zu erfassen und Unterstützung zur Bewältigung sozialer, materieller und persönlicher Probleme der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen zu bieten (Ansen, Gödecker-Geenen, & Nau, 2004, S. 19). Obschon die Notwendigkeit des Spitalsozialdienstes sowie die Idee der interprofessionellen Kooperation unstrittig scheinen, werden die Leistungen des Spitalsozialdienstes zusätzlich durch die strukturellen Veränderungen im Gesundheitssektor beeinflusst (Hüttemann, Schmid, Rösch, & Allenspach, 2012, S. 202). Gesundheitsökonomische Modelle wie etwa die Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen<sup>6</sup> erschweren die interprofessionelle Kooperation und reduzieren die Handlungsspielräume für die Sozialarbeit im Spital. Durch den höheren Entlassungsdruck und die kürzere Verweildauer der Patientinnen und Patienten in den Spitälern sind die Sozialarbeitenden gefordert, fallbezogene soziale Unterstützung zu leisten und gleichzeitig unter hohem Zeitdruck das Entlassungsmanagement durchzuführen (Ansen et al., 2004, S. 21; Geissler-Piltz et al., 2005, S. 19; Hanses, 2011, S. 64; Schweizerischer Fachverband Sozialdienst in den Spitälern [SFSS], 2013, S. 21). Aufgrund dieser Veränderungen sind die Sozialarbeitenden zusätzlich gefordert, ihre qualifizierte professionelle Problemlösungskompetenz und ihre Zuständigkeiten unter Beweis zu stellen, damit ihr Anteil an der komplexeren psychosozialen Beratungstätigkeiten nicht auf ein gelingendes Entlassungsmanagement reduziert wird (Ansen et al., 2004, S. 59; Geissler-Piltz et al., 2005, S. 19; Hanses, 2011, S. 65).

Damit Professionelle ihre Zuständigkeiten wahrnehmen können, reicht es aus inszenierungstheoretischer Perspektive (vgl. Kapitel 4) nicht aus, wenn sie ihre Aufmerksamkeit auf die Erbringung von Leistung selbst richten, sondern die Leistung muss über die Darstellung sichtbar gemacht werden. Die Darstellung professioneller Leistung gelingt aus dieser Perspektive unter anderem mittels Selbstinszenierung. Darin sieht Pfadenhauer ein „Wesensmerkmal professionellen Handelns schlechthin“ (2003b, S. 103). Sie betrachtet die Inszenierung der Professionellen als „*Leistungs-Träger ... als Teil ... [ihrer] Kompetenzdarstellung, d.h. der Darstellung von Bereitschaft, Befugnis und Befähigung, über ganzheitliche Lösungen für essentielle Probleme zu verfügen [sic]*“ (Pfadenhauer, 1998, S. 301).

Folgt man nun der inszenierungstheoretischen Perspektive, sind die Sozialarbeitenden im Spital aufgefordert, ihre qualifizierte Problemlösungskompetenz und ihre Zuständigkeit mittels der Darstellung ihrer Kompetenzen gegenüber dem interprofessionellen Team sichtbar zu machen und durchzusetzen. Schwierigkeiten bei der Positionierung der Sozi-

<sup>5</sup> Die Arbeit hält sich bezüglich der gendergerechten Sprache an die Empfehlungen der ZHAW– Stabstelle Diversity „Leitfaden sprachliche Gleichbehandlung von Frau und Mann“.

<sup>6</sup> Diagnosebezogene Fallpauschalen (in Englisch Diagnostic Related Groups – DRG's) kommen in der Schweiz seit dem 2012 und in Deutschland seit 2003 zur Anwendung. Ziel der Fallpauschalen ist gemäss Economiesuisse (2017) eine leistungsgerechte und transparente Spitalfinanzierung.

arbeitenden im interprofessionellen Kontext können aus dieser Perspektive also wesentlich als Kompetenzdarstellungsproblem begriffen werden. Vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstands, der im Kapitel 1.4 ausgeführt wird, stellt diese Perspektive auf professionelles Handeln einen blinden Fleck auf der Landkarte der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen dar. An diesem Punkt setzt die Autorin der vorliegenden Master-Thesis an. Sie stellt den Aspekt der Darstellung von Kompetenzen durch das professionelle Handeln der Sozialarbeitenden gegenüber dem interprofessionellen Team im Spital in den Mittelpunkt der empirischen Untersuchung.

## 1.2 Zielsetzung

Die vorliegende explorative Untersuchung verfolgt das Ziel, durch einen qualitativ-rekonstruktiven Zugang zu analysieren, wie Sozialarbeitende ihre professionellen Kompetenzen<sup>7</sup> darstellen. Das Augenmerk gilt dabei insbesondere der Darstellung professioneller Kompetenzen in Kooperation mit interprofessionellen Teams im Spital. Dabei soll untersucht werden, wie Sozialarbeitende ihre professionellen Kompetenzen im interprofessionellen Team vermitteln und kommunizieren. Ferner soll diskutiert werden, welchen Einfluss die Kompetenzdarstellung der Sozialarbeitenden auf deren Positionierung im interprofessionellen Team aus inszenierungstheoretischer Perspektive hat. Übergeordnet soll die Master-Thesis das Wissen um die für die Inszenierung als Professionelle der Sozialen Arbeit dienliche Kompetenzdarstellung im interprofessionellen Kontext Spital erweitern und schliesslich einen Beitrag zum Professionalitätsverständnis<sup>8</sup> und zur Positionierung der Sozialen Arbeit im Spital leisten.

## 1.3 Fragestellung

Vor dem Hintergrund der dargestellten Ausgangslage wird die Fragestellung in zweifacher Weise eingegrenzt: erstens wird eine Fokussierung auf den Aspekt der Kompetenzdarstellung der Sozialarbeitenden gegenüber dem interprofessionellen Team vorgenommen, zweitens findet die Untersuchung ihre metatheoretische Verortung<sup>9</sup> in der Inszenierungstheorie, welche die begrifflich-theoretische Grundlage für die Forschungspraxis zur Verfügung stellt. Die Inszenierungstheorie bildet somit den Rahmen der Untersuchung. Dementsprechend wird für die vorliegende Master-Thesis folgende empirische Fragestellung formuliert:

<sup>7</sup> Welche Kompetenzen die professionellen Kompetenzen der Sozialarbeitenden umfassen wird im Kapitel 2.3 besprochen.

<sup>8</sup> Der Master-Thesis liegt das inszenierungstheoretische Professionalitätsverständnis zugrunde und sieht Professionalität als Darstellungsproblem der Professionellen (vgl. Kapitel 4). Aktuelle Diskussionen rund um Professionalität und professionellem Handeln in der Sozialen Arbeit betonen einerseits das Vorliegen bestimmter Strukturprobleme des Fallverstehens, welche als Strukturdilemmata oder „Paradoxien des professionellen Handelns“ (Schütze, 1992) bezeichnet werden oder andererseits die Aspekte der individuellen Handlungskompetenzen auf der Ebene des Individuums (Nadai & Sommerfeld, 200, S. 182-185).

<sup>9</sup> Przyborski und Wohrab-Sahr (2014, S. 3) schlagen vor, in der Fragestellung bereits erste Theoriebezüge erkennbar zu machen, um die Forschung einzugrenzen.

*Wie stellen Sozialarbeitende ihre professionellen Kompetenzen gegenüber dem interprofessionellen Team dar und welchen Einfluss hat die Kompetenzdarstellung der Sozialarbeitenden auf die Positionierung von Sozialarbeitenden im interprofessionellen Team aus Inszenierungstheoretischer Perspektive?*

#### 1.4 Stand der Forschung

Das Spital ist nach Vogd (2004) ein ergiebiger Forschungsgegenstand, in dem eine Vielzahl sozialer Phänomene beobachtet und untersucht werden kann. So etwa Geschlechter- und Machtverhältnisse, die Beziehung von Ärztinnen und Ärzten zu ihren Patientinnen und Patienten, die Beziehung zwischen den Professionen, die Selbstinszenierung der Medizin sowie eine Reihe anderer Fragestellungen (S. 49). Obwohl die Spitalsozialarbeit zu den ältesten Feldern der Sozialen Arbeit gehört, wurde dieser Bereich im deutschsprachigen Raum<sup>10</sup> empirisch bisher nur wenig erforscht (Ansen et al., 2004, S. 117; Reinicke, 2008, S. 9). Für das Empiriedefizit werden nebst historischen Gründen auch strukturelle und forschungspraktische Gründe genannt. So war die Thematik Gesundheit bis in die Hälfte der 1980er Jahre nur wenig in der Sozialen Arbeit verankert (Homfeldt, 2013, S. 15). Spitalsozialdienste der Schweiz sind laut einer Studie des Schweizerischen Fachverbands Sozialarbeit in Spitälern (SFSS) nach wie vor nur in wenigen Kantonen gesetzlich verankert (2013, S. 11), was dazu führt, dass die Leistungen des Spitalsozialdienstes finanziell von der wirtschaftlichen Situation des Spitals abhängig sind und entsprechend wenig finanzielle Ressourcen für Forschungen in diesem Bereich gesprochen werden. Des Weiteren stellt der Zugang zu empirischen Daten aus dem Spitalkontext eine forschungspraktische Schwierigkeit dar, bedingt durch die hoch sensiblen medizinischen Daten, die meist ein forschungsethisches Bewilligungsverfahren erfordern (vgl. auch Kapitel 5.3). Die genannten und sicherlich nicht abschliessenden Gründe tragen dazu bei, dass über das Handlungsfeld der Spitalsozialarbeit bisher nur wenige Erkenntnisse vorliegen.

Im Forschungsfeld *Sozialarbeit im stationären Gesundheitswesen*<sup>11</sup> finden sich zumindest im deutschsprachigen Raum keine Studien, die sich explizit dem professionellen Handeln der Sozialarbeitenden unter dem Aspekt der Kompetenzdarstellung widmen. Die bereits existierenden Studien widmen sich nach Geissler-Piltz und Gerull (2009) hauptsächlich der Sozialen Arbeit „in ihrer randständigen Rolle in multiprofessionellen Teams“ (S. 9).

Sie proklamieren Erwartungen an das professionelle Handeln von Sozialarbeitenden, insbesondere im interprofessionellen Kontext. Beschreibungen, wie Sozialarbeitende ihre professionellen Kompetenzen konkret in der Alltagspraxis darstellen, liegen jedoch keine

<sup>10</sup> Der Forschungsstand hat sich hauptsächlich auf den deutschsprachigen Raum beschränkt, da sich die Zuständigkeiten der Sozialarbeitenden im Spitalsozialdienst insbesondere der USA wesentlich von Europa unterscheiden und dementsprechend auch die benötigten professionellen Kompetenzen variieren.

<sup>11</sup> Sozialarbeit im stationären Gesundheitswesen umfasst die Sozialarbeit in Spitälern, psychiatrischen Kliniken, Rehakliniken sowie in Pflegeheimen.

vor. Erkenntnisse zum Thema Selbstdarstellung finden sich hauptsächlich in der sozialpsychologischen Forschung. Nachfolgend werden einige Studien aus dem Forschungsfeld *Sozialarbeit im stationären Gesundheitswesen* aus dem deutschsprachigen Raum vorgestellt, die sich allgemein mit professionellem Handeln, beruflicher Identität und Positionierung von Sozialarbeitenden im stationären Gesundheitswesen beschäftigen und den Bedarf an professioneller Kompetenzdarstellung im interprofessionellen Kontext hervorheben. Abschliessend werden Erkenntnisse aus dem Forschungsfeld der Sozialpsychologie aufgegriffen, da sie insbesondere im Zusammenhang mit der inszenierungstheoretischen Perspektive relevant sind.

Eine aktuelle Studie von Wyssen-Kaufmann beschäftigte sich mit der Professionalität von Sozialarbeitenden in der Erwachsenenpsychiatrie. Das Augenmerk ihrer Studie lag auf dem professionellen Handeln in der Anamnese, die interprofessionell mit anderen Professionen, insbesondere mit Ärztinnen und Ärzten ausgehandelt wird. Für die Datengewinnung führte sie unter anderem punktuelle Beobachtungen bei interprofessionellen Fallrapporten durch (2015, S. 114). Der Aushandlungsprozess in der Anamnese geschieht nach Wyssen-Kaufmann (2015) institutionell als multiprofessioneller Machtdiskurs, indem „der Arzt seine ganze Entscheidungsmacht in die Waagschale wirft und die Sachargumentation der Sozialarbeiterin nicht wirksam wird“ (S.127). Auf dem Hintergrund der Machttheorie von Bourdieu, solle die Soziale Arbeit versuchen, sich „über ihre symbolische Macht<sup>12</sup> in den Diskurs einzumischen“ (S.127).

Eine Studie von Hanses (2011) widmete sich dem professionellen Handeln von Sozialarbeitenden im Spital unter dem Einfluss der strukturellen Rahmenbedingungen der Institution. Dabei analysierte er professionelle Selbstbeschreibungen von Sozialarbeitenden aus dem Spitalsozialdienst. Er kam zum Ergebnis, dass „trotz der Strukturiertheit ... eine Aushandlung, Ausgestaltung und (Selbst-) Positionierung der Fachkräfte des Sozialdienstes erforderlich [wird] und ... auch produktiv, wenn auch nicht reibungslos, genutzt [wird]“ (S.66). Als Schlussfolgerung führte er die Frage nach der Selbstdarstellung und der Selbstpositionierung der Sozialen Arbeit in multiprofessionellen Kontexten ins Feld, ohne weiter auf diese einzugehen.

Bienz und Reinmann (2004, S. 67) untersuchten Selbst- und Fremdbeschreibung von Sozialarbeitenden im Spital. Sie kamen zum Schluss, dass die Position der Sozialarbeit im interprofessionellen Team nicht nur von anderen Berufsgruppen bestimmt wird, sondern stark von den Sozialarbeitenden selbst produziert wird. Demzufolge sollen Sozialarbeitende ihre sozialarbeiterischen Kompetenzen klar kommunizieren, um nicht fremdbestimmt zu werden.

Weitere empirische Untersuchungen bestätigen diese Ergebnisse weitgehend. Knoll (2000) analysierte die Berufspraxis von Sozialarbeitenden in der klinischen Psychiatrie,

<sup>12</sup> Mit symbolischer Macht wird nach Bourdieu insbesondere die Sprache als zentrales Medium verstanden (Bourdieu & Wacquant, 1996, S. 184).

dabei legte er den Fokus auf das professionelle Handeln aufgrund einer impliziten Wissensbasis. Die Datenerhebung erfolgte über Experteninterviews und Gruppendiskussionen (S. 13-14). Er kam zum Ergebnis, dass es Sozialarbeitenden in der Psychiatrie nicht gelingt, ihre professionellen Kompetenzen offensiv zu vertreten, da Sozialarbeitende häufig intuitiv, aus einem impliziten Wissensbestand heraus handeln (Knoll, 2000, S. 229).

Ein Forschungsprojekt von Geissler-Piltz und Gerull (2009) befasste sich mit der Frage, wie Sozialarbeitende in multiprofessionellen Arbeitssettings im Gesundheitswesen ihre professionelle Kompetenz einschätzen. Sie konkludieren, dass „im Wettbewerb ... die Erfahrung [gilt], dass sich nur die durchsetzen können, die ein bestimmtes Gut [Leistung] anbieten, welches andere Mitbewerberinnen nicht in gleicher Qualität zu liefern in der Lage sind. Soziale Arbeit wird in der multiprofessionellen Arbeit ihre Expertise offensiv nach Aussen vertreten, dokumentieren, profilieren müssen“ (S.18).

Ursachen für die Schwierigkeiten der Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen, ihre Professionalität unter Beweis zu stellen, werden hauptsächlich in der mangelnden beruflichen Identität und in der Neigung zur Selbstabwertung bzw. Minderung der eigenen Kompetenzen gesehen. Sozialarbeitende weisen, Studien zufolge, die Tendenz zur professionellen Verunsicherung auf und fühlen sich Professionen mit starker Identität, wie z.B. der Medizin, unterlegen (Sommerfeld & Gall, 1996; Sticher-Gil, 1993). Neben der Tendenz zur Selbstabwertung sieht Terbuyken (1997) Sozialarbeitende für die unterlegene Position aufgrund „ihrer Chamäleonexistenz, der Anpassung an vorgegebene oder nur vermutete Rollen, Professionalitätsmuster, in Administrationen sowie in der Domäne der Medizin“ (S.39) selbst verantwortlich.

Obschon die Studienergebnisse bereits einige Jahre zurückliegen, kann aufgrund der oben erwähnten aktuellen Studien dennoch angenommen werden, dass die berufliche Identität von Sozialarbeitenden einen Einfluss auf die Positionierung im interprofessionellen Kontext hat.

In diesem Zusammenhang ist die Studie von Wehner (2010) interessant. Sie untersuchte die Bedeutung der beruflichen Identität im Zusammenhang mit der Inszenierung von Professionalität im Berufsfeld der Sozialen Arbeit. Wehner bilanzierte, dass die habituell geprägte Identität als Ausgangsbasis für die Inszenierung von Professionalität zu verstehen ist (S. 126). Obschon die habituell geprägte berufliche Identität von Sozialarbeitenden einen Einfluss auf die Inszenierung von Professionalität und somit auf die professionelle Kompetenzdarstellung von Sozialarbeitenden hat, steht dieser Aspekt nicht im Zentrum des Forschungsinteresses. Die habituelle Inszenierung wäre jedoch für weiterführende Forschungen im Kontext des Spitals interessant.

Die Beschreibung und Klassifizierung von Selbstdarstellungstaktiken ist bei einigen Psychologinnen und Psychologen populär. Die Popularität der Bemühungen, Selbstdarstel-

lungstaktiken zu beschreiben, vermutet Mummendey (2006, S. 170) in der theoretisch unkomplizierten und im Kern einfachen Selbstdarstellungstheorie (vgl. auch Kapitel 4.1). Zusammenfassend können die bisher erforschten Selbstdarstellungstaktiken in „positive“ und „negative“ Selbstdarstellungen unterschieden werden.

Von der Tatsache ausgehend, dass bezüglich der professionellen Kompetenzdarstellung von professionellem Handeln in der Sozialen Arbeit noch keine empirischen Ergebnisse vorliegen, werden die Forschungsergebnisse der Sozialpsychologie im Hinblick auf die Forschungsfrage als wertvoll erachtet und im Theorieteil der Arbeit nähere Betrachtung finden.

Die diversen Studien zu Professionalität, Positionierung und beruflicher Identität von Sozialarbeitenden im interprofessionellen Kontext im Gesundheitswesen zeigen, dass das entsprechende Forschungsinteresse durchaus vorhanden ist. Sozialarbeitende werden aufgefordert, ihre Kompetenzen und Expertise im interprofessionellen Kontext offensiv zu vertreten, klar zu kommunizieren und sich zu profilieren. Wie Sozialarbeitende ihre Kompetenzen im konkreten Handeln in der Praxis darstellen, wird dabei nicht thematisiert. Dies macht die Thematik für die wissenschaftliche Betrachtung interessant. Die Master-Thesis soll genau dieses Empiriedefizit beleuchten und untersuchen, wie die professionelle Kompetenz in interprofessionellen Teams durch die Sozialarbeitenden im konkreten Handeln dargestellt wird.

## 1.5 Aufbau der Arbeit

Nach dem einleitenden Kapitel zur Ausgangslage, der Zielsetzung und zur Fragestellung sowie einem Überblick über den Forschungsstand folgen theoretische Ausführungen zum Professionalitätsverständnis der Sozialen Arbeit im Spital (*Kapitel 2*) und zu der Einbettung der Spitalsozialarbeit im interprofessionellen Kontext (*Kapitel 3*). Diese Kapitel bieten die Grundlage zum Verständnis der Sozialarbeit im Spital, ihrem Behandlungsauftrag im Rahmen des biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses sowie den spezifischen Aufgaben und Kompetenzen. Des Weiteren wird erläutert, welche Bedeutung die interprofessionelle Kooperation im Spital hat und mit welchen Herausforderungen die Sozialarbeitenden im Hinblick auf die Positionierung im interprofessionellen Team konfrontiert sind.

Im *vierten Kapitel* werden die Grundlagen der inszenierungstheoretischen Perspektive auf Professionalität beschrieben, welche schliesslich die begrifflich-theoretische Grundlage für die qualitativ-rekonstruktive Forschungspraxis und für die Diskussion der Ergebnisse im Hinblick auf die Positionierung der Sozialarbeitenden zur Verfügung stellt. Im *fünften Kapitel* wird das forschungsmethodische Vorgehen vorgestellt und das Datenerhebungsverfahren mittels der Audioaufzeichnung von authentischen Gesprächen sowie das Datenauswertungsverfahren der dokumentarischen Methode erläutert und begründet. Die Er-

gebnisse werden im *sechsten Kapitel* anhand von Fallbeschreibungen und Kompetenzdarstellungsmustern dargestellt. Schliesslich werden die Ergebnisse im *siebten Kapitel* vor dem Hintergrund der inszenierungstheoretischen Perspektive diskutiert und die Fragestellung beantwortet. Nach einer kritischen Reflexion des Forschungsprozesses werden die Ergebnisse im *achten Kapitel* abschliessend zusammengefasst und ihre Bedeutung für die Sozialarbeit im Spital diskutiert und weiterführende Forschungsfragen aufgegriffen.

## 2 Professionalitätsverständnis der Sozialarbeit im Spital

Die Auseinandersetzung mit dem professionellen Handeln von Sozialarbeitenden im interprofessionellen Kontext Spital bedingt in erster Linie die Klärung des Professionalitätsverständnisses der Spitalsozialarbeit. Um die sozialarbeiterische Zuständigkeit im Spital genauer zu bestimmen, ist es zudem nötig, die Zusammenhänge zwischen Sozialer Arbeit und Krankheit zu analysieren. Dadurch wird es möglich, den Behandlungsbeitrag der Sozialarbeit im Spital zu konkretisieren und das Professionalitätsverständnis zu umreißen. Im folgenden Kapitel wird deshalb zuerst auf das professionelle Selbstverständnis der Sozialen Arbeit im Spital eingegangen, anschliessend wird anhand des biopsychosozialen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit die Zuständigkeit der Sozialarbeit im Spital begründet und schliesslich werden die Aufgaben und Kompetenzen der Spitalsozialarbeit aufgezeigt.

### 2.1 Professionelles Selbstverständnis der Sozialarbeit im Spital

Für das professionelle Selbstverständnis im Spital, ist es sinnvoll, auf das Konzept der Klinischen Sozialarbeit einzugehen (Ansen et al., 2004, S. 18). Klinische Sozialarbeit findet ihre Wurzeln in den USA, wo sich seit den 1960er Jahren die Clinical Social Work zu etablieren begann (Pauls, 2013, S. 13–16). Der Begriff „Klinisch“ verweist terminologisch nicht automatisch auf stationäre Klinik- bzw. Spitalsozialarbeit, sondern versteht sich als beratende und behandelnde Tätigkeit in unterschiedlichen Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens, unabhängig davon, ob diese stationär, teilstationär oder ambulant durchgeführt wird (Geissler-Piltz et al., 2005, S. 15; Pauls, 2013, S. 16). Während Klinische Sozialarbeit in Deutschland eine lange Tradition aufweist und sich der Begriff „Klinisch“ hauptsächlich an der stationären Spitalsozialarbeit orientiert (Ansen, 2002, S. 84), ist der Begriff „Klinische Sozialarbeit“ in der Schweiz<sup>13</sup> noch nicht weit verbreitet und Bedarf weiterer Klärung (Hüttemann, Fetscher, & Leuthold, 2007, S. 8; Kaegi & Fäh, 2004, S. 9).

Gegenstand der Klinischen Sozialarbeit ist nach Wendt: „psychosoziale Störungen und körperliche Beeinträchtigungen in ihrem sozialen Zusammenhang, wobei mit der professionellen Kompetenz Sozialer Arbeit auf Heilung, Linderung und Besserung hingewirkt wird“ (2000, S. 4-17, zitiert nach Ansen et al., 2004, S. 18). Das professionelle Handeln der Klinischen Sozialarbeit setzt einerseits auf der Ebene der Gesundheitsversorgung an, wenn durch eine Krankheit soziale Problematiken entstehen, andererseits im präventiven

<sup>13</sup> Die Fachtagung Klinische Sozialarbeit Schweiz 2018 in Olten wird sich den aktuellen Fragen zur Konzeptionierung und Positionierung der Klinischen Sozialarbeit in der Schweiz widmen (<http://web.fhnw.ch/plattformen/klinische-sozialarbeit>). Klinische Sozialarbeit wird nach wie vor kontrovers diskutiert und es besteht keine Einigkeit darüber, ob diese als Teil der Klinischen Sozialarbeit angesehen werden kann und soll. Dieser Diskurs steht Rahmen der Master-Thesis jedoch nicht im Fokus.

oder rehabilitativen Kontext, um Gesundheit wiederherzustellen, zu bessern oder zu erhalten.

Dabei orientiert sich die Klinische Sozialarbeit am biopsychosozialen Gesundheitsverständnis, das davon ausgeht, dass Gesundheit und Krankheit sich wechselseitig bedingen und von verschiedenen physischen, psychischen und sozialen Faktoren beeinflusst werden (Geissler-Piltz, 2005, S. 12). Unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Dimension im Gesundheits- und Krankheitsgeschehen liegt nach Pauls (2013) die zentrale Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit „... in der professionellen Kompetenz, mittels wissenschaftlich fundierter Methoden notwendige Veränderungen der psycho-sozialen Lebenslage und Lebensweise zu erreichen: zusammen mit den Betroffenen, ihren Bezugspersonen und ihrem sozialen Netzwerk, beteiligten Institutionen und Professionen“ (S. 17).

Zusammenfassend liegen die Schwerpunkte der Klinischen Sozialarbeit im methodengeleiteten und interprofessionellen Handeln, wenn Menschen von gesundheitlichen Problemen bedroht oder erkrankt sind. Die professionelle Kompetenz der Sozialarbeitenden besteht darin, Gesundheit von Menschen in ihrer Lebenssituation und ihrem Umfeld wiederherzustellen, zu verbessern oder auch zu erhalten.

Der Auftrag der Sozialen Arbeit im Spital als primär spezialisierte medizinische Einrichtung setzt hauptsächlich im System der Gesundheitsversorgung an, wenn bei Menschen bereits eine gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegt und begründet sich nach Hüttemann, Rösch, Schmid & Allenspach (2012) wie folgt:

Bei der im Krankheitsfall häufig gegebenen erhöhten Vulnerabilität können soziale Komplikationen potentiell alle Patientinnen und Patienten betreffen. Können Ressourcen und Problemlösungskapazitäten der betroffenen Person und ihres sozialen Umfelds nicht ... aus eigener Kraft mobilisiert werden, kann das zu einem psychosozialen Hilfebedarf führen, der durch das Leistungsangebot der Sozialen Arbeit im Spital abgedeckt wird. (S. 203)

Das eigentlich Sozialarbeiterische erschliesst sich nach Geissler-Piltz, Mühlum, und Pauls (2005) folglich aus dem spezifischen Anlass zur Unterstützung und der Art der notwendigen Leistungen. Anlässe können beispielsweise Krankheiten mit längerfristigen Konsequenzen auf Sprache, Mobilität und die eigenständige Lebensführung, psychische Erkrankungen sowie Abhängigkeitserkrankungen, Suizidalität und besondere Bedürfnisse kranker Kinder (vorübergehende Nicht-Versorgung, Fremdplatzierungen etc.) sein. Die professionellen Kompetenzen der Sozialarbeitenden sind auch bei Arbeitslosigkeit, sozioökonomischen Problemen, schwierigen Wohnverhältnissen, Kontroversen mit Behörden und Versicherungen gefragt (S. 89).

Die methodischen Ansätze der Beratung und Behandlung und das biopsychosoziale Verständnis der Klinischen Sozialarbeit, werden gemäss Ansen, Gödecker-Geenen, und Nau (2004, S. 19) und von Geissler-Piltz et al. (2005, S. 90) auch für das professionelle Handeln der Sozialarbeitenden im Spital benötigt, um den psychosozialen Implikationen von Krankheit Rechnung zu tragen.

Die Klinische Sozialarbeit bildet nach Ansen (2002, S. 86) das methodische und theoretische Dach des professionellen Handelns der Spitalsozialarbeit. Auch Pauls (2013, S. 344) ist der Meinung, dass Spitalsozialarbeit als stationäres Setting im Gesundheitswesen als ein Element der Klinischen Sozialarbeit gesehen werden kann. Für das professionelle Selbstverständnis der Spitalsozialarbeit wird diese für die vorliegende Arbeit deshalb als ein Teilbereich der Klinischen Sozialarbeit angesehen.

Die Vielfalt von psychosozialen Implikationen der Patientinnen und Patienten, mit denen die Spitalsozialarbeit konfrontiert ist, markiert die Wichtigkeit der sozialen Dimension von Krankheit im Spital. Anhand des biopsychosozialen Verständnisses werden deshalb im Folgenden die soziale Ebene von Krankheit und der damit einhergehende Zuständigkeitsbereich der Spitalsozialarbeit im interprofessionellen Kontext ausgewiesen.

## 2.2 Das biopsychosoziale Verständnis von Gesundheit und Krankheit

Wie bereits angedeutet ist das biopsychosoziale Verständnis von Gesundheit und Krankheit für die Klinische Sozialarbeit und somit auch für den Behandlungsauftrag des Spitalsozialdienstes wesentlich.

Das biopsychosoziale Modell definiert Gesundheit und Krankheit nicht als ein Zustand, sondern als ein dynamisches Geschehen (Egger, 2005, S. 3). Es ist sowohl in der Medizin als auch in den Sozialwissenschaften anerkannt und gründet auf der schlichten und doch weitreichenden Gesundheitsdefinition der World Health Organisation (WHO) von 1946, welche die Gesundheit als einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (World Health Organisation [WHO], 1946) definiert.

Das biopsychosoziale Modell (vgl. Abb. 1) wurde in den 1970er Jahren durch Engel beschrieben und bezieht nebst biologischen Faktoren auch die psychische und die soziale Ebene in das Verständnis von Entstehung und Verlauf von Krankheiten mit ein. Die drei Ebenen sind in ihrer komplexen Wechselwirkung zu berücksichtigen. Der Mensch ist aus diesem Verständnis heraus als Teil umfassender Lebenssysteme, wie zum Beispiel dem Familiensystem, zu verstehen, wobei er selbst wiederum ein System aus vielen Subsystemen, wie zum Beispiel der Gefühle, bildet. Die verschiedenen Systemebenen stehen in

Wechselbeziehung<sup>14</sup> zueinander und regeln sich gegenseitig. Der einzelnen Person wird dabei eine zentrale Rolle in der Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit sowie im Behandlungsprozess zugeschrieben (Pauls, 2013, S. 98–99). Nach Pauls (2013, S. 99) ist es daher entscheidend, wie eine Person Krankheit wahrnimmt, und die Behandlung wird massgeblich durch interpersonale, familiäre und gesellschaftliche Einflüsse geprägt.

Die sozialen Effekte auf die Gesundheit werden durch eine beeindruckende Anzahl von Studien aus der gesundheitswissenschaftlichen Forschung nachgewiesen. Sie bestätigen den Einfluss von sozialen und psychosozialen Faktoren auf Krankheitsursachen sowie deren Bedeutung für Krankheitsfolgen. Sie zeigt zudem in überzeugender Weise auf, dass psychosoziale Integration und soziale Unterstützung zu den besten Heilmitteln für psychische und körperliche Erkrankungen gehören (Geissler-Piltz et al., 2005, S. 21; Pauls, 2013, S. 32). Der Erfolg einer Behandlung wird dementsprechend von einer funktionierenden integrierten biopsychosozialen Gesamtkonzeption abhängig gemacht (Gahleitner, Pauls, Hintenberger, & Leitner, 2014, S. 21). Laut dem World Health Report der WHO (2001) müsse der sozialen Dimension im Gesundheitswesen nach dem heutigen Stand der Forschung zunehmend mehr Platz eingeräumt werden.

Folgt man dem Modell, werden also nicht nur objektive Aspekte für den Gesundheitszustand und den Behandlungsbedarf als ausschlaggebend erachtet, sondern auch die subjektiven Faktoren der Patientinnen und Patienten. Die Abbildung 1 auf der nachfolgenden Seite stellt das biopsychosoziale Modell als Dreieck dar:

<sup>14</sup> Am biopsychosoziale Modell wird durch verschiedene Autorinnen und Autoren kritisiert, dass es an spezifischen Aussagen und Begrifflichkeiten zu der Beziehung zwischen den drei Ebenen fehle (Egger, 2005, S. 6; Gahleitner, Pauls, Hintenberger, & Leitner, 2014, S. 20; Sommerfeld, Dällenbach, Rügger, & Hollenstein, 2016, S. 93). Als Antwort darauf wurde das Modell der funktionalen Gesundheit entwickelt, welches versucht die drei verschiedenen Ebenen dynamisch und effektiv miteinander zu verknüpfen (Sommerfeld et al., 2016, S. 93).

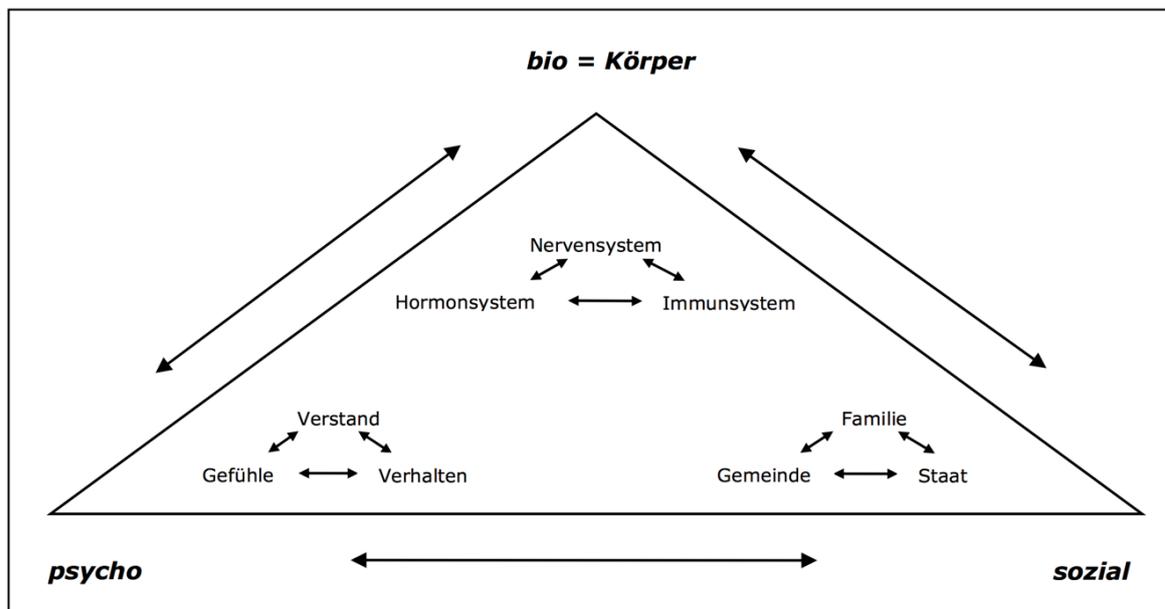


Abbildung 1. Das biopsychosoziale Modell

Quelle: Friedrich (2001)

Die biologisch/körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren bilden die Eckpunkte des Dreiecks, die in wechselseitiger Beziehung zueinander stehen.

Gesundheit erweist sich somit als multidimensional und multiperspektivisch zu bestimmenden Gegenstand, der eine arbeitsteilige interprofessionelle Praxis der Behandlung erfordert (Gahleitner et al., 2014, S. 21; Pauls, 2013, S. 32–33). Homfeldt und Sting (2006) sehen die Entdeckung der psychosomatischen Wechselwirkungen als Ausgangspunkt, dass Erkrankungen „auf vielfältige Weise mit unterschiedlichen Aspekten der gesamten Lebensführung verflochten erscheinen“ (S. 13). Sie sind der Ansicht, dass die Behandlung im Sinne einer biopsychosozialen Perspektive nur durch ein interprofessionelles, kooperatives Vorgehen erfüllbar ist, an dem auch die Soziale Arbeit beteiligt ist (S. 13-14). So müsse die Soziale Arbeit laut Mühlum (2002, S. 13) insbesondere das (Psycho-) Soziale betonen, während die Medizin sich auf die Ebene des Körperlichen fokussiert.

Das biopsychosoziale Modell scheint somit geeignet, die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit als bedeutsame Dimension auszuweisen. Es wird auf interprofessioneller Ebene sichtbar, worauf sich der Zuständigkeitsbereich und die professionellen Kompetenzen der Spitalsozialarbeit beziehen, die im nächsten Kapitel beschrieben werden.

## 2.3 Aufgaben und Kompetenzen der Sozialarbeit im Spital

Gemäss der Klinischen Sozialarbeit Schweiz (2014) beziehen sich die Interventionen der Spitalsozialarbeit auf die sozialen Aspekte des biopsychosozialen Gesundheitsgeschehens, ohne dabei die biologischen und psychologischen Anteile ausser Acht zu lassen. Ihr Ziel ist es, den Patientinnen und Patienten trotz Krankheit eine autonome Lebensführung zu ermöglichen und dabei die Risikofaktoren und Ressourcen zu erfassen. Damit trägt sie einen wesentlichen Teil zum biopsychosozialen Wohlergehen von Menschen bei und leistet mit ihren Interventionen einen wirkungsvollen und effizienten Beitrag an die Gesundheitsversorgung.

Das Leistungsangebot der Sozialen Arbeit im Spital umfasst ein breites Spektrum an Aufgaben, die je nach Spital und Abteilung variieren und unter anderem durch die Veränderungen in der Patientinnen-/Patientenstruktur beeinflusst wird (Bienz & Reinmann, 2004, S. 20). Nach Mühlum, Student und Student (2016, S. 43) unterscheiden sich die benötigten Kompetenzen, die Sozialarbeitende für die Erfüllung des Leistungsangebots benötigen, in fachlicher Hinsicht, jedoch nicht wesentlich.

Das Leistungsangebot umfasst in Anlehnung an Hüttemann et al. (2012, S. 204) folgendes Aufgabenspektrum:

- Beratung zur sozialen und beruflichen (Re-) Integration,
- Beratung zu Ansprüchen, Leistungen und Unterstützungsangeboten,
- Beratung und Unterstützung von Angehörigen,
- Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung,
- Psychosoziale Diagnostik,
- Psychosoziale Krisenintervention,
- Koordinierte Prozessgestaltung und Triage,
- Komplexe Austrittsplanung und –gestaltung.

Das Leistungsangebot des Spitalsozialdiensts umfasst beraterische Leistungen zu krankheitsbedingten Anliegen in unterschiedlichen Lebenssituationen der Patientinnen und Patienten und setzt damit vorwiegend auf der Ebene des Individuums und des sozialen Netzwerks an.

Nebst Angeboten, die direkt an die Patientinnen und Patienten gerichtet sind, bietet die Spitalsozialarbeit auch indirekte Leistungen gegenüber Angehörigen anderer Berufsgruppen (Weiterbildungen, Teilnahme an Arbeitsgruppen, Vertretung der des Spitals gegen Aussen etc.) und Leistungen gegenüber der Ausbildung von Sozialarbeitenden (Praxisausbildung und Unterricht) an (Bienz & Reinmann, 2004, S. 19).

Die Umsetzung dieses Leistungsspektrums der Spitalsozialarbeit setzt nach Ansen et al. (2004) eine breite Wissensgrundlage sowie vielfältige beraterische und methodische Kompetenzen voraus. Die Wissensbasis der Sozialen Arbeit im Spital umfasst grundsätzliches Wissen über soziale Problemlagen sowie Möglichkeiten und Grenzen der sozialen Sicherung in problematischen Lebenslagen (S. 18). Zudem erfordert die Sozialarbeit im Spital Wissen über die Entstehung und Bedingungen von somatischen und psychischen Erkrankungen (Klinische Sozialarbeit Schweiz, 2014). Das Methodenrepertoire umfasst Kompetenzen in Sozialanamnese und Sozialdiagnostik, Krisenintervention, Gesprächsführung zur Analyse und Lösung familiärer Belastungen, zur Vermittlung lebenspraktischer Fähigkeiten, zur Erschliessung von Sozialleistungen und zur Organisation und Koordination von Nachsorgelösungen (Ansen et al., 2004, S. 18–19). Laut einer Bestandsaufnahme der SFSS (2013, S. 18) verfügen Sozialarbeitende in der Schweiz mehrheitlich über Weiterbildungen zu Beratungsmethoden und Gesprächsführung sowie zu Krisenintervention und Case Management.

Als Kernkompetenzen der stationären Sozialarbeit im Gesundheitswesen sieht Ningel (2011, S. 15) folgende:

- Prozessorientierung – ganzheitlicher Blick auf die Patientinnen und Patienten,
- Fähigkeit der individuellen und ganzheitlichen Beratung,
- Kompetenz zur Netzwerkkoordination,
- Koordination der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Wie der letzte Punkt bereits beschreibt, beziehen sich die Kernkompetenzen sowohl auf die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen bzw. ihr soziales Netz, als auch auf die interprofessionelle Zusammenarbeit. Nau (2014, S. 76-77) nennt dabei auch die Fähigkeit der Sozialarbeitenden die Kommunikation zwischen dem Behandlungsteam und den Patientinnen und Patienten wie auch innerhalb des Teams zu fördern, wie beispielsweise durch die Führung von Konfliktgesprächen. Ein weiteres Potential der Spitalsozialarbeit basiert gemäss Nau (2014, S. 76) und Geissler-Piltz und Pauls (2013, S. 61) auf der ganzheitlichen Perspektive auf den Behandlungsverlauf, da die Sozialarbeitenden damit einen wichtigen Beitrag zur Integration der mehrdimensionalen Behandlungsperspektiven und somit zur Koordination des Gesamtbehandlungsprozesses leisten.

### 3 Sozialarbeit im interprofessionellen Kontext Spital

Die interprofessionelle Kooperation bedarf nach Obrecht<sup>15</sup> (2006, S. 408, 2015, S. 25) eines gemeinsamen d.h. von allen beteiligten Professionen geteilten Bezugsmodells, auf dessen Grundlage die Arbeitsteilung organisiert und die Intervention in der anschliessenden interprofessionellen Praxis koordiniert werden können.

Das biopsychosoziale Paradigma bietet einen handlungsleitenden Rahmen für die interprofessionelle Zusammenarbeit. Der Spitalsozialdienst leistet einen wesentlichen Beitrag im Behandlungsprozess der Patientinnen und Patienten und kann diesen nur in Kooperation mit anderen Professionen erfüllen.

Dieses Kapitel widmet sich dem Konzept der interprofessionellen Kooperation im Spital sowie den institutionellen und strukturellen Herausforderungen für die Positionierung der Sozialarbeitenden im interprofessionellen Team.

#### 3.1 Interprofessionelle Kooperation im Spital

Die Kooperation mit anderen Professionen ist vor dem Hintergrund der zunehmenden Komplexität der Gesundheitsprobleme und des sich wandelnden mehrdimensionalen Gesundheitsverständnisses ein wichtiges Merkmal der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (Gahleitner et al., 2014, S. 93; Homfeldt, 2012, S. 497; Homfeldt & Sting, 2006, S. 204).

Diese Entwicklungen haben weitergehende Folgen für die Tätigkeiten der Sozialen Arbeit und es besteht zunehmend Konsens darin, dass dem umfassender werdenden Versorgungsbedarf nur noch durch die Integration sozialarbeiterischer, therapeutischer und medizinischer Hilfen begegnet werden kann (Gahleitner & Homfeldt, 2014, S. 93). Der Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz verpflichtet Sozialarbeitende gemäss Art. 16 im Hinblick auf die Lösung komplexer Probleme zur interprofessionellen Kooperation und zur Vertretung ihres fachspezifischen Standpunktes (Avenir Social, 2010, S. 13).

Die Begriffe *Interprofessionalität* und *Multiprofessionalität*, werden häufig austauschbar für die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Professionen benutzt. Die Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Definitionen zeigt jedoch, dass es sich um unterschiedliche Begrifflichkeiten handelt<sup>16</sup>. Von Multiprofessionalität wird gesprochen, wenn mehrere Professionen nebeneinander zusammenarbeiten. Eine Interaktion zwischen den zwei Berufsgruppen wird dabei nicht impliziert. „Inter-“, („zwischen“) bezeichnet im Gegensatz dazu ein verknüpftes Miteinander und findet ein wechselseitiger Austausch zwischen den

<sup>15</sup> Vgl. auch die Grundzüge des biopsychosozioökulturellen Modells menschlicher Individuen als integratives Modell der Handlungswissenschaften nach Obrecht (2015, S. 14–21).

<sup>16</sup> Die Uneindeutigkeit der Begriffsbestimmungen erweist sich im Gesundheitswesen als funktional, da die Begriffsinhalte so an unterschiedliche Ansprüche und Neugestaltungen der Versorgung des Gesundheitswesens angepasst werden können (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW], 2017, S. 5). Da es sich bei der Master-Thesis um eine wissenschaftliche Arbeit handelt ist eine klare Begriffsdefinition nötig, um den Forschungsgegenstand zu umreissen und einzugrenzen.

Professionen statt (Wasner, 2015, S. 10; Wider, 2013, S. 11). Schmerfeld und Schmerfeld (2000) definieren Interprofessionalität im Spital als ein Zusammenwirken der Ärztinnen und Ärzte, der Pflegenden, Sozialarbeitenden und anderen Berufsgruppen zur *Lösung eines praktischen Problems*. Dabei betonen sie die Beziehung und den Dialog zwischen verschiedenen Berufsgruppen (S. 98).

Der Begriff Interprofessionalität wird deshalb für die vorliegende Fragestellung als geeignet erachtet, da die Arbeit auf die Beziehung der Sozialarbeitenden mit den anderen Berufsgruppen im Spital fokussiert und untersuchen möchte, wie Sozialarbeitende ihre *Lösungsperspektive* im Sinne einer professionellen Kompetenzdarstellung in den Dialog einbringen.

Das Bundesamt für Gesundheit (2017) definiert Interprofessionalität in Anlehnung an die Definition der WHO (2010) als „Lehre und Tätigkeit, die zustande kommt, wenn Fachleute von mindestens zwei Professionen gemeinsam arbeiten und voneinander lernen ... mit dem Ziel, die Gesundheitsresultate zu verbessern“ (Bundesamt für Gesundheit, 2017, S. 5). Wasner (2015, S. 11) ergänzt diese Definition im Spitalkontext und nennt nebst dem Aspekt voneinander und übereinander lernen, die kritische Reflexion des Wissens und die Bereitschaft, das Wissen zu teilen und ein gemeinsames Verständnis der Probleme zu entwickeln. Dabei geht es nach Schmerfeld und Schmerfeld (2000) neben dem Aushandeln von verschiedenen Perspektiven auch um „verschiedene Konstruktionen von Wissen, verschiedene Weisen der Wissensproduktion, Erzählungen und Handlungsstrategien“ (S. 102).

Das Begriffskonstrukt *Interprofessionelle Kooperation* vereint schliesslich die Aspekte der gemeinsamen Verständnisbildung und Zielerreichung in Zusammenarbeit der Berufsgruppen. Während unter Kooperation im Allgemeinen eine bestimmte Interaktionsform zwischen Individuen und grösseren Systemen zur gemeinsamen Zielerreichung verstanden wird (Vollmer, 2016, S. 253), spezifizieren Merten und Kaegi (2016) den Begriff Kooperation als eine „bewusst gewählte, beabsichtigte und fachlich begründete Zusammenarbeit“ (S.10) und nennen als Merkmale von Kooperationen „mindestens zwei Kooperationspartner, ein intendiertes Handeln, Abstimmungs- und Aushandlungsprozesse, Zielinterdependenz ... sowie die Zusammenlegung von Ressourcen und Kompetenzen, die als notwendig erachtet werden, um die Ganzheitlichkeit der Hilfen zu gewährleisten und der Komplexität der Problemlagen Rechnung zu tragen [sic]“ (S. 11).

Interprofessionelle Kooperation lässt sich für die vorliegende Fragestellung also zusammenfassend als eine bewusste, fachlich begründete Zusammenarbeit von mindestens zwei Berufsgruppen definieren, die zielgerichtet mit unterschiedlichen professionellen

Kompetenzen und Ressourcen die Bewältigung von komplexen Problemlagen von Patientinnen und Patienten verfolgt.

### 3.2 Teamartige interprofessionelle Kooperation als Gelingensfaktor

Im Kontext der Sozialen Arbeit und Gesundheit sehen Homfeldt und Sting (2006, S. 205) die interprofessionelle Kooperation in Form einer teamartige Kooperation als passenden Zugang, da die beteiligten Professionen als gleichberechtigt bei der Erbringung von Leistung betrachtet werden und sich Teamarbeit insbesondere in der direkten Zusammenarbeit bei komplexen Problemstellungen als wichtig erweist. Eine Studie der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zur Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit im Spital hat zudem ergeben, dass insbesondere die gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen eine wichtige Voraussetzung für gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit darstellt (2017, S. 7).

Von gelingender interprofessioneller Teamarbeit spricht Wasner (2015, S. 11) wenn die unterschiedlichen Sichtweisen gegenseitig respektiert und zusammengeführt werden. Als Voraussetzung dafür nennt nebst Wasner auch Galli (2017) eine geeignete Reflexions- und Feedbackkultur im Team und eine klare Verteilung der Zuständigkeiten.

In diesem Zusammenhang definiert Pauls (2013) für die Zuständigkeitshierarchie und die interprofessionelle Kooperation in einem integrierten biopsychosozialen Behandlungskonzept *Regeln*. Diese sollen in der Praxis der mehrdimensionalen Behandlung der Patientinnen und Patienten eingehalten werden, damit allen Dimensionen sowohl auf der Ebene der Intervention als auch der Diagnostik Rechnung getragen wird<sup>17</sup>.

Die *Regeln* lassen sich zusammenfassend wie folgt zusammenfassen:

- Bei der Sozialanamnese und den Interventionen sind sowohl medizinische als auch psychologische Befunde zu berücksichtigen.
- Die medizinische Behandlung muss sozialrelevante Erkrankungsursachen bzw. -folgen bedenken und dementsprechend psychologische und soziale Abklärungen miteinbeziehen.
- Die jeweilige primäre Behandlungsprofession ist bei Bedarf für die Koordination der Leistungen auf den anderen Ebenen zuständig.
- Die Priorität der Behandlung kann wechseln oder sich auf eine andere Systemebene verlagern (S. 114).

Schliesslich werden die Berufsgruppen auch in der Charta für die Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen angehalten, die Zuständigkeitshierarchie an dem Bedarf der Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen sowie an den benötigten professi-

<sup>17</sup> So hat zum Beispiel eine Parkinsonerkrankung psychische Veränderungen zur Folge, die wiederum Konsequenzen auf der interpersonellen und sozialen Ebene nach sich ziehen können.

onellen Kompetenzen zu orientieren. Dies verlangt von den Berufsgruppen zudem die Bereitschaft, situativ Aufgaben abzugeben oder neu zu übernehmen (SAMW, 2014).

Diese *Regeln* implizieren, dass eine teamartige Kooperation wohl eine gleichberechtigte Erbringung von Leistungen vorsieht, die Leistungen jedoch im Sinne des Behandlungsbedarfs in ihrer hierarchischen Ordnung zu berücksichtigen und die Zuständigkeiten aufeinander abzustimmen sind.

Um die Koordination der Zuständigkeiten zu gewährleisten, werden eine funktionierende Teamkommunikation (formell und informell), institutionalisierte Gefässe wie regelmässige interprofessionelle Fallbesprechungen, gemeinsame Visiten sowie die gemeinsame Dokumentation in einem Informationssystem oder einer Akte als hilfreich erachtet. Solche gemeinsamen Strukturen vermitteln gemäss Homfeldt und Gahleitner (2014, S. 95) sowohl den Patientinnen und Patienten als auch den Professionellen Sicherheit und Halt. Sie bieten die Möglichkeit, Meinungsverschiedenheiten über Diagnostik und Interventionen sowie andere fachspezifische Ansichten aus dem medizinischen, psychologischen und sozialarbeiterischen Bereich in gemeinsamen Aushandlungsprozessen regelmässig auszutauschen.

Es wird jedoch kritisch angemerkt, dass die gemeinsamen Aushandlungsprozesse in erster Linie auch ein Mehr an zeitlichen Ressourcen benötigen, dass jedoch langfristig die Arbeit erheblich effektiver wird und im Sinne des biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses dem Wohle der Patientinnen und Patienten dient (Gahleitner & Homfeldt, 2014, S. 95–96; Galli, 2017).

### 3.3 Die Position der Sozialarbeit innerhalb des interprofessionellen Teams

Aufgrund der Ausführungen und Erkenntnisse aus den vorhergehenden Kapiteln kann angenommen werden, dass der Sozialarbeit im Spital eine wichtige Position im interprofessionellen Team und im Behandlungsverlauf der Patientinnen und Patienten zukommt. Wie bereits in der Ausgangslage erwähnt, fällt es den Sozialarbeitenden jedoch schwer, sich gegenüber den anderen Berufsgruppen zu positionieren, und es sei der Sozialen Arbeit laut Homfeldt und Sting (2006) „noch nicht hinlänglich gelungen, sich im Sinne eines teamarbeitsbezogenen Verständnisses integrativer Kooperation zu etablieren“ (S. 207). Nachfolgend wird deshalb auf die für die Fragestellung zentralen strukturellen und institutionellen Herausforderungen für die Positionierung der Sozialarbeitenden im interprofessionellen Team eingegangen.

Mit Positionierung der Sozialarbeitenden ist in Bezug auf die vorliegende Fragestellung die Stellung sowie die Anerkennung der eigenständigen Behandlungsbeiträge der Spitalsozialarbeit und deren Fach- und Problemlösungskompetenz im interprofessionellen

Team gemeint. Nach Wehner (2010, S. 178) werden durch die erfolgreiche Darstellung der Problemlösungskompetenz Berufshierarchien erschaffen und verteidigt.

Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Position der Sozialarbeitenden nicht in jedem Spital dieselbe ist und insbesondere auch davon abhängt, ob es sich um ein privates oder öffentliches Spital handelt und wie die Spitalsozialarbeit in den jeweiligen Spitälern verankert ist. Nachfolgend sollen allgemeine Herausforderungen bezüglich der Positionierung der Sozialarbeitenden im interprofessionellen Team aufgezeigt werden. Des Weiteren wird die Position der Sozialarbeitenden vor dem Hintergrund der inszenierungstheoretischen Perspektive (vgl. Kapitel 4.3) und wie dies auch Bienz und Reinmann (vgl. Kapitel 1.4) in ihrer Studie schlussfolgern, nicht als unveränderlich gesehen, sondern es wird angenommen, dass diese durch die Sozialarbeitenden durch erfolgreiche Kompetenzdarstellung aktiv beeinflusst und verändert werden kann.

Die interprofessionelle Kooperation im Spital wurde in den letzten Jahren massgebend durch strukturelle Veränderungen wie etwa durch die Einführung des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems beeinflusst (Lipski, 2004). Im Zuge dieser Veränderungen sei die Sozialarbeit im Spital nach Geissler-Piltz et al. (2005, S. 91) umso mehr unter Druck, ihre Zuständigkeiten und ihren Behandlungsauftrag präziser zu bestimmen. Folgt man Ansen et al. (2004, S. 28–29) und Ortmann und Röh (2008, S. 131), wächst infolge kürzerer Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten die Bedeutung eines ungestörten Informationsflusses und klarer Kooperationsstrukturen. Zur Abklärung der Gesamtsituation und Vorbereitung von Unterstützungsleistungen sind die Sozialarbeitenden auf die Wahrnehmung der Probleme im sozialen Nahraum durch die anderen Berufsgruppen und einen ungestörten Informationsfluss bezüglich Versorgungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten, insbesondere auf die Kooperation mit dem medizinischen und pflegenden Personal angewiesen.

Die Kooperation zwischen den Ärztinnen und Ärzten und den Sozialarbeitenden ist gemäss Hanses (2011, S. 65) und Anses et al. (2004, S. 28) durch eine hierarchische<sup>18</sup> Beziehung geprägt. Dies wird hauptsächlich durch die weitgehend biomedizinische Dominanz im Spital begründet, wodurch die Ärztinnen und Ärzte über den Arbeitsauftrag der Sozialarbeitenden bestimmen und somit die Definitionsmacht über die sozialen Zuständigkeiten übernehmen. Die professionelle Fallbearbeitung der Sozialarbeitenden ist damit vom Zeitpunkt der Beauftragung und Informationsvermittlung durch die Ärztinnen und Ärzte abhängig.

Es kann demnach vielmehr von einer Delegation des Sozialen als von einem gemeinsamen Aushandlungsprozess bezüglich Zuständigkeiten gesprochen werden.

<sup>18</sup> Im Zusammenhang mit Hierarchie ist auch die Thematik Macht und Sozialarbeit im Spital ein oft diskutiertes Thema. Im Rahmen der Master-Thesis wird dieser Aspekt nicht weiter aufgenommen, obschon diese Thematik eine weitere Master-Thesis füllen würden.

Der sozialen Dimension wird im Spital weiterhin eine nachrangige Bedeutung zugeschrieben. Die interprofessionelle Kooperation im Krankenhaus unterliege deshalb nach Hanses (2011, S. 65) „keiner egalitären Kooperativität“.

Mit dem Pflegepersonal als zweiter zentralen Kooperationsinstanz im Spital werden insbesondere Informationen zum sozialen Umfeld, zum Pflegebedarf oder zur weiteren Behandlung der Patientinnen und Patienten ausgetauscht. Die Kooperation mit den Pflegefachkräften wurde in den letzten Jahren durch die einsetzende Professionalisierung der Pflege beeinflusst, da der Pflegebereich gemäss Ansen et al. (2004, S. 30) seine Aufgabefelder auf sozialarbeiterische Handlungsfelder ausdehnt und die Spitalsozialarbeit von gewissen Tätigkeitsbereichen ausgrenzt.

Damit ist auch bereits eine weitere institutionelle Herausforderung aufgegriffen und zwar die unklaren Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten. In der interprofessionellen Kooperation im Spital speziell auf der Palliativstation gibt es laut Wasner (2015, S. 11) immer wieder Diskussionen, welche Profession für die psychosoziale Begleitung zuständig ist. Folgt man Wasner erachten sich oft auch Pflegenden, Ärztinnen und Ärzte oder die Seelsorge für die psychosoziale Begleitung als kompetent und sehen Sozialarbeitende hauptsächlich für sozialrechtliche Fragstellungen zuständig. Die organisatorisch-verwaltenden Tätigkeiten werden auch vom restlichen Spitalpersonal als hauptsächliche Aufgabe von Sozialarbeitenden angesehen (vgl. auch Geissler-Piltz et al., 2005, S. 90). Dies mag, folgt man Wasner, durch die Wechselwirkungen der einzelnen Problemfelder (bio-psychosoziale) zueinander begründet sein (vgl. auch Kapitel 2.2) oder, folgt man Homfeldt (2012, S. 489) auch der Situation geschuldet sein, dass das Behandlungsteam zu wenig über das Leistungsangebot der Spitalsozialarbeit Bescheid weiss.

Gerade Zuständigkeits- und Abstimmungsprobleme erfordern laut Merten und Kaegi (2016, S. 11) Aushandlungs- und Abstimmungsprozesse in Form von interprofessioneller Kooperation zur Koordination der Aufgabenteilung.

Dabei ist es für die Qualität der interprofessionellen Kooperation wichtig, dass die Soziale Arbeit eigene, für sie spezifische Aufgaben und Zuständigkeitsbereiche hat, mit denen sie sich von anderen Berufsgruppen unterscheiden kann, und die Aufgaben und Rollen klar verteilt sind (Homfeldt & Sting, 2006, S. 206).

Zu den genannten Herausforderungen kommt einerseits hinzu, dass die Sozialarbeitenden im Spital eine marginalisierte Minderheit darstellen und sie quantitativ nur gering vertreten sind (Ansen et al., 2004, S. 20; Frei, 2013). Andererseits sind Sozialarbeitende im Spital meist nicht nur einem Team angehörig, sondern arbeiten im Team des Spitalsozialdienstes und sind auch im interprofessionellen Team auf den jeweiligen Abteilungen eingebunden. Dies bringt nach Bienz und Reinmann (2004, S. 62) die Gefahr mit sich, dass

die Sozialarbeit im Spital nicht als ein Team auftritt und dementsprechend nicht als Einheit wahrgenommen werden kann.

Der Umstand, dass die Sozialarbeit im Spital eine der kleinsten Berufsgruppen darstellt und gleichzeitig Schwierigkeiten hat, gegenüber dem interprofessionellen Team als Einheit aufzutreten, impliziert, dass eine Positionierung und selbstbewusste Darstellung der professionellen Kompetenzen im interprofessionellen Team umso mehr von Bedeutung ist.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Sozialarbeitenden im Spital im interprofessionellen Team einen wichtigen Beitrag zur Behandlung der Patientinnen und Patienten leisten und ihr professionelles Handeln vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses auf einer Vielfalt von fachlichen, methodischen und beraterischen Kompetenzen beruht. Das nachfolgende Kapitel widmet sich dem professionellen Handeln unter dem Aspekt der professionellen Kompetenzdarstellung und hat zum Ziel, die theoretischen Grundlagen der inszenierungstheoretischen Perspektive auf Professionalität und das Konstrukt der professionellen Kompetenzdarstellung zu erläutern. Dieses Kapitel bildet die begrifflich-theoretische Grundlage, um anschliessend das methodische Vorgehen zur empirischen Untersuchung von Kompetenzdarstellung zu definieren und schliesslich die Fragestellung zu beantworten.

## 4 Inszenierung von Professionalität

Die inszenierungstheoretische Perspektive auf Professionalität bzw. auf gelingendes professionelles Handeln schliesst innerhalb der Professionssoziologie an den von Abbott (1988) genannten machttheoretischen Aspekt an, nämlich an die erfolgreiche Durchsetzung von professionellen Zuständigkeiten (Nadai, Sommerfeld, Bühlmann, & Krattiger, 2005, S. 35). Abbott (1988, S. 59–60) unterscheidet dabei drei Arenen, in denen Professionen ihre Zuständigkeit durchsetzen müssen: in der allgemeinen Öffentlichkeit, innerhalb der politisch-rechtlichen Arena sowie am Arbeitsplatz. Professionen sind nach Abbott aufgefordert, ihre Definition von Problemstellungen und ihre Zuständigkeitsbereiche erfolgreich auf allen drei Ebenen durchzusetzen. Der Aspekt der Zuständigkeit wird durch Pfadenhauer (2003a, S. 82) erweitert, indem aus inszenierungstheoretischer Perspektive Leistung nur dann zur Durchsetzung von Zuständigkeit und Anerkennung führt, wenn sie sichtbar bzw. dargestellt wird, damit sie überhaupt wahrgenommen und als bedeutsam eingestuft werden kann

Für Sozialarbeitende im interprofessionellen Kontext im Spital spielt die Darstellung und Sichtbarmachung der professionellen Leistung für die vorliegende Fragestellung folglich primär in der Arena Arbeitsplatz eine bedeutende Rolle.

Auf der Ebene des Arbeitsplatzes gelingt die Darstellung professioneller Leistung nach Pfadenhauer (2003b) über die Selbstinszenierung der Professionellen als Trägerinnen und Träger von Leistung in direkter Kommunikation und Interaktion mit anderen Professionen. Die Inszenierungsleistung der Professionellen besteht in der erfolgreichen Darstellung ihrer professionellen Kompetenz und wird als „Wesensmerkmal professionellen Handelns“ (S. 103) gesehen. Professionalität wird nach Pfadenhauer also wesentlich als Inszenierung begriffen.

Im Zentrum der Überlegungen von Pfadenhauer stehen moderne Professionelle als Rollenspielende, die ihre Problemlösungskompetenz in Bezug auf einen exklusiven Wissensbestand beanspruchen (2003b, S. 207). Die inszenierungstheoretische Perspektive wurde hauptsächlich durch Goffmans (1959) Theorie des dramaturgischen Handelns geprägt. Der Soziologe Goffman versteht soziale Interaktionen prinzipiell als Rollenspiele, wobei jegliche Interaktion als Darstellung aufgefasst werden kann (Schneider, 1981, S. 23).

Die Darstellung von professioneller Kompetenz durch Sozialarbeitende in Interaktion mit dem interprofessionellen Team gründet demnach wesentlich auf der Selbstinszenierung der Professionellen.

Im folgenden Kapitel wird ein Exkurs über sozialpsychologische Erkenntnisse bezüglich des Selbstdarstellungsverhaltens von Personen in sozialen Interaktionen vorgenommen, der schliesslich als theoretische Grundlage für die Auseinandersetzung mit der inszenierungstheoretischen Perspektive dienen soll.

## 4.1 Selbstdarstellung in sozialen Interaktionen

Selbstdarstellung wird sowohl im alltäglichen als auch im wissenschaftlichen Sprachgebrauch grundsätzlich im Sinne von „positiver, günstiger, sozial erwünschter Präsentation der eigenen Person“ (Mummendey, 2006, S. 170) verwendet. Eine positive Selbstdarstellung im sozial erwünschten Sinne, also eine Selbstdarstellung, die anerkannten sozialen Normen oder Erwartungen in Bezug auf eine spezifische soziale Situation entspricht, scheint gemäss Mummendey<sup>19</sup> langfristig oder gar evolutionspsychologisch betrachtet für das Überleben des Individuums sinnvoll zu sein und dient zudem der Stärkung des Selbstwertgefühls oder hält dieses aufrecht.

Wenngleich der Begriff Selbstdarstellung mehr eine bewusste Darstellung suggeriert, können Selbstdarstellungsprozesse im Alltagsleben sowohl unbewusst und routinemässig als auch bewusst und gegenüber jeder Art von Adressatinnen und Adressaten und permanent in sozialen Situationen stattfinden (Knoblauch, 1994, S. 23; Mummendey, 2006, S. 166; Schlenker, 2012, S. 563). Selbstdarstellung erstreckt sich auf alle Verhaltens- und Erlebensbereiche und bezieht sich sowohl auf Sprache als auch auf nonverbales Verhalten, Einstellungen und emotionale Prozesse (Mummendey, 1999, S. 1, 2006, S. 166).

Bei Selbst-Theorien, die hauptsächlich auf der Selbstdarstellung, d.h. der Beeinflussung von Personen in sozialen Interaktionsprozessen ausgerichtet sind, handelt es sich bei Mummendey (1990, S. 3) um Impression-Management. Die Begriffe Impression-Management und Selbstdarstellung werden in der Literatur gewöhnlich als bedeutungsgleich angesehen (Mummendey, 2006, S. 170; Mummendey & Bolten, 1993, S. 57). Schneider (1981, S. 25) weist jedoch darauf hin, dass beim Impression-Management der Fokus mehr auf dem *Erzielen* eines Eindrucks liegt, während bei der Selbstdarstellung die *Darstellung* einer Person in Interaktionen betont wird.

Im Hinblick auf die Frage nach der Darstellung professioneller Kompetenz ist der Begriff Selbstdarstellung zutreffender, da die erzielte Intention der Selbstdarstellung der Sozialarbeitenden nicht im Fokus der Untersuchung steht. Vor dem Hintergrund des Forschungsstandes und den proklamierten Forderungen an die Sozialarbeitenden, ihre professionellen Kompetenzen besser zu inszenieren und nach aussen zu kommunizieren, wird jedoch davon ausgegangen, dass gerade Impression-Management durch gezielte Selbstinszenierung als Professionelle für die Sozialarbeitenden von Bedeutung ist zu wenig betrieben wird. Die Begriffe Impression-Management und Selbstdarstellung werden deshalb für die vorliegende Arbeit nicht synonym verwendet.

Impression-Management gewann durch die Arbeit des Soziologen Goffmans (1959) in der Sozialwissenschaft an Bedeutung (Schneider, 1981, S. 23). Goffman (1959) vergleicht in

<sup>19</sup> Die Literatur zum Thema Selbstdarstellung ist weitgehend durch amerikanische Autoren geprägt. Im deutschsprachigen Raum beschäftigt sich insbesondere Mummendey mit der Psychologie der Selbstdarstellung und hat eine Vielzahl von Publikationen dazu veröffentlicht.

seinem Werk „the presentation of self in everyday life“ die Selbstdarstellung im Alltag mit einem Theater und beschreibt soziale Interaktionen wie „Aufführungen, in denen Handlungen auf Vorderbühnen Fassaden aufbauen, die auf Hinterbühnen vorbereitet werden, dass die theatralischen Handlungsmuster eine erfolgreiche Inszenierung des Selbst erlauben“ (Knoblauch, 1994, S. 18). Er ist der Ansicht, dass Personen in einer sozialen Interaktion versuchen, mit der Darstellung von sich selbst, einen bestimmten Eindruck gegenüber einem spezifischen Publikum zu erzeugen (Knoblauch, 1994, S. 19). Mit dem Begriff Darstellung meint Goffman (2012) das Gesamtverhalten einer einzelnen Person, gegenüber einem bestimmten Publikum. Unter Fassade nennt er „das standardisierte Ausdrucksrepertoire“ (S. 23), das die Person im Verlauf ihrer Vorstellung bewusst oder unbewusst zur Geltung bringt. In der Interaktion erstreckt sich das Ausdrucksrepertoire, so Goffman, über alle Sinneskanäle. Er nennt dabei die Aspekte des Settings, der körperlichen Verhaltensweisen sowie parasprachliche und sprachliche Mitteilungen.

Die Selbstdarstellung einer Person sieht Schlenker (2012, S. 563) als ein zentrales Charakteristikum von einer Reihe von sozialen Verhaltensweisen, mit denen Personen Informationen über sich selbst mit anderen Personen austauschen.

In der Literatur wird dabei zwischen einer Vielzahl von Selbstdarstellungstaktiken unterschieden und diese werden entsprechend detailliert klassifiziert. Im Folgenden wird eine Auswahl von Selbstdarstellungstaktiken vorgestellt.

## 4.2 Selbstdarstellungstaktiken

Systematiken von Selbstdarstellungstaktiken<sup>20</sup> wurden durch Tedeschi und Reiss (1981), Jones und Pittman (1982) sowie Schlenker (1980) verfasst. Eine Zusammenfassung von verschiedenen Selbstdarstellungssystematiken wurde durch Tedeschi, Lindskold und Rosenfeld (1985, S. 12) versucht. Sie unterscheiden einerseits zwischen situationsübergreifenden, langfristigen Selbstdarstellungsstrategien und situationsspezifischen, kurzfristigen Selbstdarstellungstaktiken sowie andererseits zwischen *assertiven Techniken* und *defensiven Techniken*. Während *assertive Techniken* darauf abzielen, aktiv, selbstsicher und zielstrebig eigene Interessen durchzusetzen, versucht sich ein Individuum durch *defensive Techniken* zu verteidigen, wenn es sich durch ein Interaktions-Gegenüber bedroht fühlt.

In Anlehnung an eine Studie von Tedeschi und seinen Mitarbeitenden hat sich, laut Mummendey (2006, S. 170), die Unterscheidung in kurzfristig eingesetzte Taktiken und längerfristig angelegte Strategien der Selbstdarstellung jedoch nicht bewährt.

Dies kann damit begründet werden, dass die Systematiken von Selbstdarstellungstaktiken eher das Ergebnis von Alltagsbeobachtungen sind als von empirischen Untersuchungen

<sup>20</sup> In der Literatur werden die Begriffe Selbstdarstellungstaktiken und Selbstdarstellungstechniken weitgehend synonym verwendet. Dies wird auch in der vorliegenden Arbeit geschehen.

(Mummendey, 1999, S. 4), und somit längerfristig angelegte Strategien kaum untersucht wurden. Im Folgenden wird deshalb übergeordnet von Selbstdarstellungstaktiken gesprochen.

Mummendey (2006, S. 170–172) differenziert *positive* und *negative* Selbstdarstellungstaktiken. Die Unterscheidung stimmt weitgehend mit den von Tedeschi et al. (1985) formulierten *assertiven* und *defensiven* Techniken überein. Die Selbstdarstellungstechniken werden im Folgenden zusammengefasst dargestellt:

Bei positiven Selbstdarstellungstaktiken spricht Mummendey (2006, S. 171) von Taktiken mit denen versucht wird, ganz direkt Eindruck zu machen:

Dazu gehören einerseits die Selbstdarstellungstechniken wie *self-promoting* (sich als kompetent darstellen), *ingratiation and other-enhancement* (sich beliebt machen, Meinungskonformität), *exemplification* (sich als vorbildlich darstellen), die insbesondere durch John und Pittman (1982) hervorgehoben wurden. Als Selbstdarstellungstaktiken, die subtil zur Entwicklung von Machtressourcen führen, bezeichnen Tedeschi und Reiss (1981, S. 11–15) die Taktiken *competence and expertise* (Kompetenzen unterstreichen und Expertenschaft hervorkehren), *attractiveness* (Attraktivität herausstreichen) *status und prestige* (Status und Prestige betonen) und *credibility and trustworthiness* (glaubwürdig und vertrauenswürdig erscheinen). Um sich mit anderen zu verbünden werden die Taktiken *self-enhancement* (positive verbale Selbstzuschreibungen), *flattery and social approval, doing a favor* (sich einschmeicheln und soziale Anerkennung) sowie *self-disclosure* (sich offen geben) eingesetzt.

Schliesslich werden durch Richardson und Cialdini (1981, S. 41–43) die indirekten Taktiken *boosting* (eigene Person so beurteilen, damit man selbst positiv abschneidet) und *basking in reflected glory* (sich selbst über wichtige Personen oder Ereignisse aufwerten) genannt.

Wie eingangs betont wird unter Selbstdarstellung meist eine positive Selbstdarstellung entsprechend sozialer Erwünschtheit und positiver sozialer Anerkennung verstanden. Wie die Literatur aufzeigt, sind dennoch eine Reihe von negativen, ungünstigen, sozial weniger erwünschten Selbstdarstellungstaktiken zu finden. Arkin (1981, S. 314) geht jedoch davon aus, dass diese angewendet werden, wenn damit längerfristig ein Vorteil erwartet wird oder um das eigene Selbstbild zu wahren und Stigmatisierungen zu vermeiden.

Von negativen Selbstdarstellungstaktiken spricht Mummendey (2006, S. 172), wenn sich jemand selbst herabsetzt oder ungünstig präsentiert. Dazu gehören *self-handicapping* (vermeiden eines inkompetenten Eindrucks), *understatement* (verbal untertreiben), *supplication* (sich als hilfsbedürftig darstellen), *intimidation* (einschüchtern) und *blasting* (andere abwerten).

In die Kategorie *accounting* lassen sich eine Reihe von Taktiken unterordnen, die sich auf die Reaktion einer Person auf negative Bewertungen des eigenen Verhaltens beziehen mit dem Ziel, negative Konsequenzen zu vermeiden. Darunter werden die Taktiken *apology* (sich entschuldigen), *defense of innocence* (etwas abstreiten), *excuses* (Verantwortung leugnen), *justifications* (sich rechtfertigen) oder *disclamers* (eigene Aussagen abschwächen) genannt (Mummendey, 2006, S. 171; Reiss & Tedeschi, 1981, S. 5–7).

Im Folgenden werden die Selbstdarstellungstaktiken tabellarisch dargestellt. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass sich die Trennung in positive und negative Taktiken bzw. assertive und defensive Taktiken aufgrund fehlender Validierung der Praktiken nicht als widerspruchsfrei erwiesen hat (Mummendey, 1999, S. 4). Die Taktiken sind vielmehr als sich überschneidend und einander ergänzend zu betrachten und immer auf den jeweiligen Kontext zu beziehen. Die Einteilung gilt in erster Linie als didaktische Hilfe:

Tabelle 1. Zusammenfassende Darstellung der Selbstdarstellungstaktiken

<b>Positive (assertive) Selbstdarstellungstaktiken</b>	<b>Negative (defensive) Selbstdarstellungstaktiken</b>
self-promoting ingratiation exemplification competence and expertise attractiveness status and prestige credibility and trustworthiness self-enhancement other-enhancement doing a favor flattery and social approval self-disclosure	self-handicapping understatement supplication intimidation blasting apology defense of innocence excuses justifications disclamers

Quelle: Eigene Darstellung (Jones & Pittman, 1982; Mummendey, 2006; Reiss & Tedeschi, 1981; Richardson & Cialdini, 1981)

Ob jemand ein positives oder negatives Selbstdarstellungsverhalten zeigt, wird nach Arkin (1981, S. 330) weitgehend durch die individuellen Eigenschaften einer Person, die Merkmale des Interaktionssettings sowie den sozialen Kontext beeinflusst. Zudem ist nach Mummendey und Bolten (1993, S. 59) anzunehmen, dass Personen sich in Abhängigkeit von den erwarteten Verhaltenskonsequenzen günstig oder ungünstig darstellen.

Die Auseinandersetzung mit den sozialpsychologischen Erkenntnissen zum Selbstdarstellungsverhalten im Alltag lassen vermuten, dass insbesondere die positiven Selbstdarstellungstaktiken wie beispielsweise die Taktik *competence and expertise* auch im Hinblick auf die Darstellung professioneller Kompetenz im Kontext des Spitals hilfreich sind, um das interprofessionelle Team von den professionellen Kompetenzen zu überzeugen und ihren Professionalitätsanspruch durchzusetzen.

Das nachfolgende Kapitel widmet sich folglich dem Aspekt der Kompetenzdarstellung aus Inszenierungstheoretischer Perspektive.

### 4.3 Kompetenzdarstellung als Aspekt professionellen Handelns

Professionalität wird aus professionssoziologischer Perspektive in der Regel als „brute fact“ behandelt d.h. als sichtbarer Sachverhalt, der anhand objektiver Merkmale bestimmt werden kann. Professionelle verfügen demnach über ein Sonderwissen und spezifische Kompetenzen auf der Grundlage einer besonderen Qualifikation. Professionelle Kompetenz wird den Professionellen also alleine durch den Besitz von formalen Ausbildungsanforderungen zugeschrieben. Professionalität, so Pfadenhauer, ist jedoch kein unmittelbarer Sachverhalt, der anhand objektiver Indikatoren bestimmt werden kann, sondern ein über Darstellungen rekonstruierbarer Anspruch und wesentlich als Darstellungsproblem zu begreifen (1998, S. 291, 2003b, S. 116). Die Darstellung bezieht sich auf die Kompetenz. Professionalität ist folglich „Kompetenzdarstellungskompetenz“ und dadurch eine Inszenierungsleistung der Professionellen. Erfolgreiche Kompetenzdarstellung führt gemäss Pfadenhauer schliesslich zur Definitionsmacht und damit zur Anerkennung als Professionelle (2003b, S. 117).

Nach Pfadenhauer (2010, S. 153, 2014, S. 163–164) geht das Verständnis von Kompetenz über das Alltagsverständnis hinaus, indem Kompetenz die Befähigung zum problemlösendem Handeln versteht. Zur Befähigung muss nach Pfadenhauer die Bereitschaft zur Problembewältigung, bzw. die Motivation an Entscheidungs- und Aushandlungsprozessen teilzunehmen, hinzutreten. Der Aspekt der Bereitschaft wird auch durch Goffman (2012) betont: „Der Darsteller muss von seiner eigenen Rolle überzeugt und ernsthaft daran interessiert sein, das Publikum von seiner Darstellung zu überzeugen“(S.29). Als letzten und auch selten betrachteten Aspekt der Kompetenz nennt Pfadenhauer (2010, S. 153–154, 2014, S. 164) die Zuständigkeit. Zuständigkeit wird als „situationsbezogene Handlungsfähigkeit“ verstanden, die sich nicht nur als soziale Zuschreibung begreifen lässt, sondern als subjektiver Anspruch einer Person, sich für etwas verantwortlich zu wähen.

Eine Handlungssituation muss deshalb erst von einer Person als solche wahrgenommen werden, die sie tangiert und etwas angeht (Goffman 1994, zitiert nach Pfadenhauer, 2014, S. 164). Das nachfolgende Zitat von Pfadenhauer (2010) fasst die genannten Aspekte zusammen:

Kompetent ist ein Akteur also *weder* dann, wenn er befähigt und bereit, aber nicht dafür zuständig ist, ein Problem zu bearbeiten, *noch* dann, wenn er befähigt und zuständig, aber nicht bereit ist, dies zu tun, *noch* dann, wenn er bereit und zuständig, aber zu einer Problemlösung nicht befähigt ist [*sic*]. (S.154-155)

Kompetenz wird demzufolge als eine unsichtbare Qualität des sozialen Handelns angesehen, die mittels Kompetenzdarstellung zum Ausdruck gebracht werden muss (Pfadenhauer, 2010, S. 156).

Der Erfolg der Kompetenzdarstellung hängt also nicht davon ab, ob die jeweilige Person, die als kompetent dargestellt wird, tatsächlich kompetent ist, sondern davon, dass die von ihr beanspruchte Kompetenz erkannt und anerkannt wird, indem es ihr gelingt, die Kompetenz glaubhaft darzustellen. Dazu betont Pfadenhauer (2003b, S. 116, 2014, S. 171), dass Kompetenz nicht grundsätzlich in Frage gestellt wird, sondern dass die Darstellung von Kompetenz faktische Kompetenz nicht zwingend voraussetzt. Es sei jedoch davon auszugehen, dass eine dauerhaft glaubwürdige und überzeugende Darstellung von Kompetenz auf faktischer Leistung beruht.

Kompetenzdarstellung sieht Pfadenhauer (2010, S. 167, 2014, S. 169) insbesondere in Situationen notwendig, in denen Zweifel an der Handlungs- bzw. Leistungsfähigkeit einer Person besteht. Wenn die Handlungen einer Person als selbstverständlich angesehen werden und die Berechtigung und die Erwartbarkeit der Handlung situativ unhinterfragt bleibt, müssen die Kompetenzen nicht nachgewiesen werden.

Kompetenzdarstellung ist also wesentlich vom sozialen Kontext abhängig, und es werden unterschiedliche Kompetenzen bzw. auch einer unterschiedlichen Darstellung der Kompetenzen benötigt. Goffman (2012, S. 52) weist darauf hin, dass die gewählten Ausdrucksmittel mit dem beabsichtigten Eindruck abgestimmt sein müssen.

Die Entscheidung über die jeweils adäquate und situationsbezogene Kompetenzdarstellung, bzw. Ausdrucksmittel ist nach Pfadenhauer (2003b, S. 114, 2014, S. 169) davon abhängig, welche Erwartungen die oder der Professionelle bei unterschiedlichen Interaktionspartnern antizipiert. Die Erwartungen richten sich nach der von der Person reklamierten Rolle (z.B. formal-gesetzte Anforderungen an eine Berufsqualifikation) nach dem jeweiligen spezifischen Kontext und nach der konkreten Person.

Im Falle von Professionalität geht es also um die Frage „wie, auf welche Art und Weise, mit welchen Techniken es einem (individuellen oder kollektiven) Akteur, der Professionalität beansprucht, gelingt, andere dazu zu bewegen, ihm diese zu attestieren, d.h. wie es ihm gelingt, bei anderen glaubhaft den Eindruck von Professionalität zu erwecken [sic]“ (Pfadenhauer, 1998, S. 291). Eine gelingende Kompetenzdarstellung setzt neben den themenspezifischen Sonderwissensbeständen (Fach- und Sachkompetenz) und dem Orientierungswissen (d.h. auch zu wissen, dass und evt. welche Wissensbestände es zum kompetenzrelevanten Thema gibt) auch ein *Erfolgswissen* voraus. Unter *Erfolgswissen* soll die adressatenbezogene und -wirksame Selbstdarstellung verstanden werden, was insbesondere „Wissen um die für die Inszenierung als ‚Experte‘ unter gegebenen kulturel-

len und situativen Umständen je dienliche *Symbolik* und darüber, wie sie genutzt werden kann [*sic*]“ (Pfadenhauer, 2003b, S. 117) bedeutet.

Die Darstellung professioneller Leistung wird neben der Selbstinszenierung des Professionellen zudem über Objektivationen und Repräsentationen wie Titel, Orden, Auszeichnungen und Zertifikate, welche die stattgegebene Leistung glaubhaft bescheinigen, verstärkt (Pfadenhauer, 2003a, S. 84). In diesem Zusammenhang betonen auch Tedeschi und Reiss (1981, S. 15), dass insbesondere Status, Expertentum, Informationsmacht sowie allenfalls Attraktivität als soziale Verstärker für das Selbstdarstellungsverhalten fungieren.

Professionalität ist aus inszenierungstheoretischer Sicht also wesentlich als sozialer Zuschreibungsprozess zu begreifen, der in Interaktionen aufgrund speziellen Kompetenzunterstellungen und/oder Kompetenzansprüchen vorgenommen wird. Gelingendes professionelles Handeln setzt demnach voraus, dass Sozialarbeitende ihre professionellen Kompetenzen sowohl durch verbales als auch nonverbales Verhalten gegenüber dem interprofessionellen Team vermitteln und ihre professionellen Kompetenzen überzeugend darstellen.

## 5 Methodisches Vorgehen

Das Methodische Vorgehen ist für die Beantwortung der Fragestellung von zentraler Bedeutung, da die Ergebnisse wesentlich vom ausgewählten methodologischen Zugang geprägt sind. Im Folgenden werden deshalb das Forschungsdesign und die Methodologie, der Feldzugang und das Sampling sowie die Methode der Datenerhebung und der Datenauswertung der Untersuchung dargelegt und vor dem Hintergrund der Fragestellung sowie des Forschungskontexts begründet. Abschliessend folgt eine Auseinandersetzung mit den Gütekriterien.

### 5.1 Forschungsdesign und Methodologie

Das primäre Forschungsinteresse der vorliegenden Master-Thesis gilt der Rekonstruktion professioneller Kompetenzdarstellung von Sozialarbeitenden im interprofessionellen Kontext im Spital. Die metatheoretische Verortung der Untersuchung in der Inszenierungstheorie, verlangt ein rekonstruktives Vorgehen und damit eine methodologische Verortung in den qualitativen Forschungszugängen. Die Etablierung der qualitativ-rekonstruktiven Forschung hat laut Jakob massgebend zur Förderung des fachlichen Diskurses über professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit beigetragen (2010, S. 183). Innerhalb des qualitativen Paradigmas wird das Verstehen des sozialen Verhaltens, dessen Beschreibung und Rekonstruktion im jeweiligen Kontext, anhand weniger Einzelfällen betrachtet (Schaffer, 2014, S. 63–64). Nach Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014, S. 12) ist das Verhältnis qualitativer Methoden zur ihrem Forschungsgegenstand per se als rekonstruktiv zu bezeichnen, da sozialwissenschaftliche Konstruktionen auf alltäglichen Konstruktionen der Beforschten selbst beruhen<sup>21</sup>.

Die rekonstruktive Forschungslogik basiert einerseits auf dem Verständnis des Alltagshandelns der Beforschten und auf der Konstruktion und Nutzung forschungspraktischer Verfahren, die die Alltagspraxis empirisch erforschbar machen und sich gleichzeitig im Alltagshandeln der Forschenden vollzieht (Bohnsack, 2014, S. 26). In diesem Sinne wurde in der Master-Thesis mithilfe des rekonstruktiven Verfahrens der dokumentarischen Methode untersucht, wie, auf welche Art und Weise Sozialarbeitende im interprofessionellen Team ihre professionelle Kompetenz darstellen. Die Datenerhebung erfolgte durch die Audioaufzeichnung von sechs interprofessionellen Fallrapporten in vier verschiedenen öffentlichen Spitälern<sup>22</sup> in der Schweiz, an denen Sozialarbeitende vertreten waren. Von den sechs aufgezeichneten Fallrapporten wurden im Rahmen der Master-Thesis schliesslich drei intensiv ausgewertet. Das Basisdesign der Thesis basiert demzufolge auf einer

<sup>21</sup> Zur kritischen Ausdifferenzierung qualitativer bzw. rekonstruktiver Methoden der empirischen Sozialforschung vgl. auch Jo Reichertz (2016, S. 22).

<sup>22</sup> Auf die Standortangaben der Spitäler wird aus Anonymitätsgründen verzichtet und wird für die vorliegende Untersuchung nicht als relevant betrachtet.

Querschnittsstudie, da die Aufzeichnung des interprofessionellen Fallaustausches auf einer Momentaufnahme zum Zeitpunkt der Aufzeichnung erfolgte und nicht auf die Untersuchung eines Prozesses wie beispielsweise in einer Längsschnittstudie abzielt (Schaffer, 2014, S. 66).

## 5.2 Feldzugang

Die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit, erforderte den Zugang zu Daten aus dem institutionellen und interprofessionellen Kontext Spital mit integriertem Spitalsozialdienst. Der Feldzugang erfolgte, wie auch Flick (2016, S. 146) vorschlägt, über der Autorin bereits bekannter Personen aus dem Gesundheitswesen in der Schweiz, die den Zugang zu den jeweiligen Institutionen erleichterten. Der Zugang zu den Spitälern erfolgte schliesslich über die Ebene verschiedener Spitalsozialarbeitenden auf unterschiedlichen Verantwortungsebenen, die der Autorin vermittelt wurden. Die Anfrage wurde telefonisch und zusätzlich auch schriftlich, mit der Darlegung des Forschungsinteresses<sup>23</sup>, vorgenommen. Bei der schriftlichen Darlegung des Forschungsinteresses wurde in Anlehnung an Przyborski und Wohlrab-Sahar (2014, S. 43) berücksichtigt, welche Wirkung das wissenschaftliche Interesse auf Personen haben kann. Die Thematik der professionellen Kompetenzdarstellung ist insofern sensibel für Verunsicherung, dass sich die fokussierten Personen in ihrer professionellen Tätigkeit kritisiert fühlen könnten, im Sinne von nicht „professionell genug“ zu sein. In Anlehnung an die im Kapitel 4 erläuterten Selbstdarstellungstheorie, kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Sozialarbeitenden grundsätzlich zu einer positiven Selbstdarstellung tendieren und sich gleichzeitig auch in ihren professionellen Kompetenzen gestärkt fühlen könnten, was auch einen positiven Einfluss auf die professionelle Kompetenzdarstellung haben könnte.

Das Vorhaben der Master-Thesis wurde schliesslich auf unterschiedlichen Verantwortungsebenen in den verschiedenen Spitälern genehmigt. Während der Zugang zu einem Spital die Genehmigung des Forschungsvorhabens durch die Kantonale Ethikkommission (KEK) bedingte<sup>24</sup>, damit die Datenerhebung im Spital durchgeführt werden konnte, erfolgte die Bewilligung in den anderen Spitälern einerseits durch die Leitung des Spitalsozialdienstes und andererseits durch die leitenden Ärztinnen und Ärzten auf den Stationen. Das Vorhaben der Master-Thesis fällt, nach Rücksprache mit der KEK, jedoch nicht unter die Humanforschungsverordnung (Forschung zu Krankheiten des Menschen sowie zu Aufbau und Funktion des menschlichen Körpers) und verlangte keine formale Einreichung bei der KEK (pers. Mitteilung, 7.2.2017<sup>25</sup>).

<sup>23</sup> Vgl. Anhang 1

<sup>24</sup> Dies ist auch bei biomedizinischen Forschungen im Gesundheitswesen der Fall.

<sup>25</sup> Vgl. Anhang 2

### 5.3 Sampling

Wie bereits im Kapitel 2.2 aufgegriffen, ist die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit im Spital im Rahmen des biopsychosozialen Paradigmas klar gegeben und Sozialarbeitende sind zur Erfüllung ihres Behandlungsauftrags auf die Kooperation mit anderen Berufsgruppen angewiesen. Die Frage nach professioneller Kompetenzdarstellung im interprofessionellen Kontext bedingt also im weiteren Sinne den Zugang zu Spitälern mit integriertem Spitalsozialdienst, im engeren Sinne ein interprofessionelles Setting im Spital, in dem Sozialarbeitende mit anderen Berufsgruppen in Interaktion treten.

Die Anerkennung des interprofessionellen Behandlungsauftrags der Spitalsozialarbeit galt deshalb als zentrales Kriterium für die Fallauswahl. Dafür wurden die Stellenprofile der Spitalarbeitenden in den Institutionen gesichtet. Durch die institutionelle Verankerung der Sozialen Arbeit im Spital und der Legitimation des Behandlungsbeitrags kann davon ausgegangen werden, dass die professionelle Kompetenz und der Leistungsauftrag von Sozialarbeitenden im Team anerkannt und benötigt werden. Das Kriterium stützt sich auf das Argument von Pfadenhauer (2003b, S. 61), wonach die Relevanz von Kompetenz- bzw. Zuständigkeitsansprüchen durch den formellen Nachweis ihrer Befähigung anhand von professionell verwaltenden Kriterien nachgewiesen werden kann. Mit der Erlangung der formalen Ausbildungsanforderungen verfügen Professionelle gemäss Pfadenhauer gleichzeitig auch über professionelle Kompetenz: „Inszenierungstheoretisch betrachtet lässt sich –verlässlich – jedoch lediglich feststellen, dass dem Professionellen aufgrund seiner Professionszugehörigkeit Professionalität (sozusagen ‚per se‘) attestiert wird [sic]“ (2003b, S. 115). In Anlehnung an das Argument von Nadai und Sommerfeld (2005, S. 187) werden interprofessionelle Fallbesprechungen, die im Rahmen von Teamsitzungen regelmässig stattfinden, als optimale Settings für die vorliegende Untersuchung betrachtet. Sie erachten Fallbesprechungen als „eine institutionalisierte Form der Aushandlung von professionellen Handlungsproblemen“. Im Rahmen dieses professionellen Settings können Handlungen sichtbar und Wissensbestände artikuliert werden. Diese Annahme wird auch durch Bienz und Reinmann (2004) unterstützt. Ihrer Meinung nach sind interprofessionelle Fallrapporte für Sozialarbeitende ideal um „sozialarbeiterische Kompetenzen ins interprofessionelle Team zu tragen .... [und] Teammitglieder über die Aufgaben und Kompetenzen der Sozialarbeit zu informieren“ (S. 75).

Die spezifische Auswahl der Fallrapporte erfolgte über das *theoretische Sampling* (Glaser und Strauss, 1967 zitiert nach Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 181). Das Auswahlverfahren zeichnet sich dadurch aus, dass die zu untersuchenden Fälle nicht zu Beginn der Forschung festgelegt werden, sondern im fortlaufenden Prozess der Datenerhebung und -auswertung. Die erste Auswahl wird auf der Grundlage der Problemsituation getroffen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 181) und orientiert sich an der Untersuchungs-

gruppe, an der die Fragestellung beantwortet werden soll. Die Anzahl der Fälle richtet sich nach der theoretischen Sättigung, die dann erreicht ist, wenn keine neuen Erkenntnisse mehr erwartet werden (Flick, 2016, S. 159–161). Dabei war es wichtig, zunächst einen Fall zu analysieren bzw. die Daten aufzubereiten und dann entsprechend aus den generierten Erkenntnissen weitere Vergleichshorizonte hinzuzuziehen und die Fälle entsprechend zu wählen.

Dieses Vorgehen hat zum Nachteil, dass die Anzahl der benötigten Fälle nicht vorhersehbar ist. Aufgrund der explorativ angelegten Forschung und des relativ unerforschten Gegenstandsbereichs liegen keine Erfahrungswerte bezüglich einer Fallzahl vor. Die Rekonstruktion von Einzelfällen zielt laut Bude (2003, S. 61) allerdings nicht auf die Repräsentativität der Ergebnisse, sondern auf die Besonderheit der einzelnen Fälle.

So wird auch die Kompetenzdarstellung der Sozialarbeitenden immer vom jeweiligen Kontext hervorgebracht und ist dementsprechend nicht verallgemeinerbar. Als Grössenordnung wurden für die explorative Studie sechs interprofessionelle Fallrapporte aufgezeichnet. Die Fallauswahl musste im Rahmen des *theoretical Samplings* im Spital aus forschungspraktischen Gründen zudem pragmatisch erfolgen, da die Forschung in Spitälern, wie bereits im Kapitel 1.4 erwähnt, grundsätzlich einen schwierigen Feldzugang darstellt. Im Hinblick auf das *theoretical Sampling* erscheint dies nicht optimal, ist in diesem Fall jedoch begründet.

Als Vergleichshorizont für die Wahl der Fallrapporte dienten die Varianz der Abteilungen, und nicht der Vergleich und die Ausprägungen der unterschiedlichen Kompetenzdarstellungen. Es wurde explorativ ausgelotet, in welchen Abteilungssettings die meisten verbalen Beiträge von Sozialarbeitenden zu finden sind (vgl. auch Kapitel 5.4 Datenerhebung). Wie bereits im Kapitel 2.3 beschrieben, unterscheidet sich der Leistungsauftrag von Sozialarbeitenden im Spital je nach Abteilung. So entsprechen beispielsweise die Aufgaben für Sozialarbeitende auf der onkologischen<sup>26</sup> Abteilung nicht den Aufgaben auf der Palliativstation<sup>27</sup>. Es zeigte sich, dass interprofessionelle Fallrapporte, an denen Sozialarbeitende teilnehmen, in den angefragten Spitälern hauptsächlich auf der Palliativstation, der onkologischen Abteilung sowie in der Frauenklinik<sup>28</sup> stattfinden.

An diesem Punkt ist vorzuschicken, dass von den sechs aufgezeichneten interprofessionellen Fallberichten im Rahmen der Master-Thesis schliesslich die drei interprofessionellen Fallberichte<sup>29</sup>, mit dem höchsten Anteil an sprachlichen Daten von Sozialarbeitenden intensiv ausgewertet wurden (vgl. Kapitel 5.4). Um die sprachlichen Anteile der Sozi-

<sup>26</sup> Die Medizinische Onkologie befasst sich mit der Behandlung aller Tumor- und Krebserkrankungen.

<sup>27</sup> Die Palliativ-Care umfasst alle Massnahmen, die das Leiden eines unheilbar kranken Menschen lindern und ihm so eine bestmögliche Lebensqualität gewährleisten.

<sup>28</sup> Die Frauenklinik umfasst die Gynäkologieabteilung und Geburtsabteilung des Spitals.

<sup>29</sup> Die Daten aus den anderen Gesprächen wurden für diese Untersuchung nicht weiterverwendet und es wurde eine Fokussierung auf die Daten der drei Gespräche vorgenommen. Es wird jedoch nicht ausgeschlossen, dass auch in diesen Gesprächen Informationen bezüglich Kompetenzdarstellung zu finden sind.

arbeitenden zu erfassen, war es jedoch nötig, die Daten aller aufgezeichneten Fallrapporte aufzubereiten (vgl. Kapitel 5.5.1).

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die erhobenen, aufbereiteten und ausgewerteten Fallrapporte:

Tabelle 2. Übersicht Sampling

Abteilung	Datenerhebung	Datenaufbereitung	Datenauswertung
Onkologie	2	Ja	Nein
Palliativ	3	Ja	Ja
Frauenklinik	1	Ja	Nein

Quelle: Eigene Darstellung und Erhebung

In den interprofessionellen Fallrapporten auf der Palliativabteilung konnte im Verhältnis am meisten sprachliches Datenmaterial der Sozialarbeitenden gefunden werden. Diesem Befund wird in der Diskussion der Ergebnisse genauere Betrachtung geschenkt.

## 5.4 Datenerhebung

### 5.4.1 Findungsprozess der Datenerhebungsmethode

Wie bereits im Kapitel 1.4, Stand der Forschung aufgezeigt, stellt der Aspekt der professionellen Kompetenzdarstellung von professionellem Handeln einen relativ unerforschten Gegenstand dar. Dem Entscheid für das entsprechende methodische Vorgehen gingen deshalb ein Findungsprozess und eine methodische Anpassung voraus. Um die Nachvollziehbarkeit der Methodenwahl der Datenerhebung zu gewährleisten, ist es sinnvoll im Folgenden auf den Findungsprozess einzugehen.

Die Auseinandersetzung mit der inszenierungstheoretischen Perspektive auf Professionalität und den Selbstdarstellungstheorien ergab, dass professionelle Kompetenz in sozialen Interaktionen über verbale und nonverbale Mitteilungen dargestellt wird (vgl. Kapitel 4). Angesichts des mehrdimensionalen Konstrukts von Professionalität, war zu Beginn der Forschung eine audiobasierte Beobachtung (Breidenstein, Kalthoff, Nieswand, & Hirschauer, 2015; Lüders, 2005; Lueger, 2010) für eine ganzheitliche Erfassung der Kompetenzdarstellung angedacht. Vor dem Hintergrund des Arguments von Vogd (2005), dass bei Interviews bzw. Selbstbeschreibungen oftmals davon auszugehen ist, dass diese „im Widerspruch zur gelebten, alltäglichen Praxis stehen, die diese de facto durch ihr Handeln reproduzieren“ (S. 1), wurde die Datenerhebung ursprünglich über eine tonbandgestützte teilnehmende Beobachtung<sup>30</sup> geplant, um das professionelle Handeln von Sozialarbeiten-

<sup>30</sup> Das erarbeitete methodische Vorgehen dazu ist dem Anhang 4 zu entnehmen.

den sowohl auf der verbalen als auf der nonverbalen Ebene in der professionellen Praxis zu erfassen

Die Möglichkeit einer Audioaufzeichnung und somit der Erhebung der sprachlichen Daten im Spital war zu Beginn der Untersuchung aus Datenschutzgründen unsicher. Die Zusage für die teilnehmende Beobachtung war von Anfang an gegeben, die Bewilligung für eine Audioaufzeichnung konnte erst kurzfristig, jedoch durchgängig eingeholt werden. In den ersten drei Fallrapporten (inkl. Pretest des Beobachtungsrasters) wurde jedoch deutlich, dass die körperlich-szenischen Aspekte im Setting des interprofessionellen Fallrapports sehr gering sind und das Setting statisch mit wenig räumlichen und körperlichen Dynamiken stattfindet. Die Datenerhebungsmethode der Beobachtung, erwies sich deshalb nicht als geeignet.

Der Fokus der Analyse wurde schliesslich auf die sprachlichen Anteile der Kompetenzdarstellung gelegt. Die Fokussierung auf die sprachlichen Anteile der Kompetenzdarstellung begründet sich mit der Aussage von Pfadenhauer (2003b): „Insbesondere der Sprache und dem Sprechen wird eine westliche Bedeutung bei der Inszenierung von Professionalität in der direkten Interaktion zwischen Professionellem und Publikum beigemessen“ (S. 126).

#### 5.4.2 Interprofessioneller Fallrapport als authentisches Gesprächssetting

Interprofessionelle Fallrapporte werden in der vorliegenden Untersuchung als natürliche, bzw. authentische Gespräche im institutionalisierten Kontext erachtet.

Bei authentischen Gesprächen sprechen Kleemann, Krähnke, und Matuschek (2013, S. 44) von Gesprächen in Alltagssituationen, die auch ohne Einfluss der Forschenden stattfinden würden. Im Unterschied zu Gruppendiskussionen wird seitens der Forschenden kein Erzählimpuls gegeben, sondern die Interaktion der Erforschten erfolgt ohne gezielte Aufforderung oder Instruktion durch die Forschenden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 143). Dabei unterscheiden Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014, S. 143) zwischen authentischen Gesprächen in institutionalisierten Kontexten und informellen Gruppen. Interprofessionelle Fallrapporte sind demzufolge nicht Gespräche in einer informellen Gruppe, wie z.B. unter Freunden und Familien, sondern regelmässig stattfindende Gespräche unter Fachpersonen im institutionalisierten Kontext Spital.

#### 5.4.3 Audioaufzeichnung der interprofessionellen Fallrapporte

Um den sprachlichen Anteil der professionellen Kompetenzdarstellung zu erfassen, wurden die interprofessionellen Fallrapporte als authentische Gespräche mittels Audiogerät aufgezeichnet. Nach Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014, S. 144) eignet sich die Datenerhebungsmethode überall dort, wo der Schwerpunkt der Analyse auf verbalen Interaktionen liegt. Dazu betonen auch Kleemann et al. (2013, S. 45), dass die Aufzeichnung sol-

cher Gespräche zwingend notwendig ist, da nur auf dieser Grundlage Handlungsvollzüge der beteiligten Akteurinnen und Akteure relativ deutungsfrei dokumentiert werden können und ein blosses Mitschreiben des Gesagten nicht hinreichend wäre.

Die Datenerhebungsmethode eignet sich insbesondere, um die Art und Weise des Gesagten und des Sprechwechsels hinsichtlich einer spezifischen sozialen Situation in bestimmten Feldern zu untersuchen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 144), und wurde deshalb als besonders geeignet für die Erhebungen der sprachlichen Anteile von Kompetenzdarstellung der Sozialarbeitenden im interprofessionellen Kontext erachtet.

Die Datenerhebung der Untersuchung erfolgte in Anwesenheit der Forscherin und das Aufnahmegerät wurde möglichst mittig im Raum platziert, um die Informationen aller aufzeichnenden Personen zu erfassen. Die Anwesenheit der Forscherin wird einerseits damit begründet, dass in den ersten drei Gesprächen neben der Aufzeichnung der Gespräche auch die teilnehmende Beobachtung anhand eines Beobachtungsrasters durchgeführt wurde. Andererseits um die nachfolgende Transkription der Gespräche und die personale Zuweisung der einzelnen kommunikativen Anteile im interprofessionellen Fallrapport zu erleichtern.

Die Anwesenheit des Aufnahmegeräts sowie der Forschenden wird aber gleichzeitig an der Datenerhebungsmethode kritisiert, da die kommunizierenden Personen sich dadurch immer gestört fühlen und Gespräche deshalb nie *authentisch* sein können (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 146). Die Kritik, dass es dadurch bei den Beforschten zu einer „strategischen Selbstpräsentation“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 146) kommen könnte, lässt sich in der vorliegenden Untersuchung aufgrund der Forschungsfrage jedoch – paradoxerweise – entkräften. Es kann vor dem Hintergrund der Selbstdarstellungstheorien davon ausgegangen werden, dass sich dies grundsätzlich positiv auf die beteiligten Fachpersonen und auf die Kompetenzdarstellung der Sozialarbeitenden auswirkt, was bei den Ergebnissen mitberücksichtigt werden muss. Dazu erwähnen auch Mummendey und Bolten (1993, S. 58), dass durch die Erhebungssituation bereits Erwartungen an die befragten Personen antizipiert werden, sodass sie sich so verhalten, wie es die Forschenden für wünschenswert halten.

Des Weiteren stellt die Anwesenheit einer externen Beobachterin oder eines Beobachters an interprofessionellen Fallrapporten im Kontext des Spitäles keine grundsätzliche Ausnahmesituation dar.

Das Einverständnis zur Datenerhebung wurde bereits bei der Anfrage des Feldzugangs eingeholt und schliesslich nochmals vor der konkreten Datenerhebung am interprofessionellen Fallrapport vor Ort. Die Audioaufzeichnungen der authentischen Gespräche wurden im Anschluss transkribiert. Die Form der Transkription der Datenaufbereitung wird im Zusammenhang mit der Analysemethode (vgl. Kapitel 5.4.3) besprochen.

#### 5.4.4 Datenschutz

Wie bereits im Kapitel 5.2 erwähnt handelt es sich bei Daten aus dem Spital um höchst sensible Daten von Patientinnen und Patienten. Wenngleich diese Daten nicht im Zentrum der Untersuchung standen, wurden mit der Erhebungsmethode der Audioaufzeichnung automatisch auch sensible Daten der Patientinnen und Patienten erfasst. Die Einhaltung des Datenschutzes wurde einerseits durch die schriftliche Zusicherung des Datengeheimnisses in den jeweiligen Spitälern, andererseits durch die Anonymisierung der Daten bei der Transkription und im weiteren Forschungsprozess gewährleistet. Alle Namen der beteiligten Personen sowie die von ihnen genannten Personen und Orten wurden mittels Variablen anonymisiert, um eine Rückführung auf einzelne Personen und Orte zu verunmöglichen. Um die Redebeiträge auf die einzelnen Berufsgruppen zurückführen zu können, wurden Abkürzungen für die jeweiligen Berufsgruppen gewählt (vgl. Tabelle 3). In zwei Spitälern wurde für die Transkription ein spitalinterner Datenträger vorausgesetzt und die Audioaufzeichnungen durften nicht auf einem spitalexternen Datenträger gespeichert werden. Die übrigen Audioaufzeichnungen wurden auf einem USB-Stick in einem abschliessbaren Möbel aufbewahrt.

#### 5.5 Datenauswertung – dokumentarische Methode

Das Auswertungsverfahren der dokumentarischen Methode hat zum Ziel, „die soziale Bedeutung (objektiver Sinn) von Handlungen zu rekonstruieren, welche sich durch die Handlung dokumentiert und den Handelnden in der Regel nicht bewusst verfügbar ist“ (Reichertz, 2016, S. 242). Die dokumentarische Methode eröffnet somit Zugang zum handlungsleitenden Wissen der Beforschten und damit Zugang zur Handlungspraxis (Bohnsack, Nentwig-Gesemann, & Nohl, 2013, S. 9). Die dokumentarische Methode gehört der rekonstruktiven Sozialforschung an. Ihr theoretisches Selbstverständnis gründet auf den Annahmen der Wissenssoziologie Mannheims und der Ethnomethodologie nach Garfinkel (Bohnsack, 2014, S. 34; Kleemann et al., 2013, S. 155; Nohl, 2008, S. 7; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 277). Bohnsack (2010) bezeichnet sie auch als *praxeologische Wissenssoziologie*, da sie sich insbesondere durch den methodologischen Zugang zur Praxis auszeichnet und „nicht nur die interpretative, sondern die handlungspraktische Herstellung und Konstruktion der Welt“ (S. 249) erfasst. Gerade der methodologische Zugang zur Handlungspraxis der Sozialarbeitenden ist für die Rekonstruktion von professioneller Kompetenzdarstellung unabdingbar.

Die dokumentarische Methode fand/findet vor allem in der Soziologie, den Erziehungswissenschaften, der Psychologie und der Kommunikations- und Medienwissenschaft eine breite Anwendung (Reichertz, 2016, S. 242). Bohnsack (1983) hat die dokumentarische Methode in kritischer Auseinandersetzung mit Garfinkel (1967), insbesondere im Zuge der Entwicklung des Gruppendiskussionsverfahrens, zu einem forschungspraktisch und me-

thodologisch fundierten Analyseverfahren der qualitativen Sozialforschung gemacht (Nohl, 2008, S. 7; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 277).

Die Auswertungsmethode wird allerdings nicht nur für Gruppendiskussionsverfahren verwendet, sondern ist in modifizierter Weise auch für die Analyse von natürlichen Gesprächen und von offenen narrativen Interviews (vgl. Nohl, 2008) oder für die Interpretation von Fachtexten und Beobachtungsdaten geeignet (Bohnsack, 2014, S. 123+136; Przyborski, 2004, S. 18; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 278). Im Zusammenhang mit der Analyse von Gesprächen sieht Bohnsack (2014) die dokumentarische Methode jedoch speziell geeignet: „Die Gesprächsanalyse der dokumentarischen Methode hat sich insbesondere deshalb als ertragreich erwiesen, weil es mit ihr gelingt, das Gespräch in konsequenter Weise als ein sich selbst steuerndes System ... zu erfassen“ (S. 123). Die Betrachtung des Gesprächs als ein sich selbst steuerndes System ist nach Bohnsack (2014, S. 124) Voraussetzung dafür, individuelle Handlungen im Gespräch nicht losgelöst von konjunktiven Erfahrungsräumen zu erschliessen. Konjunktive Erfahrungsräume meint, im Sinne der Wissenssoziologie Mannheims, atheoretisches, implizites Wissen von Entitäten, wie z.B. Realgruppen (z.B. Arbeitsteams oder Milieus).

Das Vorgehen bei der Analyse des Textmaterials in der vorliegenden Master-Thesis stützt sich auf das Auswertungsverfahren von Gruppendiskussionen nach Bohnsack (2014), Przyborski (2004) und Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014). In Bezug die Auswertung von Gruppendiskussionen wird betont, dass sich das Auswertungsverfahren gleichzeitig auch auf Texte aus natürlichen Gesprächen<sup>31</sup>, in denen kein Erzählimpuls durch die Forschenden erfolgt, eignet (Bohnsack, 2014, S. 136; Przyborski, 2004, S. 18).

Die Analyseschritte der dokumentarischen Methode werden durch die zentrale Unterscheidung von zwei methodologischen Grundbegriffen strukturiert, dem *immanenten* und dem *dokumentarischen* Sinngehalt. Die Unterscheidung zwischen immanentem und dokumentarischem Sinngehalt entspricht in der Forschungspraxis der Auswertung in zweier Interpretationsschritten: der formulierenden und der reflektierenden Interpretation. In der formulierenden Interpretation geht es um die Paraphrasierung des Gesagten, um dann im zweiten Schritt der reflektierenden Interpretation zu untersuchen, *wie* das Gesagte jeweils in der Interaktion hervorgebracht bzw. eingebracht wird. Das Datenmaterial wird schliesslich sequenzanalytisch und fallübergreifend (komparativ) interpretiert und es wird eine Typenbildung angestrebt (Reichertz, 2016, S. 242).

Die vorliegende Untersuchung verzichtet jedoch auf eine Typenbildung, da es wenig Sinn macht, aus individuellen Kompetenzdarstellungen fallübergreifende Typen zu bilden, da die Art und Weise, wie Professionelle ihre professionellen Kompetenzen darstellen, wie

<sup>31</sup> Bohnsack (2004, S. 111) spricht im Zusammenhang von natürlichen Gesprächen auch von Gesprächen in Realgruppen.

bereits im Theoriekapitel diskutiert, in hohem Masse vom sozialen Kontext<sup>32</sup> abhängig ist. Kompetenzdarstellungen könnten daher nur auf unbefriedigende Weise in Typen gedrängt werden und es wurde nach anderen Darstellungsmöglichkeiten gesucht. Die Analyse des Datenmaterials fokussiert deshalb auf Gesprächssequenzen auf der fallimmanenten Ebene und es wurde versucht, innerhalb des Einzelfalls Muster von Kompetenzdarstellungen herauszuarbeiten und darzustellen (vgl. Kapitel 6).

Obschon die dokumentarische Methode dazu dient, sowohl Handlungen und Charakteristiken eines Kollektivs als auch eines Individuums herauszuarbeiten (Bohnsack, 2014, S. 139), gibt die Literatur zur Analyse von Gesprächen mit der dokumentarischen Methode keinen Hinweis darauf, wie innerhalb eines Gesprächs individuelle Handlungen in Interaktion mit dem Kollektiv herausgearbeitet werden können<sup>33</sup>. Im Methodenworkshop in Magdeburg 2017 konnten aber wichtige Inputs für das forschungspraktische Vorgehen im Hinblick auf die vorliegende Fragestellung eingeholt werden.

Im Folgenden werden die Analyseschritte der dokumentarischen Methode expliziert und das forschungspraktische Vorgehen, vor dem Hintergrund der forschungsleitenden Fragestellung, wie es auch Bohnsack (2014, S. 34) vorschlägt, systematisiert und präzisiert. Die Arbeitsschritte lassen sich somit nicht aus allgemeinen methodischen Prinzipien ableiten.

#### 5.5.1 Thematischer Verlauf, Auswahl von Passagen und Transkription

In einem ersten Schritt geht es in der dokumentarischen Methode darum, sich einen strukturierten Überblick über den thematischen Verlauf des Gesprächs zu verschaffen. Während Bohnsack (2014, S. 136) diesen Schritt zur Stufe der formulierenden Interpretation zählt, schlägt Przyborski (2004, S. 50) vor, diesen Schritt nicht als formulierende Interpretation zu fassen, sondern als eigenen Arbeitsschritt durchzuführen. Auf Empfehlungen der Dozierenden des Forschungskolloquiums in Magdeburg 2017, wurde der Schritt des thematischen Verlaufs, aufgrund der Erstanwendung der Methode durch die Forscherin, separat durchgeführt.

Der thematische Verlauf des Gesamtgesprächs wird beim Abhören des Audiomaterials erstellt. Dabei werden die Themen, wie sie der Reihe nach auftreten, nach Ober- und Unterthemen gegliedert und die entsprechenden Stellen der Audiodatei notiert (Bohnsack, 2014, S. 137; Przyborski, 2004, S. 51; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 293). Der Schritt bildet die Grundlage, um die zur Beantwortung der Fragestellung relevanten Ge-

<sup>32</sup> Ein Gegenargument könnte hier lauten, dass sich vielleicht auch über den sozialen Kontext hinaus Typen bilden liessen. Dies müsste jedoch in einer grösser angelegten Untersuchung geprüft werden.

<sup>33</sup> Im Gegensatz dazu, wird das Gespräch in der Rahmenanalyse nach Goffman (1977) primär unter dem Gesichtspunkt seiner Funktion für die Selbstdarstellung der beteiligten Individuen gesehen, wobei jedoch der kollektive Charakter verloren geht. Die Rahmenanalyse wurde deshalb für die Untersuchung nicht als geeignet erachtet.

sprächsabschnitte bzw. Passagen auszuwählen und zu transkribieren. Für die Auswahl der Passagen sind nach Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014, S. 292-293) inhaltliche und formale Merkmale der Interaktion entscheidend. Das heisst, es wird einerseits auf die besprochenen Themen und die thematischen Wechsel fokussiert, andererseits auf Passagen, die eine hohe interaktive Dichte aufweisen, z.B. Passagen, in denen häufig überlappend gesprochen wird oder häufig und dichte Sprechwechsel hintereinander erfolgen<sup>34</sup>. Im Hinblick auf die Forschungsfrage wurde der Fokus insbesondere auf die Interaktionen der Sozialarbeitenden und ihre Einzelbeiträge im interprofessionellen Fallrapport und wie diese durch das interprofessionelle Team gerahmt werden, gelegt.

Eine vollständige Transkription der Audioaufzeichnungen entfällt demzufolge und die Transkriptionsstellen richten sich nach den aufgeführten formalen und inhaltlichen Gesichtspunkten (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 292). Um ein Gefühl dafür zu bekommen, welche Passagen für die formulierende und reflektierende Interpretation relevant sind, wurden die ersten zwei Fallrapporte (ein Palliativrapport und ein Rapport auf der onkologischen Abteilung) vollständig transkribiert. Schliesslich wurden Passagen der drei Fallrapporte auf den Palliativabteilungen im Rahmen der formulierenden und reflektierenden Interpretation intensiv ausgewertet, da die Rapporte am meisten sprachliches Datenmaterial der Sozialarbeitenden enthielten.

Für die Transkription wurden einige zentrale Transkriptionsregeln, in Anlehnung an das Gesprächsanalytische Transkriptionssystem 2 (GAT 2), formuliert, wobei die Komplexität der Transkriptionsregeln im Hinblick auf die Forschungsfrage und der zeitlichen Ressourcen bei spitalinterner Durchführung der Transkription reduziert wurde<sup>35</sup>.

### 5.5.2 Formulierende Interpretation (Was-Frage)

Ziel der formulierenden Interpretation ist es, den immanenten (kommunikativen) Sinngehalt der Kommunikation eines Gesprächs herauszuarbeiten. Das, was im Gespräch gesagt bzw. verhandelt wird, wird in die Sprache der Forscherin überführt und somit intersubjektiv überprüfbar gemacht (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 293).

Die Sprache der Forscherin meint damit noch keine begrifflich-theoretische Explikation des Gesagten (Bohnsack, 2014, S. 136), sondern eine sehr genaue Nacherzählung und Reformulierung der Äusserungen im Gespräch (Kleemann et al., 2013, S. 173). Dabei empfehlen Kleemann et al. (2013, S. 173) in Anlehnung an die Interpretation der Objektiven Hermeneutik die Verwendung des genauen Wortlauts, wenn die Begriffe oder Deutungen zu diesem Zeitpunkt noch unverständlich sind. Wenngleich die Reformulierung nicht dem Intensitätsanspruch der Objektiven Hermeneutik entspricht, soll eine sehr exakte Wiedergabe der Äusserungen erfolgen.

<sup>34</sup> Als formale Aspekte können interaktiv nicht dichte d.h. auch längere Pausen darstellen. Diese werden für die Forschungsfrage jedoch nicht als relevant betrachtet (vgl. auch Kapitel Sampling)

<sup>35</sup> Die Transkriptionsregeln sind dem Anhang 3 zu entnehmen.

Zusammengefasst geht es nach Przyborski (2004, S. 53) im ersten Interpretationsschritt um die Frage, was innerhalb des Gesprächs gesagt, wird mit dem Ziel, die thematische Struktur und Feingliederung des Textkorpus nachzuzeichnen.

Im Hinblick auf die Frage nach der professionellen Kompetenzdarstellung von Sozialarbeitenden geht es dabei im ersten Schritt darum, was innerhalb des interprofessionellen Fallrapports von den beteiligten Personen thematisiert wird, wobei ein besonderer Fokus auf die Themen und Wissensbestände gelegt wird, an denen sich die Sozialarbeitenden beteiligen oder die sie initiieren und kommunizieren.

### 5.5.3 Reflektierende Interpretation (Wie-Frage)

Die reflektierende Interpretation hat zum Ziel, den dokumentarischen Sinngehalt aus dem Gesagten herauszuarbeiten. Der dokumentarische Sinngehalt versucht die Handlungspraxis und den dahinter stehenden Handlungsprozess verbal zu explizieren und zu reflektieren (Nohl, 2008, S. 9). Die Interpretation orientiert sich an denselben Textpassagen wie die formulierende Interpretation. Im Unterschied zur formulierenden Interpretation, die die Rekonstruktion der Inhalte des Gesagten, das *Was*, fokussiert, zielt die reflektierende Interpretation darauf, *wie* etwas gesagt wird ab. Es geht darum herauszuarbeiten, wie, auf welche spezifische Art und Weise, in welchem *Orientierungsrahmen* ein Thema bearbeitet und abgehandelt wird (Bohnsack, 2014, S. 137).

Um die Frage nach dem *Wie* der Kommunikation zu beantworten, und zu untersuchen, ob ein Thema innerhalb einer geteilten Orientierung innerhalb der Gruppe diskutiert wird, wird das Datenmaterial einer detaillierten Diskursanalyse unterzogen. Dazu wurde durch Przyborski (2004) anhand von Gruppendiskussionen ein umfassendes Begriffsinstrumentarium entwickelt, das die interaktiven Momente im Gespräch in den Blick nimmt (S. 61-74). Die Terminologie orientiert sich an den formalen Gesichtspunkten der Eröffnung, der Fortführungen, der gegenläufigen Beiträge und dem Abschluss eines Themas (Kleemann et al., 2013, S. 176). In Anlehnung an Kleemann et al. (2013) wurde für die vorliegende Untersuchung folgendes simplifiziertes Begriffsinventar verwendet:

**Proposition:** eine argumentative, beschreibende oder narrative Äusserung bzw. Stellungnahme zu einem Thema, eine Orientierung wird zum Ausdruck gebracht.

**Anschlussproposition:** Das Thema wird erneut eingeführt und wird so zu einem gemeinsamen Diskussionsthema.

**Elaboration:** Entwicklung eines Themas, das verschiedene Formen annehmen kann (Exemplifizierung: Beispielshafte Erzählung, Differenzierung: weitere Ausführung der Elaboration jedoch mit begrenztem Charakter).

**Validierung und Ratifizierung:** Durch Validierungen wird eine Aussage bestätigt (z.B. „ja das stimmt“), während eine Ratifizierung (z.B. „mhm“) noch keine Übereinstimmung ausdrückt und erst im Gesprächsverlauf festgestellt werden kann, ob es sich um eine Validierung handelt.

**Antithese und Opposition:** Während bei einer Antithese eine Proposition zuerst verneint wird und im Verlauf des Gesprächs in eine Synthese übergeht, wird bei einer Opposition eine Gegenposition eingebracht, die die Weiterführung der Proposition verunmöglicht, und es kommt zu keiner Synthese.

**Konklusion:** markiert das Ende eines Diskurses und kann in Form einer thematischen Konklusion (positive Bewertung, Meinungssynthese) oder einer rituellen Konklusion (Themenwechsel, Thema abweisend) stattfinden. Für die vorliegende Untersuchung wird die Konklusion im Sinne eines Themenwechsels und einer Meinungssynthese verstanden (S. 176-177).

Die formale Textsortentrennung ist zudem eng an die semantische Interpretation geknüpft. Dabei werden die Orientierungen bzw. Sinnmuster untersucht, die durch unterschiedliche Handlungen, so auch Sprechhandlungen, strukturiert und hervorgebracht werden. Anhand der Wie-Frage wird die Herstellungsweise des Gesagten erschlossen (Przyborski, 2004, S. 55; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 295). Zur Untersuchung des semantischen Gehalts wurden in Anlehnung an Przyborski (2004, S. 53) und vor dem Hintergrund der Forschungsfrage folgende Fragen an den Text gestellt:

- Wie bringen sich die Sozialarbeitenden in den Diskurs ein?
- Wie und auch welche Art und Weise erfolgt eine Reaktion durch die Sozialarbeitenden, wie äussern sie sich zu welchen Themen und wo/wie grenzen sie sich ab?
- Wie bringen Sozialarbeitende ihre professionelle Kompetenz in den Diskurs ein? Bzw. wie kommunizieren sie professionelle Kompetenz

#### 5.5.4 Zusammenfassung der Analyseschritte

Anschliessend werden die Analyseschritte, so wie sie in der vorliegenden Untersuchung verwendet werden, zusammenfassend dargestellt:

- a) Thematischer Verlauf, Auswahl von Passagen und Transkription
  - Erstellung des thematischen Verlaufs bei allen 6 Gesprächen

- Vollständige Transkription von 2 Gesprächen, danach Transkription ausgewählter Passagen von den weiteren 4 Gesprächen
  - Auswahl von 3 Gesprächen mit den meisten Redebeiträgen der Sozialarbeitenden für die formulierende und reflektierende Interpretation
- b) Formulierende Interpretation (Frage nach dem Was)
- Durchführung der formulierenden Interpretation der ausgewählten Passagen bei den 3 Gesprächen.
- c) Reflektierende Interpretation (Frage nach dem Wie)
- Formale Diskursanalyse entlang des oben aufgeführten Begriffsinventars
  - Semantische Interpretation – Wie wird (et)was gesagt?
- d) Darstellung der Ergebnisse
- Fallimmanente Darstellung der Ergebnisse (vgl. Kapitel 6)

## 5.6 Gütekriterien

Die Frage nach der Bewertung qualitativer Sozialforschung wird kontrovers diskutiert. Während sich in der quantitativen Forschung die klassischen Bewertungskriterien Objektivität, Reliabilität und Validität etabliert haben, besteht in der qualitativen Forschung zur Frage nach den Gütekriterien noch keine Einigkeit (Lüders, 2003, S. 80; Steinke, 2007, S. 176). Die Anwendung der klassischen Gütekriterien auf qualitative Forschung ist gemäss Flick (2014, S. 397) aufgrund der unterschiedlichen Wege zu Erkenntnis zu gelangen, seit Längerem umstritten. Die Position, dass die quantitativen Gütekriterien nicht einfach auf die qualitative Forschung übertragen werden können, ist gemäss Lüders (2003, S. 80) allerdings noch am „ehesten zustimmungsfähig“.

Steinke (2007, S. 187) hat die Anwendbarkeit der klassischen Kriterien Validität, Reliabilität und Objektivität auf die qualitative Forschung diskutiert. Sie ist der Ansicht, dass die qualitative Forschung spezifischer Bewertungskriterien bedarf, quantitative Kriterien jedoch durchaus zur Orientierung und Formulierung von qualitativen Bewertungskriterien herangezogen werden dürfen. Sie schlägt ein Set an Kriterien vor, die zur Beurteilung qualitativer Forschung dienen sollen, und merkt an, dass sich diese Kriterien nur unter Berücksichtigung des jeweiligen Forschungsgegenstands, Forschungsinteresses und Methode bestimmen lassen. Dementsprechend wurden für die vorliegende Untersuchung in Anlehnung an Steinke (2007, S. 181-186) die Kriterien der *intersubjektiven Nachvollziehbarkeit*, *Relevanz der Fragestellung* sowie der *Indikation des Forschungsprozesses* ausgewählt, an deren Anspruch sich die Untersuchung halten soll. Diese werden im Folgenden begründet:

Die *intersubjektive Nachvollziehbarkeit* ist in der vorliegenden Untersuchung in mehrfacher Hinsicht gewährleistet. Erstens wurde das konkrete Forschungsvorgehen ausführlich

dokumentiert, indem die Methoden der Erhebung und des Auswertungsverfahrens und der ihm zugrundeliegende Findungsprozess, die Samplingstrategie, die Transkriptionsregeln sowie das theoretische Vorverständnis, das der Untersuchung vorausgehen, offengelegt, begründet und kritisch reflektiert wurden. Zudem werden das rohe Datenmaterial und das Material der verschiedenen Analyseschritte zugänglich gemacht. Insbesondere die Schritte der formulierenden und reflektierenden Interpretation ermöglichen bei der dokumentarischen Methode die intersubjektive Nachvollziehbarkeit, indem die Unterschiede der Sprache von Forscherin und Erforschten methodisch kontrolliert werden können (vgl. auch Bohnsack, 2014, S. 22). Zudem wurden die Ergebnisse einer kommunikativen Validierung im Rahmen einer Forschungswerkstatt unterzogen, was zudem die Standortgebundenheit der Forscherin und der Erforschten einer gewissen Kontrolle zugänglich machte.

Das Kriterium der *Relevanz der Fragestellung* ist insofern gegeben, als dass es sich bei Kompetenzdarstellung einerseits um einen noch kaum erforschten Aspekt des professionellen Handelns handelt und andererseits die Relevanz dieses Aspekts von professionellem Handeln in der Ausgangslage und im Stand der Forschung aufgezeigt wurde (vgl. Kapitel 1.1 + 1.4).

Schliesslich wurde die *Indikation des Forschungsprozesses* im Methodenkolloquium in Magdeburg mit der Forschungsgruppe diskutiert und das Verfahren der dokumentarischen Methode für die vorliegende Untersuchung hin modifiziert. Zudem wurde bereits bei der Datenerhebung eine Anpassung vorgenommen (vgl. Kapitel 5.4.1) und somit genügend Spielraum für die Anpassung des Erhebungsverfahrens eingeräumt.

## 6 Darstellung der Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt wie bereits im Kapitel 5.5.4 angetönt entlang der drei Einzelfälle. In einem ersten Schritt wird, in Anlehnung an die dokumentarische Methode, eine zusammenfassende Fallbeschreibung vorgenommen, um die charakteristischen Eigenschaften des jeweiligen Falls darzustellen. Die Fallbeschreibung hat zum Ziel, die Ergebnisse aus der formulierenden und reflektierenden Interpretation vermittelnd und verdichtet darzustellen. Der Fokus liegt in Gesprächen insbesondere auf der Diskursbeschreibung, die der dramaturgischen Entwicklung folgt (2007, S. 187). Die Informationen werden abstrahiert und Ergebnisse aus anderen Passagen des selben Falls herangezogen (Kleemann et al., 2013, S. 181). Danach wird die Gesprächsbeteiligung der Sozialarbeitenden im jeweiligen Kontext erläutert, um die individuellen Charakteristiken der Sozialarbeitenden im Kollektiv verorten zu können. Um die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten, erfolgt die Darstellung der individuellen Charakteristiken schliesslich entlang einer analytischen Trennung der formulierenden (*Was*) und der reflektierenden Interpretation (*Wie*), die abschliessend zu Kompetenzdarstellungsmustern zusammengeführt werden.

Erstens wird eine zusammenfassende Darstellung der Themen (*Was*) vorgenommen, um aufzuzeigen, an welchen Themen sich die Sozialarbeitenden bei der Kompetenzdarstellung im Fallrapport orientieren. Zweitens wird anhand ausgewählter Originalzitate<sup>36</sup> exemplarisch aufgezeigt, *wie* die Sozialarbeitenden in Interaktion treten. Dabei werden unterschiedliche Taktiken beschrieben, die aufzeigen wie die Sozialarbeitenden ihre professionelle Kompetenz in das Gespräch einbringen. In einem letzten Schritt erfolgt eine Zusammenführung der *Was*- und der *Wie-Frage* und es werden grundlegende Muster beschrieben, wie die Sozialarbeitenden ihre professionellen Kompetenzen darstellen. Die jeweiligen Schritte sind nicht als erratische Teile zu sehen, sondern beeinflussen sich gegenseitig und überschneiden sich teilweise.

<sup>36</sup> Namen und Ortschaften wurden in den Originalzitate wie folgt anonymisiert: Alle im Gespräch genannten Namen X alle Ortschaften Y. Die Abkürzungen der Gesprächsbeteiligten sind der Tabelle 3 zu entnehmen.

Folglich werden die Schritte der Ergebnisdarstellung grafisch abgebildet:

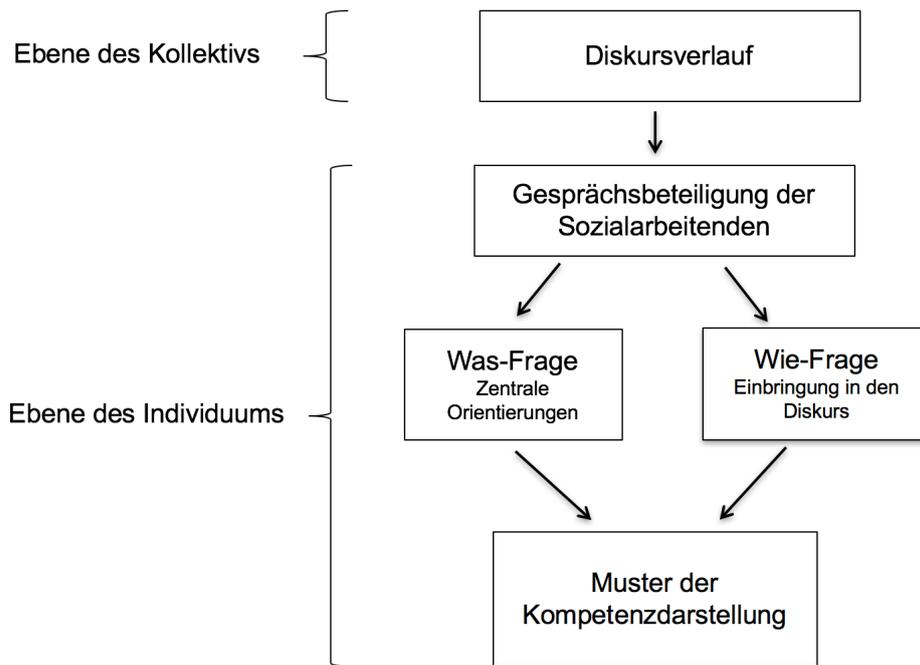


Abbildung 2. Schritte der Ergebnisdarstellung

Quelle: Eigene Darstellung

Zum besseren Verständnis werden in der folgenden Tabelle Angaben über das Setting der untersuchten drei interprofessionellen Teams, den Sozialarbeitenden und den anwesenden Berufsgruppen gemacht. Die Teilnehmenden werden entlang ihrer zugehörigen Berufsgruppen aufgeführt, und allen wird ein individuelles Kürzel als Maskierung zugewiesen. Die Teams werden als Team I, II und III bezeichnet. Eine Verwechslung der Teilnehmenden ist deshalb auszuschliessen.

Tabelle 3. Übersicht über die verschiedenen Settings

Name	Angaben über die Sozialarbeitenden	Teilnehmende
<b>Team I</b>	Sozialarbeiterin FH BSc Alter: 36 (SA)	Assistenzärztin (AA) Oberarzt (OA) Pflegefachfrauen (PFF) Physiotherapeutin (P) Psychoonkologin (PO) Seelsorgerinnen (S) Sozialarbeiterin (SA)
<b>Team II</b>	Sozialarbeiter FH BSc Alter: 31 (SA)	Assistenzärztin (AA) Ernährungsberaterin (E) Geriatrische Austrittsplanung (GAP) Integrative Medizinerin (IM) Oberärztin (OA) Pflegefachfrauen (PFF) Physiotherapeutin (P) Psychoonkologe (PO) Seelsorger (S) Sozialarbeiter (SA)

		Stationsleitung (SL)
<b>Team III</b>	Dipl. Sozialarbeiterin Alter: 58 (SA)	Assistenzärztin (AA) Auszubildende Physiotherapeutin (AP) Musiktherapie (M) Oberarzt (OA) Pflegefachfrauen (PFF) Physiotherapie (P) Psychoonkologin (PO) Sozialarbeiterin (SA)

Quelle: Eigene Darstellung und eigene Daten

Die interprofessionellen Fallrapporte auf den untersuchten Palliativabteilungen finden einmal wöchentlich in einer mehr oder weniger konstanten Konstellation statt. Alle beteiligten Berufsgruppen arbeiten jeweils im selben Spital auf der Palliativabteilung oder sind für diese Abteilung zuständig. Die Fallrapporte dauerten zwischen vierzig und sechzig Minuten.

## 6.1 Fallvorstellung Team I

### 6.1.1 Fallbeschreibung und Diskursverlauf

Das Gespräch zeichnet sich durch eine hohe interaktive Dichte der Aussagen, viele Sprechwechsel jedoch kurze Redebeiträge aus. Der Diskursverlauf orientiert sich an den zu besprechenden Patientinnen und Patienten, wobei die einzelnen Fallbesprechungen ein in sich geschlossener Informationsaustausch und Lösungsfindungsprozess bilden. Die Gesprächsführung liegt bei der Pflegefachfrau, welche die zu besprechenden Patientinnen und Patienten definiert. Die Problemformulierung sowie das Behandlungsziel der zu besprechenden Patientin oder Patienten wird im Anschluss durch den Oberarzt oder durch die Pflegefachfrau vorgenommen. Dem folgen jeweils spontane Äusserungen der anderen Berufsgruppen ohne direkte Adressierung, wobei der Fallaustausch mehrheitlich in der Konstellation der Pflegefachfrau, der Seelsorge, dem Oberarzt und der Sozialarbeiterin stattfindet. Ein strukturierter Ablauf innerhalb der Fallbesprechung ist, bis auf die jeweilige Themeninitiierung und erste informative Fortführung durch den Oberarzt, nicht erkennbar. Neu propositionierte Themen werden von den verschiedenen Teilnehmenden durch Exemplifizierungen und Differenzierungen fortgeführt und es werden Fragen gestellt. Konklusionen sind innerhalb der Fallbesprechungen nicht immer eindeutig erkennbar bzw. die Besprechungen der einzelnen Patientinnen und Patienten werden nicht offiziell durch jemanden abgeschlossen und letzte Äusserungen zum Fall werden immer durch unterschiedliche Personen gemacht. Meist wird die Fallbesprechung durch die Eröffnung einer neuen Fallbesprechung durch die Pflegefachfrau abgeschlossen. Die Physiotherapeutin und die Assistenzärztin treten nur sehr wenig in Interaktion.

Der Gesprächsverlauf ist durchgängig von Humor geprägt und es herrscht eine lockere Atmosphäre. Dies zeigt sich auch dadurch, dass die Interaktionen teilweise in Bereiche abgleiten, die für die Problemdefinition und Entscheidungsfindung für den Fall nicht als relevant erscheinen. So ist das Gespräch eher ein persönlicher Erlebnisaustausch in Form von eingeschobenen Themen, die nicht weiter fortgeführt werden, so dass wieder an die vorgängig besprochene Thematik angeknüpft wird. Das Gespräch wird drei Mal durch Telefonklingeln unterbrochen, während denen die Beteiligten kurze private sowie fallspezifische Zwischengespräche führen. Trotz der hohen interaktiven Dichte des Gesprächs und vielen Äusserungsanklebung<sup>37</sup>, unterbrechen sich die Beteiligten nur selten.

### 6.1.2 Gesprächsbeteiligung der Sozialarbeiterin

Das Gespräch ist grundsätzlich geprägt durch viele kurze Redebeiträge, dabei fällt auch die Sozialarbeiterin durch viele kurzsilbige Redebeiträge auf. Innerhalb des relativ unstrukturierten Ablaufs des Fallrapports, werden kaum Themen durch die Sozialarbeiterin initiiert, lediglich weitergeführt und informativ vermittelt oder spontan ergänzt. Längere informative Redebeiträge der Sozialarbeiterin folgen als Reaktion auf spontane Nachfragen seitens der Pflegefachfrau oder des Oberarztes. Des Weiteren fällt auf, dass seitens der Sozialarbeiterin viele Äusserungen in Form von Ratifizierungen „mhm“ oder Validierungen „ok“, „ja ist gut“ etc. hervorgebracht werden, ohne diesen kurzsilbigen Wortlaut weiter auszuführen. Es werden auch seitens der Sozialarbeiterin, keine oppositionellen Ansichten erkennbar.

### 6.1.3 Zentrale Orientierungen (Was?)

Der Orientierungsrahmen des gesamten Gesprächsverlaufs ist, wie bereits in der zusammenfassenden Beschreibung des Diskursverlaufs erwähnt, die Patientinnen und Patienten. Die Hauptorientierung der Sozialarbeiterin im Gespräch liegt insbesondere auf dem *Entlassungsmanagement*, indem sie sich über die Verlegungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten erkundigt. Die Beteiligung der Sozialarbeiterin wird bei den Themen *Organisation und Koordination von Unterstützungsleistungen* wie beispielsweise spitalexterne Pflege oder der Organisation von Hilfsmitteln sichtbar. Des Weiteren kommt sie in den Fallbesprechungen bei der *Organisation von Nachsorgelösungen* für die Patientinnen und Patienten zum Zug. Ein weiteres Thema, an dem sich die Sozialarbeiterin orientiert und Interaktionen mit dem interprofessionellen Team sichtbar werden, ist das Thema *Sozialversicherungs- und Finanzierungsleistungen*.

<sup>37</sup> Eine Anklebeäusserung meint eine Äusserung die unmittelbar an eine andere Äusserung anschliesst, ohne jedoch der anderen Person ins Wort zu fallen.

#### 6.1.4 Art und Weise des Gesagten (Wie?)

##### Meinungskonformität und Gehörtes signalisieren

Wie bereits vorangehend erwähnt, fällt die Sozialarbeiterin durch Äusserungen in Form von Ratifizierungen „mhm“ und Validierungen in Form von „ok“, „ja ist gut“ auf. Sie signalisiert im Gespräch Meinungskonformität und signalisiert Gesagtes mit „mhm“. Die Äusserungen beziehen sich gleichermassen auf alle beteiligten Interaktions-Gegenüber. Die kurzsilbigen Wortlaute werden durch die Sozialarbeiterin nicht weiter ausgeführt und es wird auch im Verlauf des Gesprächs nicht immer erkennbar, ob sie die Ansichten der involvierten Personen teilt oder wie diese Informationen durch die Sozialarbeiterin verarbeitet werden.

*PFF: Sie hat sonst gesagt ihr Sohn oder Schwiegersohn schaut für die Auflösung Ihrer Wohnung (.) also sie ist da schon Bestens @ sie ist da schon sehr am organisieren (.) von dem her denke ich ist die Familie dort (.) und sie braucht jetzt gerade nichts*

*SA: [ ja (-) ja (.) ja  
das ist doch gut so*

*(Transkript Team I, Z. 385-388)*

Die Pflegefachfrau definiert in diesem Originalzitat den Unterstützungsbedarf der Patientin. Die Pflegefachfrau weist damit die Aufgabe der Unterstützungsleistung indirekt der Familie zu und nicht der Sozialarbeiterin. Die Zustimmung der Sozialarbeiterin impliziert, dass sie die Einschätzung der Pflegefachfrau teilt.

*PFF: also pflegerisch hat sie im Moment noch keine Unterstützung (.) aber das wird dann auch (.) irgendwann dazu kommen*

*SA: mhm,*

*PFF: und dass sie essen kann (.) da braucht sie sicher diese Struktur (.) Haushalt Mahlzeiten (.) sie hat einfach keine (.) sie hat eigentlich nur die Kraft um sich (.) zu duschen zu gehen aber sonst liegt sie im Bett (.) bräuchte auch Hilfsmittel*

*SA: mhm*

*PFF: Aber sie kann klar sagen was sie braucht;*

*SA: mhm*

*(Transskript Team I, Z. 101-109)*

Die Ratifizierungen können sowohl ein aufmerksames Zuhören signalisieren, als auch einfach ein Entgegennehmen der Informationen bedeuten. Die Verarbeitung und Verknüpfung der Informationen durch die Sozialarbeiterin z.B. bezüglich einer Sozialanamnese dokumentiert sich im Gespräch jedoch nicht.

### Reaktiv zudienende Handlungen

Die Interaktionen der Sozialarbeiterin erfolgen oft reaktiv, was bedeutet, dass sie einerseits auf gezielte Ansprachen des Oberarztes, der Pflegefachfrau sowie der Seelsorgerin reagiert und nur wenig eigeninitiativ das Wort ergreift und andererseits Aufträge und Zuständigkeiten nicht selbstbestimmt definiert, sondern erfragt. Zudem zeigt sich in ihren Aussagen eine starke Orientierung an den Entscheidungen und Definitionen des Oberarztes sowie der Pflegefachfrau. Die reaktiven Handlungen zeigen sich beispielhaft in folgendem Originalzitat:

*PFF: es [Rundtischgespräch] steht nur mit Sohn und Spitex<sup>38</sup> also von dem her nein (.) musst du glaube ich nicht (.) oder was meinst du?*

*SA: ihr müsst halt sagen ob es gut wäre oder nicht oder*

*OA: ach es spielt (.) also es ist auch Spitex X glaube ich*

*PFF: und sie waren ja vorher schon bei ihm drei Mal täglich involviert gewesen*

*OA: mhm (.) nein ist glaube ich gut sonst würden wir uns noch melden*

*SA: und sonst könnt ihr sagen wenn etwas wäre (.) dann lassen wir es Mal*

*(Transskript Team I, Z.619-625)*

In diesem Ausschnitt ging es um die Teilnahme des Sozialdienstes an einem Rundtischgespräch. Obwohl die Pflegefachfrau die Sozialarbeiterin nach ihrer Einschätzung fragt, gibt sie die Definition der Zuständigkeit wieder zurück an die Pflegefachfrau, ohne genauere Informationen bezüglich der Situation des Patienten einzuholen. Sie bleibt schliesslich in einer zurückhaltenden Haltung und übernimmt keine Definitionsmacht über ihre Zuständigkeit. Ihre Zurückhaltung impliziert, dass sie wenig Eigeninitiative über ihre Aufträge übernimmt und ohne konkrete Aufforderung zur Teilnahme am Rundtischgespräch durch den Oberarzt keine weiteren Interventionen unternimmt. Das reaktive Verhalten zeigt sich auch im folgenden Beispiel:

*S: Vielleicht würde ja (.) vielleicht könnte ja auch die Krebsliga oder so noch etwas übernehmen weisst du*

*SA: Ich weiss nicht ob sie finanziell so eng sind, dass es so ein Problem ist*

*S: = aha ja weil ich weiss, die machen solche Sachen auch*

*SA: aha ja (.) das machen sie nicht (-) soll ich den Kindern anrufen oder der Tochter anrufen und das sagen, dass es so ist?*

*PFF: Vielleicht ja*

*(Transskript Team I, Z.20-26)*

<sup>38</sup> Spitex ist eine Organisation für spitalexterne Pflege und Betreuung.

In diesem Originalzitat wird sichtbar, dass die Seelsorgerin sich bezüglich finanzieller Unterstützungsleistungen in das Gespräch einbringt und der Sozialarbeiterin einen Vorschlag unterbreitet. Die Sozialarbeiterin zeigt keine Eigeninitiative, die finanzielle Situation der Patientin genauer zu erfragen. Zudem bleibt ihre Antwort, weshalb die Krebsliga in dieser Situation keine finanziellen Unterstützungsleistungen bringt, unbegründet. Die Sozialarbeiterin geht nicht weiter auf die Thematik ein und schliesst an eine vorherige Proposition an, indem sie ihre Zuständigkeit bezüglich Informationsübermittlung an die Angehörigen erfragt.

#### Deskriptive Wiedergabe von Sachverhalten

Die Aussagen der Sozialarbeiterin sind oft beschreibend, prozessorientiert und zudienend und haben *wenig fachlichen Reflexionsgehalt* und *wenig Begründungsdichte*. Dies zeigt sich einerseits in Äusserungen, in denen sie über organisatorische und finanzielle Sachverhalte informiert und sich dabei weitgehend den institutionellen Rahmenbedingungen anpasst. Die deskriptive Wiedergabe von Sachverhalten lässt sich anhand des folgenden Originalzitats aufzeigen:

OA: *Ja Ja was wir einfach müssen ist (.) wir müssen es relativ; ZÜGIG planen denke ich. Sie verschlechtert sich schon langsam;*

SA: *mhm*

OA: *was auch noch dazu kommt ist (-) wir haben ein bisschen Druck von der Krankenkasse, weil sie ist seit Anfang November im Haus stationär und (-) das ist schwierig*

SA: *mhm (.) also vom relativ zügig planen (.) vom sie verschlechtert sich (-) gibt es ja wie diese zwei Möglichkeiten, dass eine Spitex, eine private, das abdeckt mit (.) acht Stunden Schichtbetrieb oder dass jemand kommt vom Ausland (-) ähm wie (-) realistisch ist das, dass ich ihr dies überhaupt anbiete?*

OA: *also das meine ich schon (.) ich meine zügig im Sinne von nächster Woche, übernächste Woche etwas SO (.) und nicht in zwei drei Monaten so.*

SA: *Aha jaja nein nein aber einfach, dass man es jetzt*

*(Transskript, Team I, Z. 57-68)*

Hier wird ersichtlich, dass sich die Sozialarbeiterin an den gebenden medizinischen und strukturellen Gegebenheiten orientiert und diese nicht reflektiert, sondern auf dem Hintergrund der Informationen des Oberarztes Möglichkeiten für Nachsorgelösungen deskriptiv aufzeigt und ihren Auftrag erfragt. Des Weiteren schildert sie im Gespräch ihr Vorgehen bezüglich der Suche von Nachfolgelösungen, wobei sie die Situation deskriptiv schildert und über den aktuellen Stand ihrer Abklärungen informiert:

OA: *Dem Herrn X haben wir eigentlich auch einmal versprochen wegen eines Austritts*

SA: *Es ist auch sehr schwierig (.) ich habe letzte Woche ja noch ganz kurz abtelefoniert. Ich habe jetzt heute Vormittag nochmals die Grossen abtelefoniert. Es hat nichts da und überall mit Warteliste (.) ich habe jetzt auch nirgends in Y nochmals angemeldet, weil ich dachte, ich warte mal wie es heute Nachmittag (.) und Ort Y kann wie keinen Termin geben und kann ihn nicht nehmen.*

OA: *mhm ja mhm (--)*

*(Transskript Team I, Z. 118-125)*

### Diskurs vermeiden

Diese Taktik ist eng mit der deskriptiven Beschreibung von Sachverhalten verknüpft. Die Sozialarbeiterin vermeidet den Diskurs zu gewissen Sachverhalten und Dilemmata, was sich darin zeigt, dass sie sich nicht auf Diskurse bezüglich struktureller Umstände einlässt oder versucht, Situationen auf einer abstrakteren und reflektieren Ebene zu erfassen oder weiterzuführen. Die Vermeidung des Diskurses dokumentiert sich im folgenden Ausschnitt:

OA: *müssen sie die Kosten tragen? Ja'*

SA: *Also sie hat eine Zusatzversicherung (.) und die haben gemeint, sie zahlen 90 PROZENT und ich habe schon gedacht WOW (-) maximal 100 CHF (-) also sie können dann die Rechnung wie einreichen (.) und dann werden die halt den kleinen Teil bezahlen*

S1: *[ das kostet 600 Stutz mindestens*

S2: *= mehr*

OA: *= also vom Kanti ins Y kostet es schon 600 Franken*

S1: *[ aha ja sicher ja gut ja*

S2: *mit der Ambulanz?*

OA: *mhm*

SA: *Aber es geht halt irgendwie nicht anders (.) dann ist das einfach so oder (-) ich denke (-) ja*

*(Transskript Team I, Z. 9-19)*

In diesem Ausschnitt dokumentiert sich eine Distanzierung gegenüber strukturellen Umständen, indem sie sich einerseits von den Informationsgebenden (der Versicherung) „die haben gemeint“, „dann werden die halt“ distanziert, was impliziert, dass sie für die Informationen nicht verantwortlich gemacht werden möchte und dass sie sich nicht in den Diskurs über die hohen Kosten einlässt, sondern die Gegebenheiten mehr *schicksalhaft* mit „dann ist es einfach so“ hinnimmt und versucht den Diskurs zu vermeiden. Auch als das Dilemma bezüglich Versicherungsleistungen und Aufenthaltsdauer durch den Oberarzt auf der strukturellen Ebene aufgenommen wird, wird die Thematik durch die Sozialarbeiterin nicht weitergeführt, jedoch validiert:

OA: *ja das ist schon einfach paradox das System (-) auf der einen Seite wollen sie nicht, dass man die Patienten zu lange im Spital behält und auf der anderen Seite übernehmen sie keine Kosten*

SA: JA (3.0)

(Transskript Team I, Z. 32-35)

### 6.1.5 Muster der Kompetenzdarstellung

#### Passive Kompetenzdarstellung

Die Art und Weise, wie die Sozialarbeiterin in Interaktion tritt oder sich inhaltlich am Fallaustausch beteiligt, kann man zusammenfassend als ein passives Muster der Kompetenzdarstellung bezeichnen. Passiv meint in diesem Fall, nicht die Initiative ergreifendes und zurückhaltendes Verhalten. Übergreifend implizieren die kurzsilbigen Redebeiträge, dass die Kompetenzdarstellung auf der verbalen Ebene durch die Sozialarbeiterin nur beschränkt stattfindet. Im Gespräch kommt insbesondere das Wissen der Sozialarbeiterin zur *Organisation und Koordination von Unterstützungsleistungen* zum Tragen und wird vom interprofessionellen Team beansprucht und erfragt. Das Wissen kommuniziert die Sozialarbeiterin auf Nachfrage (reaktiv), wobei sie die Sachverhalte deskriptiv wiedergibt und Prozessabläufe wie z.B. für die Organisation eines Pflegebetts oder einer Rechnungsabwicklung beschreibt. Die Sozialarbeiterin orientiert ihre Zuständigkeiten hauptsächlich am Entlassungsmanagement der Patientinnen und Patienten, wobei sie die Definition ihrer Zuständigkeiten weitgehend dem Oberarzt und der Pflegefachfrau überlässt, indem sie ihre Zuständigkeiten beispielsweise durch die Frage nach der Verweildauer der Patientinnen oder Patienten im Spital erfragt oder der fremddefinierten Zuständigkeiten bzw. Nicht-Zuständigkeiten „vom Sozialen her ist im Moment gerade nichts“ (Z. 230) zustimmt. Wenngleich institutionelle und strukturelle Dilemmata im Gespräch sichtbar werden (z.B. Druck von der Krankenkasse, knappe Pflegeheimplätze etc.), werden diese durch die Sozialarbeiterin im Gespräch nicht aufgenommen und ihr Handeln wird weitgehend pragmatisch an den Rahmenbedingungen ausgerichtet.

## 6.2 Fallvorstellung Team II

### 6.2.1 Fallbeschreibung und Diskursverlauf

Das Gespräch zeichnet sich zu Beginn durch eine sehr strukturierte Diskursorganisation mit gezielten Redebeiträgen und Absprachen aus. Gegen Ende ist das Gespräch durch spontane und kurze Redebeiträge und häufige Sprechwechsel gezeichnet.

Der Diskursverlauf und die Themen orientieren sich zu Beginn an den zu besprechenden Patientinnen und Patienten und die Fallbesprechungen bilden einen in sich geschlossenen Austausch. Der Fallrapport wird durch die Oberärztin eröffnet, indem sie alle zum

Rapport begrüsst und die erste zu besprechende Patientin definiert. Im weiteren Rapportverlauf werden diese durch die Assistenzärztin bestimmt, wobei die Oberärztin die Gesprächsführung übernimmt. Die Assistenzärztin berichtet in sehr strukturierten und längeren Ausführungen über die Diagnose, Eintrittsgrund, Allgemeinzustand und medizinisches sowie soziales Procedere oder aktueller Stand der Besprechungen. Dem folgen relativ gezielte Absprachen zwischen den involvierten Fachpersonen mit wenig spontanen Redebeiträgen. Die Fallbesprechungen werden durch die Oberärztin konkludiert und es fällt auf, dass sie allen Beteiligten nochmals die Gelegenheit gibt Beiträge einzubringen, indem sie fragt, wer noch in den Fall involviert ist. Diese Möglichkeit wird gelegentlich genutzt.

Die Redekonstellationen in den Fallbesprechungen sind unterschiedlich, wobei es immer eine Hauptkonstellation zwischen der Oberärztin, Assistenzärztin und Pflegefachfrau gibt, welche durch die anderen Fachkräfte wie Sozialarbeiter, Ernährungsberaterin, Seelsorger, Physiotherapie und Geriatrische Austrittsplanung je nach Fallthematik ergänzt werden. Von den anderen Fachpersonen sind nur sehr wenige Interaktionen aufgezeichnet.

Die propositionierten Themen werden durch die beteiligten Personen durch Differenzierungen und Exemplifizierungen fortgeführt und es werden Informationen und Einschätzungen ausgetauscht, die Propositionen münden immer in eine Konklusion und es gibt keine oppositionellen Äusserungen. Die Atmosphäre scheint locker, es wird zwischendurch auch gelacht. Es gibt kaum Anklebeäusserungen und es wird einander nicht ins Wort gefallen.

Am Ende des Gesprächs wird ein fallunabhängiges Thema durch den Seelsorger initiiert und das Gespräch verlässt die Ebene der Fallbesprechungen und wechselt auf ein fallübergreifendes Thema bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit. Das Thema wird durch die Oberärztin, der Assistenzärztin, der Fachfrau für integrative Medizin und durch den Sozialarbeiter fortgeführt. Dabei werden verschiedene Bedürfnisse bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit geäußert, die Thematik schliesst mit einem antithetischen Diskurs zwischen dem Sozialarbeiter, der Oberärztin und der Pflegefachfrau und mündet schliesslich in einer Konklusion.

### 6.2.2 Gesprächsbeteiligung des Sozialarbeiters

Der Sozialarbeiter fällt im Gespräch durch eine selbstbewusste, aktive und diskursive Gesprächsbeteiligung auf, indem er Informationen und Anliegen einfordert und sich sowohl gezielt als auch spontan in das Gespräch einbringt. Zudem nutzt er die Möglichkeit sich am Ende einer Fallbesprechung auf Nachfrage der Oberärztin einzubringen. Es sind sowohl längere und strukturierte Redebeiträge zu finden als auch kurze, jedoch klare Aussagen. Der Sozialarbeiter betont seine Aussagen oft oder spricht Wörter gedehnt aus. Er führt propositionierte Themen durch differenzierende Aussagen weiter aus und zeigt sich

auch bereit für antithetisches Diskurse, wenn es um seine Anliegen für die Zusammenarbeit geht. Im Gespräch interagiert er hauptsächlich mit der Oberärztin, wobei er auf Aussagen und Fragen von ihr reagiert, die sowohl direkt an den Sozialdienst gerichtet sind als auch spontan.

### 6.2.3 Zentrale Orientierungen (Was?)

Innerhalb des Gesprächs mit den Orientierungsrahmen Patientinnen und Patienten und interprofessionelle Zusammenarbeit orientiert sich der Sozialarbeiter an der *Organisation und Koordination von Rehabilitationen und Pflegeheimplätzen, Sozialversicherungs- und Finanzierungsfragen* sowie an der *Gestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit*. Er tritt in Interaktion, wenn es um Fragen bezüglich des Rehabilitationspotentials sowie der geeigneten Rehabilitationskliniken und deren Finanzierung und die Beratung der Patientinnen und Patienten geht. Zudem äussert er sich zur Organisation von Pflegeheimplätzen und zu Anliegen an die Koordination der interprofessionellen Zusammenarbeit.

### 6.2.4 Art und Weise des Gesagten (Wie?)

#### Eigeninitiative und selbstbewusste Einbringung in den Diskurs

Der Sozialarbeiter interagiert während des ganzen Gesprächs eigeninitiativ und selbstbewusst. Dies bezieht sich sowohl auf die Art und Weise, wie er in Interaktion tritt und Zuständigkeiten aushandelt, als auch auf den Inhalt seiner Äusserungen. Im Folgenden wird auf einige wenige konkrete Beispiele eingegangen, wenngleich sich dieses Verhalten auch bei den anderen Darstellungen wiederfindet, diese werden jedoch noch unter anderen Aspekten beleuchtet.

Die Eigeninitiative zeigt sich im Gespräch darin, dass er sich, ohne dass er direkt adressiert wird, einbringt und einerseits Aufträge erteilt „*von dir OA bräuchte ich bitte noch das Zeugnis:*“(Z.37) und andererseits das weitere Vorgehen definiert „*genau und wenn die Tendenz sich KLARER zeigt dann schauen wir weiter*“(Z. 82), „*machen wir gleich nach dem Rapport*“(Z. 5). Der Sozialarbeiter schaltet sich bei Fällen selbständig ein und appelliert an das medizinische Personal den Sozialdienst einzuschalten „*dann bitte (.) ein formelles Dossier ist bei uns pendent (.) wir warten bis hier was kommt*“ (Z. 255). Es fällt auf, dass der Sozialarbeiter die Aufträge und Zuständigkeiten nicht erfragt, sondern seine Position klar zu erkennen gibt und sich bereit zeigt, in Aushandlung bezüglich der Zuständigkeiten mit dem Pflegepersonal zu treten, seine Anliegen bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit anzusprechen und über seine Vorstellungen zu argumentieren. Dies zeigt folgendes Beispiel, in dem es um die Abklärung der finanziellen Situation der Patientinnen und Patienten geht:

*PFF: also das finde ich jetzt ist dein Part, wenn du jetzt ins Spiel kommst, dass man dann das (.) aber sonst finde ich das jetzt echt*

*SA: Nur wir kommen bei vielen Fällen schon gar nicht rein (.) und eben viel später (.) weil das Geld kein Thema war und dann heisst es dann ja hey:: ich habe gar kein Geld*

*PFF: das ist einfach ein heikler Punkt, wenn Patienten frisch in das Spital kommen und als erstes müssen sie Auskunft darüber geben, wie viel dass sie verdienen*

*SA: = nicht wie VIEL (.) aber haben sie eine IV, Sozialhilfe, Krankentaggeld  
(Transskript Team II, Z. 345-353)*

Als weiteres Beispiel macht er eigeninitiativ Empfehlungen für Rehabilitationskliniken und bringt dieses Wissen selbstbewusst und bestimmt ein, was sich auch in der Wiederholung der Aussagen manifestiert:

*SA: Wo wohnt sie?°*

*PFF: hier in Y aber im Western*

*SA: Ja dann nicht (Rehaklinik) Y° sie ist allgemein versichert (.) (Rehaklinik) Y*

*OA: eine Onkoreha'*

*SA: ja das ist (Rehaklinik) Y (.) (Rehaklinik) XY hat extrem lange Wartezeiten und ist Kanton Y gell (.) und so wie sie versichert ist*

*OA: jaja aber das wäre was vielleicht*

*SA: = also (Rehaklinik) Y (.) wenn Reha dann (Rehaklinik) Y*

*(Transskript Team II Z. 245-252)*

Auf die Information der Oberärztin, dass ein Patient jede Planung für zu Hause abblockt, reagiert der Sozialarbeiter spontan mit einer Empfehlung bezüglich des beraterischen Vorgehens bei der Rehabilitationsbesprechung mit dem Patienten. Dabei verweist er erst auf die Autonomie des Patienten „das können wir ihm nicht nehmen oder das ist SEINE Entscheidung“ (Z. 135).

### Indirekte Leistungen darstellen

Ein Aspekt der Kompetenzdarstellung zeigt sich beim Sozialarbeiter in der indirekten Leistungsdarstellung im Fallrapport. Die Leistung bezieht sich in diesem Fall auf die Dokumentation seiner eigenen Tätigkeit. Indirektes Darstellen ist in zweifacher Hinsicht zu verstehen: einerseits sind mit indirekten Leistungen nicht Leistungen gegenüber der Patientinnen und Patienten gemeint, sondern gegenüber dem interprofessionellen Team, andererseits meint indirekt das Festhalten bzw. Nachweisen von Tätigkeiten und Beratungsverläufen im Dokumentationssystem, womit nicht die direkte Erbringung von Leistung gemeint ist.

Der Sozialarbeiter macht im Gespräch mehrmals darauf aufmerksam, *wo* und *dass* er seinen „Fortschritt“ (Z. 406) in das Patientinnen-/Patienteninformationssystem (PMS) dokumentiert hat. Diese Information bringt er aktiv während der Diskussion bezüglich eines besseren Informationsflusses zwischen dem Sozialdienst und dem medizinischen und pflegerischen Personal ein. Es zeigt sich im Gesprächsverlauf, dass die Oberärztin zuvor nicht über das Dossier des Sozialdienstes im PMS informiert war, was folgender Transskriptausschnitt zeigt:

*AA: Die Frage ist mehr, wie kann man den Informationsfluss gewährleisten (.) weil häufig wissen wir (.) die Sachen, die du wissen möchtest aber ähm die Anmeldungen laufen einfach. es ist eine normale Anmeldung (.) oder wir wissen teilweise nicht, was ihr abgeklärt habt (.) also wie kann man das gewährleisten“*

*SA: Also ich habe jetzt angefangen alles im PMS zu dokumentieren*

*OA: ja das wollte ich fragen*

*SA: ja also das (.) ich tue alles ins PMS und ich lese auch eure Anamnesen aus dem PMS raus*

*OA: also es gibt im PMS ein Dossier Sozialdienst?*

*SA: ja gibt es*

*OA: sehr gut*

*SA: = und da tue ich alles rein*

*(Transskript Team II, Z. 391-401)*

Durch die Information des Sozialarbeiters, werden die Beteiligten gleichzeitig über das Dokumentationssystem des Sozialdienstes aufgeklärt und er stellt seine Informationen dem interprofessionellen Team zur Verfügung und bietet somit eine indirekte Leistung an. Es folgt eine zweimalige Wiederholung der Information in den weiteren Zeilen: *„ich dokumentiere meine Einträge und mein Fortschritt ins PMS, dass ihr da auch (.) theoretisch auch die Pflege reinschauen kann“*(Z. 406-408), *„ich bin auch froh um eure Infos vom PMS (.) also stelle ich die euch auch gerne zur Verfügung“*(Z. 420-421). Zudem macht er damit das Team darauf aufmerksam, wo er seine erbrachte Leistung dokumentiert und stellt diese somit indirekt dar. Die Ich-Botschaften lassen offen, wie die Dokumentation des Sozialdienstes verwendet werden kann, bzw. wie schliesslich eine Verschränkung der Informationen stattfindet. Es impliziert jedoch, dass es dem Sozialarbeiter wichtig erscheint, sein Vorgehen bezüglich der Dokumentation seiner Tätigkeiten und Informationsbeschaffung zu kommunizieren und darzustellen.

#### Fachkundiges Einbringen von Wissen

Der Sozialarbeiter bringt sein Wissen fachkundig ein. Fachkundig meint, dass er sein Wissen vor dem Hintergrund fachlicher Gesichtspunkte einbringt. Die Nutzung des medi-

zinischen Fachwortschatzes und die wörtlichen Betonungen implizieren eine sichere Ausdrucksweise. Die zurückhaltende Formulierung „ich glaube“ führt in erster Linie zu einer Relativierung seiner Aussage und zu einer höheren Akzeptanz. Gleichzeitig wird seine Einschätzung durch die inhaltliche Verallgemeinerung „*muss man schon sagen*“ allgemein gültig gemacht und somit verstärkt. Diese Darstellung wird durch folgende Originalzitate untermauert: *„Also von der DIAGNOSE her glaube ich muss man schon sagen dass er Rehaindikation hat (.) er ist ja wirklich multimorbid und in Anbetracht dessen, dass er so immobil ist, kann man hier wirklich sagen, dass unter dem Aspekt, dass er dann wieder nach Hause gehen kann, eine Reha mit ihm bespricht (.) (Rehaklinik) Y (.) die würden ihn schon wieder auf die Füsse bringen“ (Z.122-126); „wenn Reha dann (Rehaklinik) Y (.) wie ich glaube, sie braucht wirklich intensive“ (Z.252-253).*

Die Zitate implizieren, dass sich der Sozialarbeiter bezüglich seiner Aussagen sicher ist und sich für die Einschätzung des Rehabilitationspotentials und die Wahl der Rehakliniken zuständig und kompetent sieht.

Das fachkundige Einbringen seines Wissens zeigt sich des Weiteren bezüglich Sozialversicherungsleistungen, indem er über die Versicherungsdeckung eines Patienten informiert und bereits alternative Finanzierungsmöglichkeiten in seine Aussage integriert und somit sein Wissen bezüglich Sozialversicherungsleistungen darstellt: *„der hat ja sonst noch IV und EL und wenn die Krankenkasse das nicht bezahlt, kann er es über die Ergänzungsleistung abrechnen“ (Z.164-165).*

#### 6.2.5 Muster der Kompetenzdarstellung

##### Aktiv - selbstbestimmte Kompetenzdarstellung

Die Art und Weise, wie der Sozialarbeiter seine professionellen Kompetenzen zur Darstellung bringt, kann in diesem Fall zusammenfassend als aktives und selbstbestimmtes Muster der Kompetenzdarstellung bezeichnet werden. Er beteiligt sich sowohl eigeninitiativ, als auch auf Nachfrage an den Fallbesprechungen und bringt sein Wissen über die Organisation und Koordination von Rehabilitation und Pflegeheimplätzen sowie sein Sozialversicherungswissen selbstbewusst ein. Die Wiedergabe seines Wissens erfolgt fachkundig, wobei die Betonungen und Dehnungen in seinen Sätzen sowie der Rückgriff auf Fachwörter eine selbstbewusste Wiedergabe dieses Wissens implizieren. Die Zuständigkeiten werden durch den Sozialarbeiter weitgehend selbstbestimmt definiert und es wird eine gewisse Autonomie in seinen Handlungen sichtbar, indem er sein Handeln nicht von Entscheidungen Anderer abhängig macht und nachfragt, sondern beispielsweise das weitere Vorgehen eigeninitiativ bestimmt und Informationen aktiv einfordert. Er zeigt Bereitschaft auch in einen antithetischen Diskurs zu treten und seine Anliegen diskursiv auszuhandeln. Schliesslich wird der Fallrapport durch den Sozialarbeiter auch genutzt, um seine Anliegen bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit zu äussern und seine professio-

nelle Leistung mittels der Hinweise auf die Dokumentation seines „*Fortschritts*“ (Z.406) im PMS indirekt darzustellen bzw. zu kommunizieren.

## 6.3 Fallvorstellung Team III

### 6.3.1 Fallbeschreibung und Diskursverlauf

Der Gesprächsverlauf zeichnet sich durch eine hohe Spontanität, kurzsilbige Redebeiträge und interaktive Dichte aus. Der Diskursverlauf orientiert sich inhaltlich an den zu besprechenden Patientinnen und Patienten. Innerhalb der Fallbesprechungen werden Informationen und Erfahrungen ausgetauscht sowie das weitere Prozedere oder Schwierigkeiten besprochen. Die Fallbesprechungen werden hauptsächlich durch das pflegerische und medizinische Personal oder die Sozialarbeiterin initiiert und durch den Oberarzt abgeschlossen. Der Oberarzt fungiert in einem groben Rahmen als Gesprächsführer, indem er sicherstellt, dass alle Themen der beteiligten Berufsgruppen besprochen wurden, und indem er zusammenfassend das weitere Prozedere konkludiert oder Aussagen validiert. Nach der Initiierung des zu besprechenden Falls folgen meist spontane Ausführungen oder Fragen der beteiligten Berufsgruppen ohne direkte Adressierung durch die Initiatorin oder den Initiator. Problemdefinitionen werden durch verschiedene Berufsgruppen eingebracht, wobei die Themen innerhalb der Fallbesprechungen teilweise abrupt wechseln und nicht immer fortgeführt werden. Die Konklusionen beziehen sich meist auf die Austrittsplanung und es sind keine oppositionellen Diskurse erkennbar. Die Interaktionen während des Fallrapports finden hauptsächlich in den Konstellationen Assistenzärztin, Pflegefachfrau, Oberarzt und Sozialarbeiterin statt und werden von Beiträgen der Psychoonkologin sowie der Physiotherapie ergänzt. Die Musiktherapie tritt nur sehr wenig in Interaktion.

Während des Rapports klingelt gegen Schluss des Gesprächs das Telefon des Oberarztes, der sich dann vom Rapport entschuldigt. Das Gespräch findet keinen offiziellen Schluss und endet mit parallel geführten Gesprächen zwischen den Beteiligten. Es herrscht eine wohlwollende und kollegiale Atmosphäre, die von Humor geprägt ist.

### 6.3.2 Gesprächsbeteiligung der Sozialarbeiterin

Die Sozialarbeiterin zeichnet sich durch ein proaktives Verhalten und eine hohe Gesprächsbeteiligung und durch kurze Redebeiträge während des ganzen Fallrapports auf. Im Rahmen des von Spontanität geprägten Diskursverlaufs, initiiert sie sowohl selbständig Themen oder führt Themen weiter aus durch nachfragende Elaborationen oder auch spontane Exemplifizierungen. Sie wirkt sehr präsent im Gespräch und zeigt eine hohe Bereitschaft in Interaktion zu treten und ihre Standpunkte im Diskurs zu äussern und übernimmt zwischendurch die Gesprächsführung. Die Sozialarbeiterin interagiert im Ge-

sprach gleichermassen mit dem Pflegepersonal, der Assistenzärztin und dem Oberarzt und fallspezifisch auch mit der Psychoonkologin und dem Physiotherapeuten.

### 6.3.3 Zentrale Orientierungen (Was?)

Der Orientierungsrahmen des Gesprächs bilden die Patientinnen und die Patienten. Die Sozialarbeiterin beteiligt sich im Gespräch an allen initiierten Themen. Die Hauptorientierung gilt jedoch dem *Entlassungsmanagement*, was sowohl die *Organisation von Hilfsmitteln und Pflegeheimplätzen*, das Wissen über *Sozialversicherung- und Finanzierungsfragen*, also auch die *Vermittlung zwischen externen Diensten und Spital* beinhaltet. Des Weiteren beteiligt sich die Sozialarbeiterin am Austausch bezüglich der *Unterstützungsbedarfe* der Patientinnen und Patienten und Angehörigen.

### 6.3.4 Art und Weise des Gesagten (Wie?)

#### Fallspezifischen Wissensvorsprung darstellen

Die Sozialarbeiterin bringt im Gespräch ihr gesammeltes, bisheriges fallspezifisches Wissen über Patientinnen und Patienten und deren soziale Situation ein. Das fallspezifische Wissen wird nicht durch das interprofessionelle Team nachgefragt, sondern wird spontan und unaufgefordert durch die Sozialarbeiterin in den Fallbesprechungen erwähnt. Das fallspezifische Wissen beinhaltet Kenntnisse sowohl über vergangene Spitalaufenthalte, Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten als auch über die soziale Situation der Patientinnen und Patienten. Die Einbringung des fallspezifischen Wissens zeigt sich beispielsweise in folgenden Originalzitate:

*„der ist mir SEHR lange schon bekannt (-) der ist auf dem O [Abteilung im Spital] gewesen lange Zeit“*

*(Transskript Team III, Z. 129)*

*„... damals ist es darum gegangen, aber das ist jetzt schon einige Zeit her (.) dass er vorübergehend in ein Ferienbett ist (.) und nachher konnte er wieder nach Hause ... er hatte vor fünf Jahren schon einmal die gleiche Diagnose gehabt und er hat sich nachher SEHR gut erholt (.) und sie [die Tochter] hatte wie das Gefühl es wird jetzt wieder so (.) und dass nachher (.) wo sie gemerkt hat, dass das nicht so ist, ist es sehr schwierig gewesen“*

*(Transskript Team III, Z. 133-144)*

In diesen Zitaten wird sichtbar, dass die Sozialarbeiterin ihr fallspezifisches Wissen mit dem interprofessionellen Team teilt und ihm dieses zur Verfügung stellt, was impliziert, dass es ihr wichtig scheint, das Wissen über die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige darzustellen. Die Aussagen dokumentieren eine Art Wissensvorsprung der

Sozialarbeiterin, indem sie das Wissen eigeninitiativ einbringt und somit einen Wissensvorsprung gegenüber dem interprofessionellen Team über die Patientinnen und Patienten darstellt. Sie schildert dabei eine Situation aus der Vergangenheit und vergleicht diese auf die jetzige Situation des Patienten und macht das Wissen somit für die anderen zugänglich. Das nächste Zitat zeigt die Übermittlung von Informationen bezüglich der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten an das interprofessionelle Team:

*SA: ... sie wollen keine Psychoonkologie, er arbeitete seit April beim Y beim Y und die haben auch schon angeboten (.) dass er dort psychologische Unterstützung könnte haben (Transskript Team III, Z. 463-465)*

### Voreilige Aussagen

Die Sozialarbeiterin fällt im Gespräch durch ihre voreiligen Aussagen auf. Im Vergleich zu initiativen Aussagen zeigen sich die voreiligen Aussagen dadurch, dass die Sozialarbeiterin dem medizinischen und dem pflegerischen Personal mit Fragen und Äusserungen teilweise auch durch Anklebeäusserungen zuvorkommt. Die Sozialarbeiterin ergreift oft gleich zu Beginn der einzelnen Fallbesprechungen die Initiative, ohne dass sie angesprochen wurde. Das proaktive Handeln zeigt sich exemplarisch durch folgende vier Originalzitate:

*SA: 505 oder 515 fehlt noch*

*PFF: 55 also 515 habe (.) da ist morgen gleich der Austritt geplant (Transskript Team III, Z. 332-333)*

Die Sozialarbeiterin weist die Pflegefachfrau auf die noch ausstehenden Patientinnen und Patienten hin und ergreift die Gesprächsmoderation, darin zeigt sich, dass die Sozialarbeiterin den Überblick über die zu besprechenden Fälle hat, es könnte jedoch auch eine gewisse Ungeduld andeuten. Dies kann hier jedoch nicht abschliessend beantwortet werden.

*SA: = und ähm das Trach ist neu? Das Tracheostoma? (Transskript Team III, Z. 31)*

Diese Anklebeäusserung folgt auf einen längeren und strukturierten Redebeitrag der Assistenzärztin, die die medizinische Situation eines Patienten und das weitere Prozedere schildert. Auch in diesem Beispiel ergreift sie voreilig die Initiative ohne, dass sie gezielt angesprochen wurde, und holt sich Informationen durch Nachfragen ein. Auch im nächsten Beispiel zeigt sich eine voreilige Frage der Sozialarbeiterin, indem sie die Pflegefachfrau durch eine Anklebeäusserung unterbricht:

*AA: morgen wäre das Rundtischgespräch (.)*

*PFF: ja das hat sie jetzt gerade noch bestätigt, dass sie dass*

*SA: = morgen um zwei Uhr?*

*PFF: Morgen um zwei mhm*

*(Transskript Team III, Z. 51-54)*

Ebenfalls im letzten Originalzitat folgt eine Äusserung der Sozialarbeiterin direkt nach Initiierung der zu besprechenden Patientin durch die Pflegefachfrau:

*PFF: dann kommen wir eben zur Dame im 11*

*SA: wo wir jetzt dann gerade das Gespräch haben*

*PFF: wo wir jetzt dann gerade das Rundtischgespräch haben*

*AA: genau*

*(Transskript Team III, Z. 66-69)*

Besonders die letzten zwei Originalzitate weisen darauf hin, dass die Aussagen und Fragen seitens der Sozialarbeiterin primär dazu dienen, ihr Wissen zu bestätigen. Dies zeigt sich in den in den wiederholenden und validierenden Aussagen durch die Pflegefachfrau und die Assistenzärztin. In beiden Fällen werden die Aussagen der Sozialarbeiterin schliesslich validiert.

Ein weiteres Beispiel zeigt sich im folgenden Originalzitat, in dem die Sozialarbeiterin ihr Wissen über Unterstützungsleistungen darstellt und die Informationen der Assistenzärztin spontan präzisiert:

*AA: ...da ist ja die Spitex vom Y die man da involvieren könnte*

*SA: ja (.) Spitex Y ist eben CEOP und Spitex zusammen*

*AA: genau deswegen hat er noch gesagt das wäre noch gäbig*

*SA: genau die machen Grundpflege und CEOP (-) Frau X*

*(Transskript, Team III, Z. 436-440)*

#### Abgrenzende und rechtfertigende Haltung

Im Gespräch fällt auf, dass sich die Sozialarbeiterin oft für ihr Handeln sowohl direkt als auch indirekt rechtfertigt, ohne dass sie durch die Beteiligten für einen Sachverhalt kritisiert wird oder sich von Aufträgen und Zuständigkeiten abgrenzt. Die abgrenzende und rechtfertigende Darstellung wird hier zusammengefasst, da die Originalzitate nicht eindeutig zuzuordnen sind, da eine rechtfertigende Äusserung gleichwohl auch abgrenzend wirken kann oder umgekehrt. Die Abgrenzung bezüglich Zuständigkeiten dokumentiert sich beispielsweise in folgendem Originalzitat:

*„... also ich meine das mit der Wohnung, da ist jetzt wirklich der Bögg beim Sozialdienst ich habe das gestern erfahren oder, dass das so ist, und sofort weitergeleitet“*

*(Transskript Team III, Z. 326-328).*

Die Sozialarbeiterin weist die Verantwortung für die Wohnungsangelegenheiten eines Patienten von sich und delegiert diese an den externen Sozialdienst. In der Aussage dokumentiert sich zudem ein Handeln unter Zeitdruck, indem sie darauf hinweist, die Informationen „sofort weitergeleitet“ zu haben.

Im nächsten Ausschnitt zeigt sich eine rechtfertigende Haltung gegenüber der Pflegefachfrau bezüglich einer organisatorischen Angelegenheit:

*SA: Also eine Treppenraupe nehmen sie dann normalerweise mit, weisst du mit dem Bettax und das haben wir eigentlich so*

*PFF: = also das Easycap nicht dann*

*SA: Doch (.) beide haben das und das haben wir eigentlich so angemeldet, das ist ein Fehler von ihnen, dass sie das nicht dabei gehabt haben*

*PFF: aha*

*(Transskript Team III, Z. 388-393)*

Die Sozialarbeiterin weist die Verantwortung bezüglich eines missglückten Rollstuhltransports klar von sich, indem sie eine Schuldzuweisung an die betroffene Hilfsmittelstelle macht. Des Weiteren zeigen sich rechtfertigende Aussagen im Sinne von referenzierenden Äusserungen auf Gespräche mit den Patientinnen und Patienten oder die Sozialarbeiterin beruft sich auf Informationen aus der Vergangenheit:

*„= mir hat er dies eben nie erwähnt (.) wir haben mehr so ein bisschen von dem was man hier muss (.) regeln gesprochen...“ (Z. 266), „da hat er eben auch nichts gesagt weisst du“ (Z. 279); „ja (.) aber ähm (-) vorher hat es eben immer geheissen er werde zurückverlegt in das Spital Y (.) ursprünglich“ (Z.283)*

### Selbstbestimmung betonen

Die Sozialarbeiterin betont im Fallrapport die Selbstbestimmung. Selbstbestimmt meint in diesem Fall einerseits die Betonung der Entscheidungsfreiheit bezüglich gewissen Sachverhalten. Andererseits die selbstbestimmte Art und Weise, wie die Sozialarbeiterin ihre Zuständigkeiten abgrenzt und ihr Wissen in den Diskurs einbringt. Diese Art und Weise weist zudem starke Überschneidungen mit der rechtfertigenden und abgrenzenden Haltung auf, da die Betonung der Selbstbestimmung, gleichzeitig auch eine Abgrenzung bezüglich Zuständigkeiten markiert. Diese selbstbestimmten Äusserungen kommen in folgenden Originalzitatzen zum Ausdruck:

*AA: ... da war ja die Frage wegen dem Fahrtgeld. konntest du da schon irgendetwas'*

*SA: ... ich habe ja gesagt wenn es unter 200 Franken ist können wir ein FUP Nothilfege-  
such machen (.) Fond für unbemittelte Patientennothilfe das kann ich selber entscheiden  
(.) das ist nicht das Problem  
(Transskript Team III, Z. 279-281)*

In dem Transskriptausschnitt wird die Sozialarbeiterin bezüglich der Finanzierung eines Transports angesprochen. Die Sozialarbeiterin weist darauf hin, dass sie in dieser Sache kompetent ist, selbständig zu entscheiden. Die Aussage impliziert zudem, dass die Frage der Assistenzärztin aus der Sicht der Sozialarbeiterin keine Priorität hat. Die Selbstbestimmung zeigt sich hier in zweierlei Hinsicht, einerseits in der betonten Entscheidungsmacht der Sozialarbeiterin bezüglich finanziellen Ressourcen, andererseits in der selbstbestimmten Problemdefinition. Im nächsten Originalzitat wird ersichtlich, wie die Sozialarbeiterin ihre Zuständigkeit selbstbestimmt definiert, sich von einem Auftrag abgrenzt und die Pflegefachfrau darüber informiert. In dem Ausschnitt geht es um eine Anmeldung für Hilfsmittel bei der Invalidenversicherung. In den ersten Äusserungen wird eine Klärung der Zuständigkeit auf der fallspezifischen Ebene vorgenommen, danach wird die Frage nach der Zuständigkeit fallunabhängig von der Pflegefachfrau aufgeworfen:

*SA: Nein der Patientin und wenn die Patientin dann eine Frage hat dazu (.) dann komme  
ich dann zum Zug  
PFF: aha ok ok (.) das machst nicht grundsätzlich du?  
SA: Nein, es gibt Leute, die das selbständig machen können  
PFF: ok gut  
(Transskript Team III, Z. 94-97)*

Die zweite Aussage der Sozialarbeiterin impliziert auch, dass sich die Sozialarbeiterin in ihrem Auftrag und ihrer Zuständigkeit auch an der Selbstbestimmtheit der Patientinnen und Patienten orientiert und dies der Pflegefachfrau kommuniziert.

### 6.3.5 Muster der Kompetenzdarstellung

#### Proaktiv - defensive Kompetenzdarstellung

Für die Sozialarbeiterin lässt sich kein eindeutiges Muster für die Art und Weise der Darstellung ihrer professionellen Kompetenz definieren. Die Art und Weise, wie die Sozialarbeiterin in Interaktion tritt und ihr Wissen preisgibt, zeigt durch ihr proaktives Verhalten eine gewisse Selbstverständlichkeit, jedoch auch ein defensives Verhalten. Die Sozialarbeiterin bringt ihr fallspezifisches Wissen proaktiv, selbstbestimmt und unaufgefordert ein und streut spontanen Anklebeäusserungen und Fragen ein, was durch die am Fallrapport beteiligten Personen ohne oppositionelle Äusserungen akzeptiert wird.

Die Sozialarbeiterin bringt ihr Wissen über frühere Fallverläufe der Patientinnen und Patienten, über deren Angehörige sowie über konkrete Unterstützungsleistungen eigeninitiativ in die Fallbesprechungen ein, ohne dass dieses Wissen konkret nachgefragt wird. Das Wissen über Sozialversicherungs- und Finanzierungswissen bringt sie selbstbestimmt ein und kommuniziert ihre diesbezügliche Entscheidungsmacht. Gleichzeitig verhält sie sich jedoch defensiv, wenn es um das Aushandeln von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten geht.

## 7 Diskussion der Ergebnisse

Das Erkenntnisinteresse der explorativen Studie ist es herauszufinden, wie Sozialarbeitende ihre professionelle Kompetenz gegenüber dem interprofessionellen Team darstellen und welchen Einfluss die Kompetenzdarstellung auf die Positionierung der Sozialarbeitenden aus inszenierungstheoretischer Perspektive hat.

Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt in vier Schritten. Erstens werden die Ergebnisse der drei Einzelfalldarstellungen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren aufgezeigt und Einflussfaktoren auf die Kompetenzdarstellung diskutiert. Obwohl die Einflussfaktoren nicht Teil der Fragestellung waren, wird es als wichtig erachtet, diese bei der Diskussion zu berücksichtigen, um die Ergebnisse in den Kontext einordnen zu können. Zweitens wird die Fragestellung nach der Kompetenzdarstellung der Sozialarbeitenden beantwortet und es werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten der professionellen Kompetenzdarstellungsmuster zusammenfassend festgehalten. In einem weiteren Schritt werden die Ergebnisse in den theoretischen Kontext der inszenierungstheoretischen Perspektive gesetzt, um schliesslich die Frage zu beantworten, welchen Einfluss die Kompetenzdarstellung auf die Positionierung der Sozialarbeitenden im interprofessionellen Team haben kann. Abgeschlossen wird das Kapitel mit einer kritischen Reflexion des Forschungsprozesses.

### 7.1 Kontextfaktoren

Wie bereits im Kapitel 4 aufgezeigt ist Kompetenzdarstellung und damit auch die Selbstdarstellung der Professionellen von verschiedenen Faktoren abhängig. Nebst den individuellen Eigenschaften einer Person wird die Selbstdarstellung, wesentlich durch den sozialen Kontext und durch die Merkmale des Interaktionssettings und des Publikums beeinflusst (vgl. Kapitel 4.2) und ist davon abhängig, welche Erwartungen von den unterschiedlichen Interaktionspartnerinnen und Interaktionspartner gegenseitig antizipiert werden. Die gegenseitigen Erwartungen an die Kompetenzdarstellung können mit dem gewählten methodischen Zugang nicht analysiert werden und standen nicht im Fokus der Untersuchung. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass sich die Erwartungen an die Rolle der untersuchten Personen als Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter richten, mit ihren unterschiedlichen Funktionen und Aufgaben auf den Abteilungen. Im Folgenden werden Faktoren aufgegriffen, von welchen angenommen wird, dass sie einen Einfluss auf die Kompetenzdarstellung der Sozialarbeitenden im jeweiligen untersuchten interprofessionellen Fallrapport haben. Die Faktoren beziehen sich auf den sozialen Kontext der Palliativabteilung, auf dem die Datenerhebung stattfand und auf verschiedene Merkmale des Publikums, in diesem Fall des interprofessionellen Teams und auf das Interaktionssetting.

### 7.1.1 Kontext Palliativabteilung

Alle drei analysierten Fallrapporte fanden im Kontext der Palliativabteilung statt. Bereits der Befund, dass auf der Palliativstation im Vergleich zu der onkologischen Station und zur Frauenklinik am meisten Redebeiträge der Sozialarbeitenden zu verzeichnen sind, wäre eine ausführliche Diskussion und Interpretation wert. Aufgrund der kleinen Stichprobe können hier jedoch nur Vermutungen über die Gründe aufgestellt werden. Gestützt auf die Ergebnisse eines Forschungsprojekts der Berner Fachhochschule wird hier ein Grund in der hohen Vernetzungskompetenz der Sozialarbeitenden vermutet, die innerhalb des interprofessionellen Teams auf der Palliativstation besonders gefragt ist. Sozialarbeitende sorgen speziell bei schwerkranken Patientinnen und Patienten in den letzten Lebenswochen für ein rasches Entlassungs- und Eintrittsmanagement, um Brüche im Versorgungssystem zu vermeiden. Sie decken damit ein „immenses Bedürfnis“ auf dieser Abteilung ab und es wird ihnen dadurch vom interprofessionellen Team eine zentrale Stellung auf der Palliativstation zugeschrieben (Michel, Friedli, & Riedel, 2016, S. 22–23). In Anlehnung an Pfadenhauer (2003b/2014) (vgl. Kapitel 4.3) kann auf dieser Abteilung von einer speziellen Kompetenzunterstellung oder einem Kompetenzanspruch gesprochen werden, welcher durch das interprofessionelle Team an die Sozialarbeitenden gemacht wird. Darin kann auch ein – allerdings nicht abschliessender - Grund für die vergleichsweise hohe Gesprächsbeteiligung der Sozialarbeitenden vermutet werden. Welche spezifischen Kompetenzen der Sozialarbeitenden auf der onkologischen Abteilung sowie in der Frauenklinik durch das interprofessionelle Team gefragt sind, wäre weiter zu prüfen.

### 7.1.2 Merkmale des interprofessionellen Teams und des Interaktionssettings

#### Mehrfachadressierung der Kompetenzdarstellung

Der interprofessionelle Fallrapport ist wie bereits erwähnt ein institutionelles Setting in den Spitälern, in denen Fallbesprechungen zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen stattfinden. Die Anzahl der teilnehmenden Berufsgruppen an den interprofessionellen Fallrapporten variierte in den analysierten Gesprächen zwischen acht und zwölf Personen. Es ist deshalb anzunehmen, dass die Gesprächsbeteiligung der Sozialarbeitenden auch davon abhängig ist, unter wie vielen Personen die Fallbesprechungen stattfinden und der Informationsaustausch koordiniert werden muss. Durch dieses Interaktionssetting findet eine Mehrfachadressierung der Kompetenzdarstellung durch die Sozialarbeitenden statt. Die Kompetenzdarstellung richtet sich dementsprechend nicht nur an ein spezifisches Interaktions-Gegenüber. Hinzu kommt, dass die Fallrapporte in unterschiedlichen personalen Konstellationen stattfanden (vgl. Kapitel 6). So nahm im Team I insbesondere die Seelsorgerin viel Gesprächsraum ein und beteiligte sich am Austausch zu psychosozialen Fragestellungen. Dies lässt in Anlehnung an Wasner (2015) (vgl. Kapitel 3.3) vermuten, dass sich auch die Seelsorgerin, die sich primär um spirituelle und persönliche Anliegen

von Patientinnen und Patienten kümmert, für die psychosoziale Begleitung zuständig sieht, was durch die Sozialarbeiterin im Fallrapport nicht explizit in Frage gestellt wird. Im Team II und III war zudem auch die Psychoonkologie<sup>39</sup> vertreten, die sich um die psychologische Betreuung von krebskranken Personen und ihre Angehörigen kümmert. Am Fallrapport waren somit weitere Berufsgruppen vertreten, die auf die psychosoziale Dimension von Krankheit fokussieren. Damit kann es auch zu Überschneidungen und Unklarheiten in den psychosozialen Zuständigkeiten kommen. Im Team II hingegen, war auch die Geriatrische Austrittsplanung<sup>40</sup> (GAP) anwesend. Die Aufgabe des Entlassungsmanagements verteilt sich folglich auf den Spitalsozialdienst und die GAP. Dieser Umstand kann ebenfalls als Einflussfaktor auf die Präsenz des Sozialarbeiters im Rapport vermutet werden.

Wenngleich die analysierten Fallrapporte alle auf der gleichen Abteilung, jedoch in unterschiedlichen Spitälern, stattfanden, unterscheiden sich sowohl die anwesenden Berufsgruppen als auch die Aufgabenprofile der Sozialarbeitenden.

### Zeitdruck und Fallzahl

In den aufgezeichneten Fallrapporten wurde zudem ersichtlich, dass sich die Dauer der Fallrapporte und die Anzahl der zu besprechenden Fälle unterschieden. Die Dauer der Fallrapporte bewegte sich zwischen 40 und 60 Minuten, zudem variierte die Anzahl Fälle, die in den Rapporten besprochen wurde. Der Zeitdruck stellt, gerade auf der Palliativstation und auch allgemein im Spital (vgl. Kapitel 3.3) einen hohen Effizienz- und Effektivitätsanspruch ans das Personal. Laut Hanses (2011, S. 75) steht die Zeitknappheit und die hohe Fallbelastung, wie bereits im Kapitel 3.3 angetönt, im Widerspruch zum professionellen Handeln der Sozialarbeitenden. Es wird deshalb davon ausgegangen, dass auch in den interprofessionellen Fallrapporten der Zeitdruck eine Rolle spielt und der Fallaustausch und somit auch die Aushandlungsprozesse eine zeitliche Limitierung finden müssen. Dies kann sich wiederum auf die Kompetenzdarstellung der Sozialarbeitenden auswirken, indem sie aufgefordert sind in kurzer Zeit und fallspezifisch bzw. auch fallunspezifisch ihre professionelle Kompetenz zur Geltung zu bringen. Um darüber genauere Aussagen machen zu können, wäre das Verhältnis der Fallzahl zur verfügbaren Zeit in den Fallrapporten genauer zu erheben. Dies konnte in dieser Untersuchung nicht geleistet werden und wäre weiter zu prüfen. Ein Gegenargument könnte hier lauten, dass der Fallrapport im Team II, nach den Fallbesprechungen auf das Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit wechselte, und somit noch Zeit für fallübergreifende Themen zur Verfügung stand und der Sozialarbeiter die Gelegenheit nutzte, seine professionellen Kompe-

<sup>39</sup> Die Psychoonkologie beschäftigt sich einerseits mit den psychologischen Reaktionen der Patienten, deren Angehörigen sowie Betreuungspersonen auf die Krebserkrankung in allen Krankheitsstadien und andererseits mit den psychologischen und sozialen Faktoren, welche auf den Krankheitsprozess einwirken.

<sup>40</sup> Die Geriatrische Austrittsplanung ist für die Austrittsplanung von Patientinnen und Patienten ab dem AHV-Alter (65-jährig aufwärts) zuständig.

tenzen einzubringen und zu vertreten. Es kann hier die Vermutung aufgestellt werden, dass in dieser Situation die Präsenz der Forscherin einen Einfluss hatte und für diese fallübergreifende Besprechung bewusst Zeit eingeräumt und interprofessionelle Themen angesprochen wurden.

### Fallinterne Dynamiken und Strukturen

Durch die Rekonstruktion des Diskursverlaufs der drei interprofessionellen Fallrapporte wurde deutlich, dass jedes Gespräch eigene interne Dynamiken und Strukturen aufweist. Die Sozialarbeitenden handeln dementsprechend in unterschiedlichen Strukturen und Dynamiken, die ihr Selbstdarstellungsverhalten und somit auch ihre Kompetenzdarstellung beeinflussen.

Allen Gesprächen gemeinsam ist die primäre Orientierung an den Patientinnen und Patienten im Diskursverlauf. Im Team II wird der interprofessionelle Fallrapporte ebenfalls genutzt, um Erwartungen an die interprofessionelle Zusammenarbeit zu klären, was für eine gelingende Teamkooperation, wie im Kapitel 3.2 besprochen als wichtig erachtet wird. Die Fallrapporte sind jedoch unterschiedlich strukturiert und es finden sich unterschiedliche Beziehungskonstellationen. Während das Gespräch von Team I bis auf die Initiierung der zu besprechenden Fälle wenig Struktur aufweist und die Redebeiträge hauptsächlich spontan erfolgen, weist das Gespräch im Team II eine hohe Strukturiertheit auf, indem gezielte Absprachen getroffen werden. Die Notwendigkeit der Strukturiertheit könnte auch im Zusammenhang mit der Grösse des Teams (12 Personen) gesehen werden. Im Team III finden sich sowohl strukturierte als auch unstrukturierte Elemente im Gespräch, indem der Oberarzt und die Sozialarbeiterin zwischendurch die Gesprächsführung übernehmen und die Konklusionen der einzelnen Fallbesprechungen meist durch den Oberarzt vorgenommen werden. Wie auch Bohnsack (2014) erwähnt, finden Gespräche, innerhalb eines gemeinsamen Erfahrungszusammenhangs statt, die das Handeln eines Individuums bzw. eines Kollektivs beeinflussen (vgl. Kapitel 5.5). Es ist somit anzunehmen, dass die fallinternen Dynamiken und die Kompetenzdarstellung der Sozialarbeitenden wesentlich von der internen Teamkultur (gemeinsames Wissen, Erfahrungen, Gewohnheiten, Abläufe etc.) abhängig sind (vgl. auch Kapitel 3.2). Gestützt auf das Argument von Pfadenhauer (2010/2014), dass Kompetenzdarstellung nur dort nötig ist, wo Zweifel an der Handlungs- und Leistungsfähigkeit einer Person bestehen (vgl. Kapitel 4.3), kann hier die Vermutung aufgestellt werden, dass gerade das passive Kompetenzdarstellungsmuster im Team I auf ein hohes Vertrauen in die Kompetenzen der Sozialarbeiterin hinweist und von der Sozialarbeiterin keine zusätzlichen Erläuterungen und Begründungen erwartet bzw. erwünscht sind. Auf einer übergeordneten Ebene ist hier zu unterscheiden, ob die Zweifel an eine konkrete Person oder an die Spitalsozialarbeit mit ihren professionellen Kompetenzen gerichtet sind. Auf der Ebene der Spitalsozialarbeit

kann auf dem Hintergrund des Forschungsstands (vgl. Kapitel 1.4) kritisch angemerkt werden, dass sich Sozialarbeitende ihren Kompetenzen und der Notwendigkeit zur Kompetenzdarstellung selbst zu wenig bewusst sind und ihre Kompetenzen aufgrund ihrer Tendenz zur professionellen Verunsicherung abwerten.

Alle Sozialarbeitenden interagieren hauptsächlich mit dem medizinischen und pflegenden Personal, welche auch die Führung des Fallreports übernehmen. Daraus lässt sich schliessen, dass die Medizin und die Pflege auf der Palliativabteilung die jeweiligen primären Behandlungsprofessionen sind und, folgt man den Regeln nach Pauls (2013) den Koordinationsbedarf der Leistungen auf der psychosozialen Ebene im Fallreport übernehmen (vgl. Kapitel 3.2).

Auffallend war zudem in allen drei Fallreporten, dass durchwegs eine lockere und humorvolle Atmosphäre herrschte und Humor als ein verbindendes Element im interprofessionellen Team vermutet werden kann. In Anlehnung an Friedli und Schinzilarz (2015, S. 21) können professionelle Gespräche insbesondere in schwierigen Zusammenhängen und dramatischen Situationen durch Humor an Leichtigkeit gewinnen. Gerade auf der Palliativstation, auf der emotional belastende Themen besprochen werden, könnte die humorvolle Atmosphäre auch als Bewältigungsform im Team angesehen werden. Schliesslich war auch auffallend, dass in den Gesprächen kaum oppositionelle Äusserungen zu finden waren. Im Zusammenhang mit der Erhebungsmethode kann hier in Anlehnung an Kleemann et al. (2013, S. 176) kritisch angemerkt werden, dass in Gruppengesprächen andere Meinungen eher zugelassen werden, was als ein Faktor auf die Gesprächsdynamik einwirken kann.

Zusammenfassend können der soziale Kontext der Palliativabteilung, die Anzahl und Varianz der beteiligten Berufsgruppen, die unterschiedlichen Aufgabenprofile der Sozialarbeitenden, die Fallzahl und der Zeitdruck auf den Abteilungen sowie die Dynamiken und Strukturen innerhalb der Fallreporte als wesentliche Einflussfaktoren auf die Kompetenzdarstellungen der Sozialarbeitenden im untersuchten interprofessionellen Kontext genannt werden und sind bei den folglich dargestellten Kompetenzdarstellungsmustern mit zu berücksichtigen.

## 7.2 Professionelle Kompetenzdarstellungsmuster

Der erste Teil der Fragestellung lautet, wie Sozialarbeitende ihre professionellen Kompetenzen gegenüber dem interprofessionellen Team darstellen. Im Folgenden werden die Kompetenzdarstellungsmuster der drei Einzelfälle nochmals aufgegriffen und miteinander verglichen.

Die Analyse der professionellen Kompetenzdarstellung der Sozialarbeitenden und die aufgezeigten Kontextfaktoren zeigen, dass die sprachliche Inszenierung von professioneller Kompetenz in den interprofessionellen Fallrapporten limitiert ist. Wenngleich der interprofessionelle Fallrapport in der Literatur als ideales Gefäss beschrieben wird, indem professionelle Kompetenz kommuniziert und sichtbar gemacht werden kann und professionelle Handlungsprobleme ausgehandelt werden, wird dies von den Sozialarbeitenden in den gegebenen Rahmenbedingungen unterschiedlich genutzt. Dabei ist nochmals vorzuschicken, dass professionelle Kompetenz im Sinne von Pfadenhauer nicht nur die Darstellung von themenspezifischen Sonderwissensbeständen meint, sondern das Gesamtverhalten der Person bzw. dessen Selbstdarstellung als Professionelle miteinschliesst (vgl. Kapitel 4.3). Die professionellen Kompetenzdarstellungsmuster sind demnach nicht nur auf die inhaltlich kommunizierten Wissensbestände und Themen der Sozialarbeitenden gerichtet, da diese sich je nach Spital (vgl. Kapitel 2.3 und 7.1.1) unterscheiden, sondern auch auf die Art und Weise wie Sozialarbeitende in den Diskurs treten und ihre professionelle Kompetenz einbringen oder einfordern.

Die drei Einzelfälle ergeben drei Muster, wie sich Sozialarbeitende im Gespräch inszenieren und ihre professionelle Kompetenz zur Geltung bringen. Aus den einzelnen Taktiken der Kompetenzdarstellungsmuster lassen sich folgende drei Oberthemen formulieren: *Haltung bei der Gesprächsbeteiligung*, *Präsentation der handlungsspezifischen Wissensbestände*, *Diskurs- und Interaktionsspezifisches Verhalten*. Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Kompetenzdarstellungsmuster mit den jeweiligen Oberthemen und Taktiken:

Tabelle 4. Kompetenzdarstellungsmuster und Taktiken

<b>Darstellung der professionellen Kompetenz</b>	<b>Team I:</b> Passive Kompetenzdarstellung	<b>Team II:</b> Aktiv-selbstbestimmte Kompetenzdarstellung	<b>Team III:</b> Proaktiv – defensive Kompetenzdarstellung
<b>Haltung bei der Gesprächsbeteiligung</b>	- Reaktiv, zudienende Handlungen	- Eigeninitiatives Auftreten	- Voreilige Aussagen
<b>Diskurs- und interaktionsspezifisches Verhalten</b>	- Meinungskonformität und Gehörtes signalisieren - Diskurs vermeidend	- Selbstbewusstes Einbringen in den Diskurs	- Abgrenzende und rechtfertigende Haltung - Selbstbestimmung betonen
<b>Präsentation der handlungsspezifischen Wissensbestände</b>	- Deskriptive Wiedergabe von Sachverhalten	- Fachkundiges Einbringen von Wissen - Indirekte Leistungen darstellen	- Fallspezifischen Wissensvorsprung darstellen

Quelle: Eigene Darstellung und eigene Daten

Die Oberthemen beeinflussen sich wechselseitig und sind nicht trennscharf. So trifft die Taktik eigeninitiatives und selbstbewusstes Einbringen in den Diskurs beim Sozialarbeiter

im Team II sowohl auf die Haltung bei der Gesprächsbeteiligung als auch auf das Diskurs- und Interaktionsspezifische Verhalten zu.

Anhand der Oberthemen wird die Varianz ersichtlich, wie die Sozialarbeitenden ihre professionellen Kompetenzen darstellen. Hier ist zu betonen, dass mit den Kompetenzdarstellungsmustern und den jeweiligen Taktiken besondere Auffälligkeiten der Sozialarbeitenden im Gespräch exemplarisch beschrieben werden und diese nicht als abschliessend zu betrachten sind.

Während der Sozialarbeiter im Team II seine professionelle Kompetenz aktiv und selbstbestimmt einbringt, kommuniziert die Sozialarbeiterin im Team I ihre professionelle Kompetenz nur reaktiv auf Nachfrage und verhält sich im Gespräch eher passiv und zudienend. Die Sozialarbeiterin im Team III reagiert im Gespräch einerseits proaktiv und voreilig, andererseits zeigt sich in ihren Äusserungen eine defensive Haltung, indem sie sich im Diskurs und in der Interaktion rechtfertigt und abgrenzt.

Dem Oberthema *Präsentation der handlungsspezifischen Wissensbestände* kann man entnehmen, mit welchen Auffälligkeiten die Sozialarbeitenden ihre fachliche Expertise bzw. ihre Wissensbestände darstellen. Es ist jedoch vorwegzunehmen, dass der Anteil der kommunizierten Wissensbestände in allen Gesprächen eher gering ausfällt und die professionelle Expertise und Kompetenz durch die Sozialarbeitenden nur wenig hervorgehoben wird. Hier finden sich die Taktiken *fallspezifischer Wissensvorsprung darstellen*, *deskriptive Wiedergabe von Sachverhalten*, *fachkundiges Einbringen von Wissen* sowie *indirekte Darstellung der Leistung*. Die kommunizierte und nachgefragte professionelle Kompetenz aller Sozialarbeitenden in den interprofessionellen Fallrapporten orientiert sich am Entlassungsmanagement, der Organisation und Koordination von Unterstützungsleistungen sowie am Finanzierungs- und Sozialversicherungswissen.

Die Oberthemen *Haltung bei der Gesprächsbeteiligung* und *Diskurs- und interaktionsspezifisches Verhalten* zeigen vielmehr alltägliche Taktiken der Selbstdarstellung, wie z.B. *rechtfertigen*, *abgrenzen*, *Diskurs vermeiden*, *Meinungskonformität* und *Gehörtes signalisieren*, *Selbstbestimmung betonen*.

Die Selbstdarstellungstaktiken weisen Parallelen zu den im Kapitel 4.2 aufgezeigten Selbstdarstellungstaktiken der Sozialpsychologie auf. So sind die Taktiken *rechtfertigen* und *abgrenzen*, des proaktiven-defensiv Musters mit den Selbstdarstellungstaktiken *defense of innocence*, und *justifications* zu vergleichen, welche auch von Tedeschi et al. (1985) und Mummendey (2006) den eher defensiven bzw. negativen Selbstdarstellungstaktiken zugeordnet werden (vgl. Kapitel 4.2). Im passiven Muster zeigt sich einerseits die Taktik *Meinungskonformität signalisieren*, die mit den Taktiken *ingratiation* and *other-enhancement* zu vergleichen ist, die von Mummendey (2006) den positiven bzw. assertiven Selbstdarstellungstaktiken zugewiesen wird. Eine reaktive zudienende Haltung kann andererseits zur Taktik *doing a favor* gezählt werden, da die Sozialarbeiterin mit dem zudie-

nende Verhalten dem interprofessionellen Team gleichzeitig einen Gefallen tut. Auch dies wird von Mummeneay (2006) als positiv gewertet. Die Taktik der *voreiligen Aussagen* machen, könnte in Verbindung mit der Taktik *self-disclosure* gesehen werden, da diese Taktik ein offenes Verhalten (nicht zurückhaltend) implizieren könnte, und wird zu den positiven Selbstdarstellungstaktiken gezählt.

Inwiefern sich die Taktiken aus der inszenierungstheoretischen Perspektive jedoch auf die Positionierung und somit Anerkennung als Professionelle im jeweiligen Kontext auswirken, wird im nächsten Kapitel diskutiert.

### 7.3 Positionierung der Sozialarbeitenden im interprofessionellen Team aus inszenierungstheoretischer Perspektive

Im Folgenden werden die Kompetenzdarstellungsmuster vor dem Hintergrund der inszenierungstheoretischen Perspektive interpretiert und schliesslich Vermutungen aufgestellt, inwiefern die Kompetenzdarstellungsmuster einen Einfluss auf die Positionierung der Sozialarbeitenden im interprofessionellen Team haben können. Die Vermutungen sind immer unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren zu sehen.

Eine gelingende Kompetenzdarstellung, die nach Pfadenhauer (2014) zur Durchsetzung von professionellen Zuständigkeiten und Anerkennung als Professionelle führt, setzt, wie im Kapitel 4.3 besprochen, die Darstellung von folgenden Gesichtspunkten voraus:

- Befähigung zum problemlösenden Handeln
- Bereitschaft zu Entscheidungs- und Aushandlungsprozessen
- Zuständigkeit bzw. subjektiver Anspruch sich für etwas verantwortlich zu wähen

Die Inszenierungstheoretische Perspektive bietet keine weiteren Kriterien<sup>41</sup>, auf deren Basis die Ergebnisse bezüglich einer gelingenden Kompetenzdarstellung diskutiert werden können. Aus diesem Grund werden, wo es sich anbietet, auch sozialpsychologische Erkenntnisse zu den unterschiedlichen positiven und negativen Selbstdarstellungstaktiken zur Diskussion der Ergebnisse beigezogen (vgl. Kapitel 4.2). Die Kriterien sind nicht als in sich geschlossen zu betrachten, sondern überschneiden sich bei der Darstellung teilweise.

#### 7.3.1 Befähigung zum problemlösenden Handeln

Wie in Kapitel 4.3 aufgezeigt, kann angenommen werden, dass Sozialarbeitende aus professionssoziologischer Sicht aufgrund ihrer formellen Qualifikation zu problemlösenden Handeln befähigt sind und ihnen bereits professionelle Kompetenz unterstellt wird. Das

<sup>41</sup> Mit Ausnahme eines Hinweises auf die Sozialpsychologie (Pfadenhauer, 2003b, S. 126).

Kriterium *Befähigung zum problemlösenden Handeln* wird folglich nicht unter dem Aspekt der beruflichen Qualifikation interpretiert, sondern im Hinblick auf die Frage, inwiefern die Sozialarbeitenden ihr Wissen und ihre Kompetenzen zum problemlösenden Handeln darstellen (z.B. im Sinne von Fach- und Sachkompetenz). Die Auseinandersetzung mit den Aufgaben und Kompetenzen der Sozialarbeitenden im Kontext Spital, hat gezeigt über welche vielfältigen Kompetenzen die Sozialarbeitenden verfügen und welches Leistungsangebot der Spitalsozialdienst anbietet. In den interprofessionellen Fallberichten wurde nur ein kleiner Ausschnitt aus den vielfältigen Kompetenzen der Sozialarbeitenden sichtbar bzw. kommuniziert.

Das problemlösende Handeln orientierte sich an der Organisation und Koordination von Unterstützungsleistungen, dem Entlassungsmanagement und an der Erschließung von Finanzierungs- und Sozialversicherungsleistungen. Dieses Wissen wurde von den Sozialarbeitenden mehrheitlich durch das Team nachgefragt und es kann deshalb angenommen werden, dass die Sozialarbeitenden vom interprofessionellen Team für diese Themen als zuständig bzw. befähigt erachtet werden. Dieses Ergebnis deckt sich mit bereits existierenden Studien (vgl. Kapitel 1.4 und 3.3), wonach durch das interprofessionelle Team die Vernetzungs- und Organisationsleistungen sowie die sozialrechtlich-verwaltenden Tätigkeiten der Sozialarbeitenden geschätzt werden. Dies wird umgekehrt von den Sozialarbeitenden selbst problematisiert, und es wird betont, dass die Sozialarbeitenden mehr Kompetenzen hat als die Vernetzungs- und Koordinationskompetenzen (Michel et al., 2016, S. 22). Diese Verengung entspricht auch gemäss Geissler-Piltz et al. (2005, S. 90) nicht dem Anspruch und den Möglichkeiten der Sozialarbeitenden zur klinisch-sozialen Mitwirkung an der Behandlung. Die professionellen Kompetenzen hinsichtlich psychosozialer Beratung und Begleitung von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen wurden jedoch, bis auf wenige Ausnahmen im Team II und III nicht sichtbar. Eine Situation wird im Team II ersichtlich, indem der Sozialarbeiter die Initiative ergreift, als die Oberärztin von einem widerständigen Patienten erzählt. Er macht eigeninitiativ einen Vorschlag, wie der Widerstand des Patienten beraterisch aufgelöst werden könnte. Auch die Sozialarbeiterin im Team III bringt in einem Fall proaktiv ihre Einschätzung bezüglich der Belastungssituation einer Angehörigen ein. Obschon in den Fallberichten der psychosoziale Bedarf oft thematisiert wird, werden die psychosozialen Kompetenzen seitens der Sozialarbeitenden jedoch nicht für sich beansprucht. Entgegen dem Argument von Ningel (2011, S. 14), dass es den Sozialarbeitenden an Raum fehle, ihre umfassende Kompetenz zur Anwendung zu bringen, kann hier angenommen werden, dass sich die Sozialarbeitenden keinen Raum nehmen, um ihre umfassenden Kompetenzen zu vertreten und darzustellen.

Es kann hier die Vermutung aufgestellt werden, dass die Sozialarbeitenden ihre Befähigung zum problemlösenden Handeln hauptsächlich an den Vernetzungs- und Organisationskompetenzen sowie an den sozialrechtlichen Kompetenzen orientieren. Im Hinblick

auf die Positionierung der Spitalsozialarbeit im Spital kann dies als einen negativen Effekt auf der Darstellungsebene gewertet werden, da die umfassende Fach- und Problemlösungskompetenz der Sozialarbeitenden nicht sichtbar wird.

Die Sozialarbeitenden unterscheiden sich jedoch darin, wie sie die handlungsspezifischen Wissensbestände präsentieren und so ihre professionelle Handlungsrationalität sichtbar machen. Während die Sozialarbeiterin im Team I durch ihr reaktives Verhalten das Wissen nur auf Nachfrage im Sinne einer deskriptiven Beschreibung ihrer Handlungen und Sachverhalte wiedergibt, bringt der Sozialarbeiter im Team II sein Wissen eigeninitiativ und selbstbewusst durch starke Begriffe ein. Durch das fachkundige Einbringen von Wissen, wird eine Integration der biopsychosozialen Dimensionen seitens des Sozialarbeitenden sichtbar, indem er z.B. seine Rehabilitationsempfehlung vor dem Hintergrund des gesundheitlichen Zustands und der Wohnsituation des Patienten begründet. Durch die indirekte Leistungsdarstellung, trägt er zudem zu einem besseren Informationsfluss und somit zu einer gelingenden Teamkooperation bei (vgl. Kapitel 3.2). Gleichzeitig macht er indirekt ersichtlich, wo seine Leistungen dokumentiert werden, und eröffnet dem interprofessionellen Team allenfalls Einblick in seine Problemlösungsprozesse. Die Sozialarbeiterin im Team III fällt insbesondere durch die Darstellung von fallspezifischem Wissensvorsprung auf, dabei greift sie auf Erfahrungswissen zurück. Aufgrund der kurzen Redebeiträge werden jedoch kaum zusammenhängende Problemlösungsprozesse sichtbar. Der Rückgriff auf Erfahrungswissen könnte jedoch ein Hinweis auf langjährige Berufserfahrung in diesem Spital und auf Kontextwissen bedeuten.

Aus inszenierungstheoretischer Perspektive lässt sich hier lediglich die Vermutung aufstellen, dass eine aktive und unter fachlichen Gesichtspunkten geäußerte professionelle Kompetenz einen positiven Einfluss auf die Positionierung der Sozialarbeitenden hat, da eine professionelle Handlungslogik sichtbar wird und die Fachexpertise hervorgehoben wird.

Des Weiteren darf nicht unerwähnt bleiben, dass das professionelle Handeln der Sozialarbeitenden im Rahmen des biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses nur in Kooperation mit dem interprofessionellen Team möglich. Dem Anspruch an professionelle Kompetenz nach Pfadenhauer (2003) über ganzheitliche Lösungen für essentielle Probleme zu verfügen (vgl. Kapitel 4.3) kann in diesem Rahmen nicht Rechnung getragen werden, da Lösungen nie alleine durch die Soziale Arbeit erreicht werden, sondern nur in Kooperation mit den anderen Berufsgruppen und in Koproduktion mit den Patientinnen und Patienten.

### 7.3.2 Bereitschaft zu Entscheidungs- bzw. Aushandlungsprozessen

Bei der Analyse der Kompetenzdarstellungsmuster wurde nebst inhaltlichen thematischen Wissensbeständen auch sichtbar, wie Sozialarbeitende sich an Entscheidungs- und Aushandlungsprozessen beteiligen und ihre professionellen Kompetenzen einbringen. Die Taktiken der Oberthemen *Haltungen bei der Gesprächsbeteiligung* und *Diskurs- und Interaktionsspezifische Verhalten* geben Hinweise, wie die Sozialarbeitenden sich an Entscheidungs- bzw. Aushandlungsprozessen beteiligen. Es ist jedoch vorwegzunehmen, dass Entscheidungs- und Aushandlungsprozesse, wie bereits bei den Kontextfaktoren erwähnt (vgl. Kapitel 7.1), aufgrund der unterschiedlichen Strukturierungsgrade der Fallrapporte nicht immer in gleicher Masse stattfinden.

Insbesondere bei dem Sozialarbeiter im Team II dokumentierte sich durch das selbstbewusste und eigeninitiierte Einbringen in den Diskurs eine hohe Bereitschaft in Entscheidungs- bzw. Aushandlungsprozesse zu treten und somit Zuständigkeiten auszuhandeln und seine professionellen Kompetenzen selbstbestimmt zu vertreten. Zudem impliziert auch die Beteiligung am antithetischen Diskurs mit der Pflegefachfrau und der Oberärztin, eine hohe Motivation, seine Meinung auch ohne direkte Adressierung zu äussern und sich zu positionieren. Von einer Delegation des Sozialen wie im Kapitel 3.3 beschrieben, kann bei der Sozialarbeiterin im Team I gesprochen werden. Die Sozialarbeiterin zeigt durch ihre reaktiv-zuhörende Haltung im Gespräch und das diskursvermeidende Verhalten nur bedingt Bereitschaft, in Entscheidungs- und Aushandlungsprozesse zu treten. Sie verhält sich abwartend bezüglich Aufträgen und macht diese von den Entscheidungen und Problemdefinitionen des medizinischen und pflegerischen Personals abhängig. Die Taktik *Meinungskonformität signalisieren* wird in der Sozialpsychologie als eine positive Taktik beschrieben, mit dem Ziel sich beliebt zu machen (vgl. Kapitel 4.2). Das Signalisieren von Meinungskonformität gegenüber dem interprofessionellen Team kann einerseits auf eine vertraute Teamkultur hindeuten und einen positiven Einfluss für die Sozialarbeiterin als Person haben, im Sinne von sich persönlich beliebt machen. Im Hinblick auf die Positionierung der Sozialarbeiterin mit ihren eigenständigen Fach- und Problemlösungskompetenzen könnte sich diese Darstellung auch negativ auswirken, da die professionelle Handlungslogik und Argumentation nicht sichtbar wird und auch Zuständigkeiten einseitig ausgehandelt werden. So bleibt im Gespräch unklar, wie die Sozialarbeiterin die Informationen für das weitere Handeln nutzt, oder was die nächsten Schritte im Problemlösungsprozess sind. Der Fallaustausch mit der Pflegefachfrau gestaltet sich einseitig, da seitens der Sozialarbeiterin keine weiteren Informationen bezüglich der sozialen Situation und dem Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. Die Taktik *Diskurs vermeidend* impliziert ebenfalls, dass sie nur wenig Bereitschaft zeigt, sich auf Aushandlungsprozesse einzulassen und sich an den gegebenen Verhältnissen anpasst.

Die Sozialarbeiterin im Team III zeigt grundsätzlich Bereitschaft sich am Gespräch proaktiv zu beteiligen und Zuständigkeiten diskursiv auszuhandeln. Sie positioniert sich klar und selbstbestimmt im Gespräch, nimmt dabei jedoch eine tendenziell abgrenzende und rechtfertigende Haltung ein. Die Selbstdarstellungstaktiken werden in der Sozialpsychologie als negativ gewertet, mit dem Ziel negative Konsequenzen zu vermeiden, wenn das Verhalten einer Person negativ bewertet wird (vgl. Kapitel 4.2). Das rechtfertigende und abgrenzende Verhalten der Sozialarbeiterin folgt jedoch nicht auf eine negative Bewertung des interprofessionellen Teams, sondern ungefragt, ohne direkte kritische Adressierung an die Sozialarbeiterin. Die Intention hinter diesem Verhalten kann mit dieser Analysemethode nicht untersucht werden.

### 7.3.3 Zuständigkeit – subjektiver Anspruch sich für etwas verantwortlich zu wännen

Das Kriterium der Zuständigkeit ist wie bereits erwähnt ein selten betrachteter Aspekt von Kompetenz. Angesichts der beschriebenen Ausgangslage und der im Kapitel 3.3 beschriebenen Position der Sozialarbeitenden im interprofessionellen Team ist dieser Aspekt besonders interessant. Professionelle Zuständigkeit kann aus inszenierungstheoretischer Perspektive nur dann zur Durchsetzung führen, wenn Sozialarbeitende sich für eine Situation zuständig fühlen bzw. eine Situation als eine solche wahrgenommen wird, die sie tangiert (vgl. Kapitel 4.3). Dieser Aspekt wird unter dem Gesichtspunkt beurteilt, wie Sozialarbeitende im Fallrapport zu ihren Zuständigkeiten und Aufträgen gelangen. Auch hier geben die Taktiken der Oberthemen *Haltung bei der Gesprächsbeteiligung* und *Diskurs- und Interaktionsspezifische Verhalten* Anhaltspunkte zur Einschätzung.

Die Sozialarbeiterin im Team I verhält sich im Gespräch wie auch bezüglich ihrer Zuständigkeiten reaktiv und macht diese von der Definition des medizinischen und pflegenden Personals abhängig. Es scheint keine klaren Grenzen bezüglich der Zuständigkeitsbereiche der Sozialarbeiterin in diesem Team zu geben. Die Sozialarbeiterin wird z.B. stellvertretend für die Familie oder für die spitalexterne Pflege gesehen: „von dem her denke ich ist die Familie dort (.) und sie braucht jetzt gerade nichts“ (PFF, Transskript Team I, Z. 386-387). Die sozialarbeiterischen Kompetenzen scheinen somit keinen exklusiven Wissensbestand für die Zuständigkeiten darzustellen.

Der Sozialarbeitende im Team II macht seine Aufträge nicht ganzheitlich von der Beauftragung der Ärztinnen abhängig, sondern definiert diese selbständig und schaltet sich in Fallbesprechungen ein. Es wird keine Delegation von Aufgaben seitens der Pflege und Medizin an den Sozialarbeiter sichtbar. Es kann mehr von einer Überleitung an den Sozialdienst gesprochen werden, worauf der Sozialarbeiter seine Zuständigkeit selbst fasst.

Bei der Sozialarbeiterin im Team II ist eine klare Abgrenzung bezüglich Zuständigkeiten erkennbar. Im Gespräch wird eine defensive Reaktion sichtbar, wenn die Sozialarbeiterin bezüglich Zuständigkeiten angefragt wird, indem sie sich indirekt rechtfertigt oder Verant-

wortung von sich weist. Diese defensive Haltung lässt vermuten, dass sich die Sozialarbeiterin klar abgrenzt und somit nicht als „Hilfskraft“ für das interprofessionelle Team fungiert, sondern sich als autonome entscheidende Person darstellt. Dabei stellt sie die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den Vordergrund, in dem sie in ihren Rechtfertigungen oft auf diese referenziert. Dazu betonen auch Geissler-Piltz et al. (2005, S. 20), dass Sozialarbeitende Gefahr laufen, auf den Status von beruflichen Hilfskräften für Medizin und Psychotherapie degradiert zu werden, wenn sie ihre Zuständigkeiten nicht klar abgrenzen.

Das abgrenzende Verhalten ist im Kontext des interprofessionellen Fallrapports nicht nur negativ zu werten, wie dies in der Sozialpsychologie angenommen wird (vgl. Kapitel 4.2). Im professionellen Kontext des Fallrapports könnte es dazu dienen vom restlichen Behandlungsteam nicht für fachfremde Aufgaben instrumentalisiert zu werden oder allenfalls eine Kompetenzüberschreitung zu vermeiden. Die Orientierung an den Bedürfnissen und der Autonomie der Patientinnen und Patienten impliziert zudem eine professionelle Haltung (vgl. Kapitel 2.1).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass auch hier eine aktive und selbstbestimmte Definition von Zuständigkeiten sowie die patienten-/patientinnenorientierte Abgrenzung von Zuständigkeiten einen positiven Effekt auf die Positionierung der Sozialarbeitenden haben, indem die Definitionsmacht über das „Soziale“ bei der Sozialarbeit liegt und die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten gewahrt wird.

Darüber hinaus fällt auf, dass sich der Sozialarbeiter im Team II im Vergleich zu den Sozialarbeiterinnen aus den anderen Teams mittels seiner aktiven und selbstbestimmten Kompetenzdarstellung stark positioniert und aus inszenierungstheoretischer Perspektive Professionalität inszeniert. Es kann die Frage aufgeworfen werden, inwiefern der Genderaspekt bei der Selbstdarstellung eine Rolle spielt. Dies wäre sowohl theoretisch als auch empirisch zu prüfen. Aufgrund des kleinen Samples können hierzu keine Aussagen gemacht werden.

Des Weiteren ergibt die Diskussion, dass die Unterteilung in positive und negative Selbstdarstellungstaktiken in der Sozialpsychologie, im Hinblick auf die Positionierung der Sozialarbeitenden im interprofessionellen Team nicht uneingeschränkt übertragbar ist.

#### 7.4 Kritische Reflexion des Forschungsprozesses

Der Aspekt der Kompetenzdarstellung des professionellen Handelns ist wie bereits betont noch kaum theoretisch und empirisch erforscht. Dementsprechend wurde bereits in der Auseinandersetzung mit dem methodischen Vorgehen auf einige kritische Punkte hingewiesen und das forschungsmethodologische Vorgehen musste auf den Forschungsgegenstand angepasst werden. Das nachfolgende Kapitel widmet sich deshalb der kriti-

schen Reflexion des Forschungsprozesses, bevor die Ergebnisse einer Schlussbetrachtung unterzogen werden.

Durch die metatheoretische Verortung der Forschung in der Inszenierungstheorie wurde bereits ein theoretischer Rahmen gesetzt. Im Bewusstsein darüber, dass professionelles Handeln nebst Kompetenzdarstellung noch viele weitere, nicht ausser Acht zu lassende Aspekte aufweist, sah sich die Autorin insbesondere durch die diskutierte Ausgangslage und die existierenden Forschungsergebnisse zu einem Perspektivenwechsel und zur Wahl der Inszenierungstheorie veranlasst. Um Kompetenzdarstellung breiter theoretisch zu erfassen und schliesslich das methodische Vorgehen zur empirischen Rekonstruktion von Kompetenzdarstellung abzuleiten, war der Exkurs auf Sozialpsychologische Erkenntnisse zum Thema Selbstdarstellung sehr hilfreich. Das qualitativ-rekonstruktive Forschungsdesign hat sich sowohl aufgrund des unerforschten Gegenstands als auch aufgrund der theoretischen Verortung der Untersuchung in der Inszenierungstheorie als sehr geeignet erwiesen.

Angesichts des komplexen Konstrukts der *Kompetenzdarstellungskompetenz*, das sich, auf allen Sinneskanälen zeigt, wurde mit der gewählten Datenerhebungsmethode nur der Aspekt der sprachlichen Kompetenzdarstellung erfasst, was nur eine einzige Perspektive auf die Kompetenzdarstellung ermöglicht. Die Datenerhebungsmethode der Audioaufzeichnung von authentischen Gesprächen wird im Hinblick auf die Fragestellung als ein passendes Instrument erachtet, war jedoch mit dem Risiko behaftet, nicht genügend sprachliches Material zu erzielen, da weder die Beteiligung der Sozialarbeitenden noch die internen Dynamiken in den authentischen Gesprächen absehbar waren. Es war deshalb sehr sinnvoll mehrere Gespräche auf verschiedenen Abteilungen aufzuzeichnen und das Feld explorativ auszuloten.

Die Datenanalyse mittels der dokumentarischen Methode war, wie dies auch Kleemann et al. (2013) kritisieren, ein sehr voraussetzungsvolles und aufwendiges Verfahren, welches einiges an Übung verlangt (S. 191). Der Besuch am Methodenworkshop in Magdeburg im Februar 2017 half der Autorin, die methodischen Analyseschritte einzuüben sowie das methodische Vorgehen im Hinblick auf den eigenen Forschungsgegenstand kritisch zu diskutieren. Es erwies sich als sehr herausfordernd und aufwendig, die individuellen Muster der Sozialarbeitenden herauszuarbeiten und gleichzeitig das Kollektiv nicht ausser Acht zu lassen. Eine sorgfältige Trennung der Analyseschritte erwies sich dabei als sehr hilfreich.

Die gewählte Darstellungsform der *Kompetenzdarstellungsmuster* hat insofern einen Nachteil, als dass durch die Abstraktion der Ergebnisse der Detaillierungsgrad der unterschiedlichen Kompetenzdarstellungsmuster und die individuellen Taktiken in einem gewissen Mass verloren gehen. Dennoch wurde es durch die Abstraktion und durch die Bildung von Oberthemen möglich, die Ergebnisse für die Diskussion zugänglich zu machen.

Des Weiteren bedingte die Nähe der Forscherin zum Untersuchungsfeld und die fallimmanente Interpretation der Ergebnisse (ohne fallübergreifende komparative Interpretation) ein hohes Mass an Selbstreflexion. Dadurch, dass die Forscherin früher selbst bereits im Kontext des Spitals arbeitete, war es für die Forscherin wichtig, dass die Ergebnisse in einer dreistündigen Forschungswerkstatt kommunikativ validiert wurden, um eine Distanzierung von der Standortgebundenheit (vgl. auch Bohnsack et al., 2013; Nohl, 2008, S. 12) der Forscherin und ihren subjektiven Erfahrungen zu schaffen. Dennoch ist die Rolle der Forscherin im Feld, als Person mit individuellen Erfahrungen und theoretischen Vorwissen, bei den Ergebnissen zu berücksichtigen und prägte die Interaktionen während der Datenerhebung. Auch die Rekonstruktionen der Kompetenzdarstellungsmuster mittels dem forschungspraktischen Verfahren der dokumentarischen Methode, vollzieht sich, wie dies auch in der rekonstruktiven Forschungslogik angenommen wird (vgl. Kapitel 5.1), im Alltagshandeln der Forscherin mit ihrem entsprechenden beruflichen Kontextwissen.

Grundsätzlich sollte die Analyse von qualitativem Datenmaterial in Forschungswerkstätten vorgenommen werden, um unterschiedliche Lesarten zu entwickeln. Dies konnte im Rahmen einer mehrstündigen Werkstattdisussion nicht vollumfänglich gewährleistet werden und es blieb bei der Forscherin eine gewisse Unsicherheit bezüglich der Analyse der Einzelfälle. Um diese zu mindern, wurden die Ergebnisse mit bestehenden Forschungsergebnissen und theoretischem Vorwissen (z.B. zur Positionierung der Sozialen Arbeit im Spital) rückgekoppelt. Dieses Vorgehen birgt das Risiko in sich, dass die empirischen Ergebnisse auf Belege von bereits existierenden Forschungen reduziert werden. Deshalb war stets darauf zu achten, dass die Ergebnisoffenheit im Rahmen der qualitativen Forschung gewahrt wurde.

Die Interpretation entlang der Kriterien nach Pfadenhauer stellte eine weitere Schwierigkeit dar, da nicht alle Kompetenzdarstellungsmuster in den verschiedenen Settings gleichermaßen Auskunft über die von Pfadenhauer genannten Kriterien gaben. Schliesslich können nur Vermutungen bzw. Tendenzen bezüglich deren Einfluss auf die Positionierung formuliert werden.

Des Weiteren ist zu betonen, dass sich die Ergebnisse nur auf ein kleines Sample in einem ausgewählten Setting im Spital (vgl. Kapitel 5.3) beziehen und eine Momentaufnahme darstellen. Es wäre somit auch interessant Kompetenzdarstellung in anderen Settings wie z.B. interprofessionelle Visiten oder bilaterale Gespräche im Arbeitsalltag der Sozialarbeitenden mit dem interprofessionellen Team zu untersuchen oder die Sozialarbeitenden mehrmals in unterschiedlichen Settings zu begleiten, was womöglich noch andere Ergebnisse hervorgebracht hätte.

Abschliessend kann gesagt werden, dass diese empirische Untersuchung einen ersten Beitrag dazu leistet, das Empiriedefizit im Bereich Kompetenzdarstellung und Soziale Arbeit aufzuheben und erste Beschreibungen zu Kompetenzdarstellungen und ihren Ein-

fluss auf die Positionierung der Sozialarbeitenden liefert. Insbesondere das dazu erarbeitete methodische Vorgehen, und der vorausgehende Methodenfindungsprozess können für weiterführende Forschungen nutzbar gemacht werden.

## 8 Schlussbetrachtung

Die vorliegende Master-Thesis hat zum Ziel, professionelle Kompetenzdarstellung von Sozialarbeitenden im interprofessionellen Team und deren Einfluss auf die Positionierung der Sozialarbeitenden aus inszenierungstheoretischer Perspektive zu untersuchen. Übergeordnet soll die Untersuchung das Wissen, um die für die Inszenierung als Professionelle der Sozialen Arbeit dienliche Kompetenzdarstellung erweitern und einen Beitrag zum Professionsverständnis und zur Positionierung der Sozialen Arbeit im Spital leisten. Die nachfolgende Schlussbetrachtung fasst die gewonnenen Erkenntnisse zusammen und diskutiert diese anschliessend im Hinblick auf die Bedeutung für die Sozialarbeit. Abgeschlossen wird die Master-Thesis mit weiterführenden Forschungsdesideraten im Bereich der Sozialen Arbeit.

### 8.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Master-Thesis zeigt auf, dass Sozialarbeitende im Rahmen des biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses einen wichtigen Behandlungsbeitrag im Spital leisten und über umfassende Fach- und Problemlösungskompetenzen verfügen. Die Schwierigkeiten der Sozialarbeitenden, ihre professionellen Kompetenzen gegenüber dem interprofessionellen Team durchzusetzen, ist aus inszenierungstheoretischer Perspektive der Art und Weise der Kompetenzdarstellung geschuldet. Eine gelingende Kompetenzdarstellung setzt nach Pfadenhauer die Darstellung von Befähigung, Bereitschaft und Zuständigkeit voraus, über ganzheitliche Lösungen für komplexe Probleme zu verfügen.

Die empirischen Ergebnisse zeigen ein aktiv-selbstbestimmendes, proaktiv-defensives und passives Kompetenzdarstellungsmuster. Die Muster beziehen sich auf die Art und Weise, wie die Sozialarbeitenden ihre professionellen Kompetenzen in den interprofessionellen Fallrapport einbringen und kommunizieren und beinhalten nebst Taktiken zur Präsentation von handlungsleitendem Wissen auch Taktiken zur Gesprächsbeteiligung und zum diskurs- und interaktionsspezifischen Verhalten.

Allen gemeinsam ist, dass die umfassenden psychosozialen Kompetenzen von den Sozialarbeitenden kaum dargestellt und beansprucht werden und das professionelle Wissen der Sozialarbeitenden nur bedingt als Ressource für die Kompetenzdarstellung genutzt wird. Sie orientieren sich in ihrer Kompetenzdarstellung hauptsächlich am Entlassungsmanagement, der Organisation und Koordination von Unterstützungsleistungen sowie dem Finanzierungs- und Sozialversicherungswissen. Es zeigt sich, dass diese professionellen Kompetenzen auch vom interprofessionellen Team, im Speziellen vom medizinischen und pflegenden Personal beansprucht wird. Gemäss Geissler-Piltz et al. und Michel et al. (vgl. Kapitel 7.1) entsprechen diese Kompetenzen den Bedürfnissen des interprofessionellen Teams und die Sozialarbeitenden geniessen deshalb ein hohes Ansehen

im Team. Im Sinne einer kollektiven Durchsetzung von Zuständigkeitsansprüchen der Spitalsozialarbeit und Anerkennung der umfassenden Fach- und Problemlösungskompetenz der Spitalsozialarbeit kann dies als einen negativen Effekt auf die Positionierung der Sozialarbeitenden gewertet werden.

Die Sozialarbeitenden unterschieden sich darin, wie sie ihre professionelle Kompetenz in den Fallrapporten präsentieren. Es kann angenommen werden, dass eine aktive, proaktive und unter fachlichen Gesichtspunkten geäußerte professionelle Kompetenz einen positiven Einfluss auf die Positionierung der Sozialarbeitenden hat. Durch die passive und defensive Kompetenzdarstellung können hingegen keine spezifischen professionellen Handlungsrationitäten sichtbar werden, was sich negativ auf die Positionierung der Sozialarbeitenden und auf ihre Anerkennung als Professionelle auswirken kann.

Damit die Sozialarbeitenden ihre Zuständigkeiten und somit ihre professionellen Behandlungsbeiträge gegenüber dem interprofessionellen Team durchsetzen können, ist es zudem nötig, dass sie sich an Aushandlungs- und Entscheidungsprozessen ihrer Zuständigkeiten beteiligen und sich für ihre umfassende Fach- und Problemlösungskompetenz zuständig zeigen. Während sich im aktiven Kompetenzdarstellungsmuster eine hohe Bereitschaft zeigt in Aushandlungs- und Entscheidungsprozesse zu treten und Zuständigkeiten durch den Sozialarbeitenden selbst definiert werden, zeigt sich auch in der proaktiv-defensiven Kompetenzdarstellung eine hohe Bereitschaft, jedoch mit einer tendenziell defensiven Haltung gegenüber Zuständigkeiten. Die defensiv abgrenzende Haltung ist im professionellen Kontext insofern als positiv zu werten, als dass die Zuständigkeitsbereiche von den Sozialarbeitenden gehütet werden. Abgesehen davon, wofür sie sich zuständig wähnen oder wovon sie sich abgrenzen, lässt sich schliessen, dass sich eine klare Positionierung bezüglich Zuständigkeiten auch positiv auf die Positionierung der Sozialarbeitenden im Team auswirkt, indem Sozialarbeitende sich nicht als „allzuständig“ wähnen. Die passive Kompetenzdarstellung überlässt die Definitionsmacht des „Sozialen“ dem Behandlungsteam und es wird nur wenig Bereitschaft ersichtlich, in Aushandlungs- und Entscheidungsprozesse zu treten, was einen tendenziell negativen Effekt auf die Positionierung hat, da keine Abgrenzung der professionellen Zuständigkeiten ersichtlich wird und die Sozialarbeitenden dadurch ersetzbar erscheinen.

## 8.2 Bedeutung der Ergebnisse für die Sozialarbeit im Spital

Aus inszenierungstheoretischer Perspektive können aus den empirischen Ergebnissen erste Anhaltspunkte und Erkenntnisse bezüglich einer gelingenden Kompetenzdarstellung für die Sozialarbeit im Spital und für die Ausbildung der Sozialen Arbeit abgeleitet werden. Ausgangspunkt der Untersuchung waren die Herausforderungen, welche sich durch die zunehmende Komplexität der Gesundheitsprobleme und die strukturellen Veränderungen im Gesundheitssektor für die Sozialarbeit in Kooperation mit dem interprofessionellen

Team ergeben. Die Auseinandersetzung mit bereits existierenden Studien (vgl. Kapitel 1.4) und der Literatur (vgl. Kapitel 3) hat aufgezeigt, dass Sozialarbeitenden aufgefordert sind ihre professionellen Kompetenzen offensiver zu vertreten und zu kommunizieren, um ihre qualifizierte Fach- und Problemlösungskompetenz und ihre Behandlungsbeiträge gegenüber dem interprofessionellen Team durchzusetzen und sich zu positionieren. Die Tatsache, dass die Sozialarbeitenden im Spitalsozialdienst gegenüber dem pflegenden und medizinischen Personal eine Minderheit darstellen, gibt dabei zusätzlichen Anlass, dass Sozialarbeitende den Fokus nicht auf die Leistungen selbst, sondern auf die Darstellung der Leistungen durch Kompetenzdarstellung setzen.

Durch die vorliegende Master-Thesis konnten konkrete Beschreibungen zum professionellen Handeln der Sozialarbeitenden unter dem Aspekt der Kompetenzdarstellung gewonnen werden. Es besteht kein Zweifel, dass die Spitalsozialarbeit für das interprofessionelle Team eine wichtige Position einnimmt, wenn es um das Entlassungsmanagement, um die Organisation- und Koordination von Unterstützungsleistungen und Finanzierungs- und Sozialrechtliche Fragen geht und die Sozialarbeitenden diese Kompetenzen mehr oder weniger aktiv mittels unterschiedlicher Taktiken darstellen. Für eine gelingende Kompetenzdarstellung und die Anerkennung der umfassenden Fach- und Problemlösungskompetenz reicht die Darstellung dieser Kompetenzen nicht aus, sondern es ist anzustreben, dass sich Sozialarbeitende auch zu psychosozialen Themen der Patientinnen und Patienten äussern und ihre psychosozialen Zuständigkeiten beanspruchen und darstellen. Denn auch komplexe Problemlösungsprozesse wie Austrittsplanungen zusammen mit Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen verlangen sozialarbeiterische Kompetenzen in Gesprächsführung, Konfliktberatung und weiteren psychosozialen Beratungsfähigkeiten und könnten vermehrt gegenüber dem interprofessionellen Team kommuniziert werden.

Die Art und Weise wie die Sozialarbeitenden ihre Kompetenzen darstellen reicht von einer selbstbestimmten und aktiven Einbringung der Kompetenzen in den Diskurs mit selbstdefinierter oder klarer Abgrenzung von Zuständigkeiten bis hin zur passiven und reaktiven Darstellung, in der die Sozialarbeitende nur auf Nachfrage ihr Wissen äussert und die sozialen Zuständigkeiten wesentlich an den Problemdefinitionen des medizinischen und pflegenden Personals orientiert. Aus inszenierungstheoretischer Perspektive kann für die Berufspraxis der Sozialarbeitenden schlussgefolgert werden, dass eine selbstbewusste und aktive Einbringung der professionellen Kompetenzen in den Diskurs und die Sichtbarmachung von professionellen Handlungsabläufen für die Anerkennung der professionellen Zuständigkeiten der Sozialarbeitenden im interprofessionellen Team dienlich ist. Die Instrumente der interprofessionell erstellten Sozialdiagnose und der Sozialanamnese würden sich hier für Sozialarbeitende anbieten, um kompetente Problemlösungsprozesse sichtbar zu machen, indem Sozialarbeitenden mittels der Instrumente ihre professionelle

Handlungsrationalität auch im Fallrapport kommunizieren und inszenieren. Dadurch wird zudem die Integration der Wissensbestände im Rahmen des biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses sichtbar gemacht.

Weiterführend wäre jedoch zu untersuchen, inwiefern einerseits die Sozialarbeitenden das biopsychosoziale Verständnis in ihrem professionellen Handeln verankert haben und andererseits, ob dieses Verständnis in der interprofessionellen Kooperation effektiv als Bezugsmodell dient (vgl. Kapitel 3.1) und in der interprofessionellen Praxis gelebt wird.

Aus den Erkenntnissen können weiterführend Anregungen für die Ausbildung von Sozialarbeitenden abgeleitet werden. Eine gelingende Inszenierung von Professionalität setzt nach Pfadenhauer (2003) themenspezifische Sonderwissensbestände voraus (vgl. Kapitel 4.3). In der Ausbildung an Fachhochschulen erlernen Sozialarbeitende spezifische Handlungskompetenzen auf der Grundlage von akademischen Wissensbeständen und können schliesslich ihre professionelle Kompetenz mittels einer formellen Qualifikation nachweisen. Im Sinne von Pfadenhauer (1998) sind sie danach Trägerinnen und Träger von Leistung. Im Fokus der Ausbildung steht bis anhin die Erbringung dieser Leistung gegenüber den Adressatinnen und Adressaten der Sozialen Arbeit (bzw. den Patientinnen und Patienten im Spital). Welche Bedeutung jedoch der professionellen Leistungsdarstellung durch gezielte Darstellung der professionellen Kompetenzen im Rahmen von Impression-Management zukommt, könnte vermehrt thematisiert werden. Dies würde auch die Vermittlung von Darstellungskompetenzen, d.h. der Darstellung der professionellen Leistungen und Kompetenzen in interprofessionellen Interaktions- und Kommunikationssituationen miteinschliessen.

Bezüglich des inszenierungstheoretischen Ansatzes nach Pfadenhauer ist schliesslich kritisch anzumerken, dass wenn nur der Kampf um die Anerkennung und Durchsetzung von Zuständigkeiten zwischen den Professionen im Mittelpunkt steht, die für die biopsychosoziale Behandlung der Patientinnen und Patienten unerlässliche interprofessionelle Kooperation schliesslich verhindert wird. Denn Leistung, ist im Sinne des mehrdimensionalen Paradigmas nie einer Berufsgruppe allein anzurechnen, sondern nur in Kooperation. Es ist deshalb wichtig, dass die Aushandlung der Zuständigkeiten nicht auf Machtkämpfen beruht, sondern insbesondere die Spitalsozialarbeit ihr professionelles Kerngeschäft hütet und ihr Potential, an der Mitwirkung der Behandlung im Sinne der Patientinnen und Patienten vollumfänglich ausschöpft und insbesondere auch darstellt.

### 8.3 Forschungsdesiderate

Die vorliegende Studie eröffnet einen Einblick in einen bisher noch wenig betrachteten Aspekt von professionellem Handeln und trug dazu bei den blinden Flecken auf der Landkarte der Forschungen der Sozialen Arbeit im Spital zu verringern und den proklamierten Ansprüchen (vgl. Kapitel 1.4) an die Kompetenzdarstellung eine Beschreibung zu geben. Im Rahmen der Master-Thesis wurde nur ein kleiner Ausschnitt von sprachlichen Kompetenzdarstellungsmustern in einem spezifischen Handlungsfeld erfasst und Vermutungen bezüglich deren Einfluss auf die Positionierung der Sozialarbeitenden im interprofessionellen Team aufgestellt. Dementsprechend Bedarf es noch weiterer Forschungen, um eine theoretische Sättigung zu erreichen und die Kompetenzdarstellungsmuster und die aufgestellten Vermutungen mittels Hypothesen zu überprüfen. Einige weiterführende Forschungsfragen wurden bereits in der Diskussion aufgegriffen. Darauf aufbauend wird folglich aufgezeigt, wo weiter Forschungen ansetzen könnten:

In der Auseinandersetzung mit der Inszenierungstheorie wurde deutlich, dass Kompetenzdarstellung nicht nur über sprachliche Darstellung erfolgt, sondern auch durch non-verbale Kommunikation und Objektivationen. Interessant wäre deshalb eine ganzheitliche Erfassung von Kompetenzdarstellung in einer grösser angelegten Studie mittels einer Methodentriangulation (Videoanalyse, Beobachtungen, Experteninterviews etc.). Die ursprünglich angedachte Datenerhebungsmethode der audiobasierten Beobachtung wäre also weiterhin anzustreben. Weitführend könnten Vergleichsdimensionen wie Alter, Gender, Berufserfahrung, Berufsmotivation etc. beigezogen werden, um zu untersuchen, inwiefern Kompetenzdarstellung von personalen Faktoren abhängig ist.

Das Spital bietet sich an, weitere interprofessionelle Settings bezüglich Kompetenzdarstellung auszuloten und zu untersuchen, wo Möglichkeiten und Grenzen für Kompetenzdarstellung in den verschiedenen Settings bestehen und wie diese durch die Sozialarbeitenden genutzt werden. Mittels der Kompetenzdarstellungsmuster könnten zudem Hypothesen gebildet werden, um zu prüfen unter welchen sozialen Bedingungen Sozialarbeitende welche Muster anwenden.

Durch die Master-Thesis wurde nur eine Seite der Interaktion untersucht. Inwiefern Sozialarbeitenden schliesslich Professionalität zugeschrieben wird und welche Position die Sozialarbeitenden aus Sicht des interprofessionellen Teams im jeweiligen Kontext einnehmen, kann nur mittels Fremdbeschreibungen geprüft werden. Wünschenswert wäre somit zu untersuchen, wie die Kompetenzdarstellung durch das Publikum – bzw. durch das interprofessionelle Team – validiert wird und inwiefern den Sozialarbeitenden Professionalität attestiert wird.

In Bezug auf das biopsychosoziale Paradigma wären abschliessend auch weitere Forschungen zum Verständnis von Gesundheit, zu den Zuständigkeiten und zur interprofessionellen Kooperation wünschenswert.

## Literaturverzeichnis

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Ansen, H. (2002). Theoretisch-systematische Grundlagen der Klinischen Sozialarbeit im Gesundheitswesen. In G.-G. Norbert & H. Nau (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit: Eine Positionsbestimmung* (S. 83–125). Münster: Lit-Verlag.
- Ansen, H., Gödecker-Geenen, N., & Nau, H. (Hrsg.). (2004). *Soziale Arbeit im Krankenhaus: 3 Tabellen*. München: Reinhardt.
- Arkin, R. M. (1981). Self-presentation styles. In J. T. Tedeschi (Hrsg.), *Impression management theory and social psychological research* (S. 311–334). New York: Academic Press.
- Avenir Social. (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. *Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern. Abgerufen von [http://www.avenirsocial.ch/cm\\_data/Do\\_Berufskodex\\_Web\\_D\\_gesch.pdf](http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf)
- Avenir Social. (2014). IFSW - Definition der Sozialen Arbeit von 2014 mit Kommentar. Abgerufen von [http://www.avenirsocial.ch/cm\\_data/defsozarbeitifswiassw.pdf](http://www.avenirsocial.ch/cm_data/defsozarbeitifswiassw.pdf)
- Bienz, B., & Reinmann, A. (2004). *Sozialarbeit im Krankenhaus: Aufgaben, Methoden, Ziele*. Bern: Haupt.
- Bohnsack, R. (2010). Dokumentarische Methode. In I. Miethe & K. Bock (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit* (S. 247–258). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Bohnsack, R. (2014). *Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden* (9., überarbeitete und erweiterte Auflage). Opladen Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I., & Nohl, A.-M. (Hrsg.). (2013). *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis: Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (3., aktualisierte Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (1996). *Reflexive Anthropologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Breidenstein, G., Kalthoff, H., Nieswand, B., & Hirschauer, S. (Hrsg.). (2015). *Ethnografie: die Praxis der Feldforschung* (2. Aufl.). Konstanz: UVK-Verlagsgesellschaft.
- Bude, H. (2003). Fallrekonstruktion. In R. Bohnsack, W. Marotzki, & M. Meuser (Hrsg.), *Hauptbegriffe qualitative Sozialforschung: ein Wörterbuch* (S. 60–61). Opladen:

Leske und Budrich.

- Bundesamt für Gesundheit. (2017). Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017-2020, 15. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet.html>
- Economiesuisse. (2017). So wird die Spitalfinanzierung ein Vollerfolg. Abgerufen von <https://www.economiesuisse.ch/de/dossiers/spitalfinanzierung/dossier>
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. *Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Psychologische Medizin*, 16(2), 3–12.
- Flick, U. (2014). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 411–423). Wiesbaden: Springer VS.
- Flick, U. (2016). *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung* (Originalausgabe, vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage, 7. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Frei, R. (2013). Interprofessionelle Zusammenarbeit im Spital: Welche Rolle hat die Sozialarbeit? Gehalten auf der Fachtagung SFSS, Kongresszentrum Allresto Bern.
- Friedli, C., & Schinzilarz, C. (2015). Humor in der Beratung als Haltung und Methode. *Sozialaktuell*, (2), 21–22.
- Friedrich, B. (2001). Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell. Abgerufen von <http://www.frederich.de/kbild/mager.htm>
- Gahleitner, S. B., & Homfeldt, H. G. (2014). Kooperation in psychosozialen Arbeitsfeldern - Fallstricke und Möglichkeiten. In S. B. Gahleitner, G. Hahn, & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Interventionen* (1. Aufl., Bd. 6, S. 92–105). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Gahleitner, S. B., Pauls, H., Hintenberger, G., & Leitner, A. (2014). „Biopsychosozial“ revisited. In S. B. Gahleitner, G. Hahn, & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik: klinische Sozialarbeit* (2. Aufl., Bd. 6, S. 16–35). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Galli, C. (2017). Interprofessionelle Zusammenarbeit bedingt, dass Zusätndigkeiten und verantwortlichkeiten geklärt sind. Abgerufen von <http://www.spectra-online.ch/de/spectra/themen/linterprofessionelle-zusammenarbeit-bedingt-dass-zustaendigkeiten-und-verantwortlichkeiten-geklaert-sind-r-571-10.html>
- Geissler-Piltz, B. (Hrsg.). (2005). *Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfel-*

- dem der klinischen Sozialarbeit*. Münster: Lit-Verlag.
- Geißler-Piltz, B., & Gerull, S. (Hrsg.). (2009). *Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich: Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings*. Opladen: Budrich UniPress.
- Geissler-Piltz, B., Mühlum, A., & Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit: mit 2 Tabellen*. München: Reinhardt.
- Goffman, E. (1977). *Rahmen-Analyse: ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen*. (H. Vetter, Übers.) (1. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Goffman, E. (2012). *Wir alle spielen Theater: die Selbstdarstellung im Alltag*. (P. Weber-Schäfer, Übers.) (Ungekürzte Taschenbuchausgabe, 11. Auflage). München Berlin Zürich: Piper.
- Hanses, A. (2011). Sozialdienste in Krankenhäusern – zwischen sozialpädagogischer Orientierung und institutionellen Rahmungen. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehler, & S. Müller (Hrsg.), *Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit* (S. 64–80). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hanses, A., & Sander, K. (2012). *Interaktionsordnungen: Gesundheit als soziale Praxis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Homfeldt, H. G. (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit* (S. 489–503). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Homfeldt, H. G. (2013). Forschungsfacetten einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Orientierungspunkte–Einblicke–Aufgaben. In A. Schneider, A. L. Rademaker, A. Lenz, & I. Müller-Baron (Hrsg.), *Soziale Arbeit–Forschung–Gesundheit* (S. 15–33). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Homfeldt, H. G., & Sting, S. (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit: eine Einführung*. München: Reinhardt.
- Hüttemann, M., Fetscher, K., & Leuthold, B. (2007). Klinische Sozialarbeit als forschungsbasierte Intervention. Internationale Perspektiven forschungsbasierter Praxis und die Situation Klinischer Sozialarbeit in der Schweiz. *Klinische Sozialarbeit: Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, (3), 6–9.
- Hüttemann, M., Schmid, H., Rösch, C., & Allenspach, M. (2012). Soziale Arbeit im Krankenhaus - Sozialarbeiterische Kompetenz in einem multiprofessionell und institutionell geprägten Kontext. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten: klinische Sozialarbeit; [Umbruchphasen bewältigen]* (2. Aufl, S. 202–215). Bonn: Psychiatrie Verlag.

- Jakob, G. (2010). Analyse professionellen Handelns. In G. Jakob, K. Bock & I. Miethe, *Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit* (S. 183–192). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Jones, E. E., & Pittman, T. S. (1982). Toward a general theory of strategic self-presentation. In J. Suls (Hrsg.), *Psychological perspectives on the self* (Bd. 1, S. 231–262). Hillsdale: Erlbaum.
- Kaegi, U., & Fäh, B. (2004). Klinische Sozialarbeit und die Chance zur Professionalisierung. Abgerufen von [http://www.avenirsocial.ch/de/cm\\_data/IFSW\\_IASSW\\_Definition\\_2014\\_mit\\_Kommentar\\_dt.pdf](http://www.avenirsocial.ch/de/cm_data/IFSW_IASSW_Definition_2014_mit_Kommentar_dt.pdf)
- Kleemann, F., Krähnke, U., & Matuschek, I. (2013). *Interpretative Sozialforschung: eine Einführung in die Praxis des Interpretierens* (2., und aktualis. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Klinische Sozialarbeit Schweiz. (2014). Soziale Arbeit ist ein Gesundheitsberuf. Stellungnahme im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens zum Gesundheitsberufegesetz. Abgerufen von <http://www.klinische-sozialarbeit.ch/Stellungnahme%20CSWS%20Gesundheitsberufegesetz.pdf>
- Knoblauch, H. (1994). Erving Goffmans Reich der Interaktion. In E. Goffman (Hrsg.), *Interaktion und Geschlecht*. (S. 7-49). Frankfurt am Main: Campus Verlag
- Knoll, A. (2000). *Sozialarbeit in der Psychiatrie: Von der Fürsorge zur Sozialtherapie*. Wiesbaden: Springer VS.
- Lipski, A. (2004). *Sozialarbeit im Krankenhaus nach Einführung der DRG: Konzeptentwicklung unter besonderer Berücksichtigung der Kundenzufriedenheit*. Münster: Lit-Verlag.
- Lüders, C. (2003). Gütekriterien. In R. Bohnsack, W. Marotzki, & M. Meuser (Hrsg.), *Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung* (dritte durchgesehene Auflage). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Lüders, C. (2005). Beobachten im Feld und Ethnographie. In E. Von Kardorff, I. Steinke, & U. Flick (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 384–401). Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Lueger, M. (2010). *Interpretative Sozialforschung: die Methoden* (1. Auflage). Wien: Facultas Verlags-und Buchhandels AG.
- Merten, U., & Kaegi, U. (2016). Zur Relevanz der Kooperation in der Sozialen Arbeit. *Sozialaktuell*, (1).

- Michel, C., Friedli, T., & Riedel, M. (2016). Die Schnittstellenmanagerin. *Sozialaktuell*, (1).
- Mühlum, A. (2002). Gesundheitsförderung und klinische Fachlichkeit. Auf dem Weg zur Klinischen Sozialarbeit. In M. Dörr (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Eine notwendige Kontroverse* (S. 10–23). Hohengehren: Schneider-Verlag.
- Mummendey, H. D. (1990). Selbstdarstellungsverhalten: IV. Empirisch-psychologische Befunde. Abgerufen von <https://pub.uni-bielefeld.de/publication/1783404>
- Mummendey, H. D. (1999). Selbstdarstellungstheorie - ein Überblick. Abgerufen von <https://pub.uni-bielefeld.de/download/2466628/2603299>
- Mummendey, H. D. (2006). *Psychologie des „Selbst“: Theorien, Methoden und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Mummendey, H. D., & Bolten, H.-G. (1993). Die Impression-Management-Theorie. In D. Frei (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie* (Bd. 3, S. 57–77). Bern: Huber.
- Nadai, E., & Sommerfeld, P. (2005). Professionelles Handeln in Organisationen– Inszenierungen der Sozialen Arbeit. In M. Pfadenhauer (Hrsg.), *Professionelles Handeln* (S. 181–206). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nadai, E., Sommerfeld, P., Bühlmann, F., & Krattiger, B. (Hrsg.). (2005). *Fürsorgliche Verstrickung: soziale Arbeit zwischen Profession und Freiwilligenarbeit* (1. Aufl). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nau, H. (2014). Teammitglieder. In M. Wasner & S. Pankofer (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (S. 76–81). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ningel, R. (2011). *Methoden der klinischen Sozialarbeit* (1. Aufl). Bern: Haupt.
- Nohl, A.-M. (2008). *Interview und dokumentarische Methode Anleitungen für die Forschungspraxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.
- Obrecht, W. (2006). Interprofessionelle Kooperation als professionelle Methode. In B. Schmocker (Hrsg.), *Liebe, Macht und Erkenntnis. Silvia Staub-Bernasconi und das Spannungsfeld Sozialer Arbeit* (S. 408–445). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Obrecht, W. (2015). Professionalität ohne professionelles Wissen? Probleme der Sozialwissenschaften als Bezugswissenschaften der Sozialarbeitswissenschaft als Handlungswissenschaft. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert, & S. Müller-Hermann (Hrsg.), *Bedrohte Professionalität: Einschränkungen und aktuelle Herausforderungen für die Soziale Arbeit* (S. 1–27). Wiesbaden: Springer VS.

- Ortmann, K., & Röh, D. (2008). *Klinische Sozialarbeit. Konzepte. Praxis, Perspektiven. Freiburg: Lambertus-Verlag.*
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Pauls, H., & Gahleitner, S. B. (2013). Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell. In S. B. Gahleitner, G. Hahn, & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik* (Bd. 5, S. 61–79). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Pfadenhauer, M. (1998). Das Problem zur Lösung. In H. Willems & M. Jurga (Hrsg.), *In-szenierungsgesellschaft* (S. 291–304). Wiesbaden: Springer VS.
- Pfadenhauer, M. (2003a). Macht - Funktion - Leistung; Zur Korrespondenz von Eliten- und Professionstheorien. In H. Mieg & M. Pfadenhauer (Hrsg.), *Professionelle Leistung - professional performance: Positionen der Professionssoziologie* (S. 71–88). Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Pfadenhauer, M. (2003b). *Professionalität: eine wissenssoziologische Rekonstruktion institutionalisierter Kompetenzdarstellungskompetenz*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Pfadenhauer, M. (2010). Kompetenz als Qualität sozialen Handelns. In *Soziologie der Kompetenz* (S. 149–172). Wiesbaden: Springer VS
- Pfadenhauer, M. (2014). Professionalität als spezifische Kompetenzdarstellung. In M. P. Schwarz, W. Ferchhoff, R. Vollbrecht, & B. Dewe (Hrsg.), *Professionalität: Wissen - Kontext: sozialwissenschaftliche Analysen und pädagogische Reflexionen zur Struktur bildenden und beratenden Handelns; [Festschrift für Prof. Dr. Bernd Dewe]*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Przyborski, A. (2004). *Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode: qualitative Auswertung von Gesprächen, Gruppendiskussionen und anderen Diskursen* (1. Aufl.). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch* (4., erweiterte Aufl.). München: Oldenbourg Verlag.
- Reichert, J. (2016). *Qualitative und interpretative Sozialforschung: eine Einladung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Reinicke, P. (2008). *Sozialarbeit im Gesundheitswesen: Geschichte, Dokumente, Lebensbilder*. Berlin: Eigenverl. des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge.

- Reiss, M., & Tedeschi, J. T. (1981). Identities, the Phenomenal Self, and Laboratory Research. In J. T. Tedeschi (Hrsg.), *Impression management theory and social psychological research* (S. 3–22). New York: Academic Press.
- Richardson, K. D., & Cialdini, R. B. (1981). Basking and blasting: Tactics of indirect self-presentation. In J. T. Tedeschi (Hrsg.), *Impression management theory and social psychological research* (S. 41–53). New York: Academic Press.
- Schaffer, H. (2014). *Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit: eine Einführung* (3., überarbeitete Auflage). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Schlenker, B. R. (1980). *Impression management: the self-concept, social identity, and interpersonal relations*. Monterey, Calif: Brooks/Cole Pub. Co.
- Schlenker, B. R. (2012). Self-Presentation. In M. R. Leary (Hrsg.), *Handbook of self and identity* (S. 542–570). New York: Guilford Press.
- Schmerfeld, K., & Schmerfeld, K. (2000). Interprofessionelle Kooperation im Krankenhaus. *Jahrbuch für kritische Medizin*, 33, 94–109.
- Schneider, D. J. (1981). Tactical self-presentations: Toward a broader conception. In J. T. Tedeschi (Hrsg.), *Impression management theory and social psychological research* (S. 23–40). New York: Academic Press.
- Schütze, F. (1992). Sozialarbeit als Bescheidene Profession. In B. Dewe, W. Ferchhoff, & F.-O. Radtke (Hrsg.), *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern* (S. 132–170). Opladen: Leske und Budrich.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW]. (2014). Charta - Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen. Abgerufen von [www.samw.ch/dam/jcr:c5fd1ba0-03f4-4e7a-adaa-2ab50a56253b/charta\\_samw\\_zusammenarbeit.pdf](http://www.samw.ch/dam/jcr:c5fd1ba0-03f4-4e7a-adaa-2ab50a56253b/charta_samw_zusammenarbeit.pdf)
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW]. (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit: Studie im Auftrag der SAMW. Kreis Druck AG, Basel.
- Schweizerischer Fachverband Sozialdienst in den Spitälern [SFSS]. (2013). Bestandsaufnahme Spitalsozialarbeit in der Schweiz. Abgerufen von [http://sfss.ch/cms/fileadmin/user\\_upload/news/Bestandsaufn\\_Spitalsozialarbeit\\_4\\_maezr\\_OEFFENTLICH\\_SH\\_korr.pdf](http://sfss.ch/cms/fileadmin/user_upload/news/Bestandsaufn_Spitalsozialarbeit_4_maezr_OEFFENTLICH_SH_korr.pdf)
- Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rügger, C., & Hollenstein, L. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie: Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer VS.

- Sommerfeld, P., & Gall, R. (1996). Berufliche Identität und professionelles Handeln am Beispiel der Sozialarbeit in der Psychiatrie. In VeSAD (Hrsg.), *Symposium Soziale Arbeit. Beiträge zur Theoriebildung und Forschung in Sozialer Arbeit*, (S. 241–275). Bern: edition soziothek.
- Steinke, I. (2007). Qualitätssicherung in der qualitativen Forschung. In U. Kuckartz, H. Grunenberg, & T. Dresing (Hrsg.), *Qualitative Datenanalyse: computergestützt* (S. 176–187). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sticher-Gil, B. (1993). Übergänge von der Sozialpsychiatrie zur Sozialarbeit. *Studium und Praxis*, 70, 3–7.
- Student, J.-C., Mühlum, A., & Student, U. (2016). *Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care: mit 6 Abbildungen und 3 Tabellen* (3., vollständig überarbeitete Aufl.). München Basel: Reinhardt.
- Tedeschi, J. T., Lindskold, S., & Rosenfeld, P. (1985). *Introduction to social psychology*. St. Paul MN: West Publishing Co.
- Terbuyken, G. (1997). Verstehen und Begleiten. Konzeptuelle Überlegungen zum Selbstverständnis von SozialarbeiterInnen in der Psychiatrie. *Soziale Arbeit*, 2(1997), 38–48.
- Thole, W. (Hrsg.). (2012). *Grundriss Soziale Arbeit: ein einführendes Handbuch* (4. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Vogd, W. (2004). *Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität: eine qualitativ rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen („frames“) und Rahmungsprozessen*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Forschung.
- Vogd, W. (2005). Qualitative Forschungsmethoden: Teilnehmende Beobachtung. Abgerufen von <http://userpage.fu-berlin.de/~vogd/Teilnehmende-Beobachtung.pdf>
- Vollmer, A. (2016). Interprofessionelle Kooperation. In M. Dick, W. Marotzki, & H. A. Mieg (Hrsg.), *Handbuch Professionsentwicklung* (S. 251–262). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Wasner, M. (2015). Soziale Arbeit im interprofessionellen Palliative Care Team. *Klinische Sozialarbeit: Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, Heft 1, 10–13.
- Wehner, N. (2010). *Die habitualisierte Inszenierung von Professionalität: eine biografische Studie im Berufsfeld der Sozialen Arbeit*. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag.
- Wider, D. (2013). Soziale Arbeit und Interdisziplinarität: Begriff, Bedingungen und Folgerungen für die Soziale Arbeit. *Sozialaktuell*, (4), 11–13.

World Health Organisation [WHO]. (1946). Verfassung der Welgesundheitsorganisation.

Abgerufen von <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>

World Health Organisation [WHO]. (2001). Mental Health: New Understanding. New

Hope. Abgerufen von [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1)

Wyssen-Kaufmann, N. (2015). Stets begrenzt oder aktuell bedroht?—Professionalität der

Sozialen Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G.

Ehlert, & S. Müller (Hrsg.), *Bedrohte Professionalität* (S. 113–137). Wiesbaden:

Springer VS.

## Anhang<sup>42</sup>

Anhang 1: Deklaration des Forschungsinteressens an die Spitäler .....	98
Anhang 2: Bestätigung des Forschungsvorhabens durch die Ethikkommission .....	99
Anhang 3: Transkriptionsregeln.....	100
Anhang 4: Methodisches Vorgehen audiogestützte teilnehmende Beobachtung .....	101
Anhang 5: Die persönliche Erklärung Einzelarbeit .....	107

<sup>42</sup> Das Datenmaterial (Transkripte, formulierende und reflektierende Interpretation) werden der Begleitperson zugänglich gemacht.

## Anhang 1: Deklaration des Forschungsinteressens an die Spitäler

Sehr geehrte/geehrter .....

Gerne schicke ich Ihnen, wie telefonisch besprochen, eine kurze schriftliche Information bezüglich meines Vorhabens in der Master-Thesis.

Im Rahmen des Masterstudiengangs Soziale Arbeit der Fachhochschulen Bern, Zürich, Luzern und St.Gallen schreibe ich eine qualitative Masterarbeit über Sozialarbeitende im interprofessionellen Kontext Krankenhaus. In meiner Studie interessiere ich mich für die professionellen Handlungsabläufe in interprofessionellen Settings sowie für die Stellung von Sozialarbeitenden im interprofessionellen Team.

Dazu bin ich aus methodischen Gründen darauf angewiesen, meine Untersuchung in Krankenhäuser durchführen zu können, in welchen der Behandlungsauftrag der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Team anerkannt ist und institutionalisierte interprofessionelle Fallrapporte durchgeführt werden.

Das Spital XXX entspricht diesen Kriterien und verfügt über interprofessionelle Fallrapporte, in denen der Behandlungsauftrag der Sozialarbeitenden anerkannt ist und Rapporte institutionalisiert durchgeführt werden.

Für meine Untersuchung möchte ich an Sozialrapporten teilnehmen und eine teilnehmende Beobachtung durchführen, um interprofessionelle Abläufe und Problemlösungsprozesse zu beobachten. Zusätzlich ist geplant, je nach Möglichkeit die Fallrapporte auf Tonband aufzuzeichnen, um erstens meine Beobachtungskapazität zu unterstützen und zweitens die Problemlösungs- und Entscheidungsprozesse im interprofessionellen Team deutungsfrei aufzuzeichnen, um diese in einem zweiten Schritt zu analysieren.

Die medizinischen Patienten-/Patientinnendaten stehen dabei nicht im Fokus, sondern das professionelle Handeln von den beteiligten Professionen insbesondere von den Sozialarbeitenden im interprofessionellen Team.

Die Gespräche und Beobachtungen werden alle anonymisiert, dass keinerlei Rückschlüsse auf die involvierten Personen und Patient-/Patientinnendaten gemacht werden können. Es werden also nicht nur Namen, sondern auch andere Daten anonymisiert, falls sie ansonsten einen Rückschluss auf eine Person zulassen (Ortsangaben, Diagnosen...).

Für Fragen stehe ich sehr gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse Nina Neuenschwander

## Anhang 2: Bestätigung des Forschungsvorhabens durch die Ethikkommission

**Von:** Schulz Thomas HCARE-KSSG-EKOS <Thomas.Schulz@kssg.ch>

**Gesendet:** Dienstag, 7. Februar 2017 09:52

**An:** Nina Neuenschwander

**Betreff:** AW: Vorhaben der Masterthesis

Sehr geehrte Frau Neuenschwander,

vielen Dank für Ihre Frage hinsichtlich ihrer Masterthesis.

Das von Ihnen geplante Vorhaben fällt nicht unter die Humanforschungsverordnung (Forschung zu Krankheiten des Menschen sowie zu Aufbau und Funktion des menschlichen Körpers) und braucht deshalb nicht bei der Ethikkommission eingereicht zu werden.

Der Datenschutz ist entsprechend einzuhalten.

Freundliche Grüsse,  
Thomas Schulz

Thomas Schulz  
Ethikkommission Ostschweiz (EKOS)  
Wissenschaftliches Sekretariat

Scheibenackerstrasse 4, Haus 37  
CH-9000 St.Gallen  
Tel: 0041-71-494 2513  
Fax: 0041-71-494 6344

[www.sg.ch/home/gesundheit/ethikkommission.html](http://www.sg.ch/home/gesundheit/ethikkommission.html)

---

## Anhang 3: Transkriptionsregeln

### Transkriptionsregeln

Die Transkriptionsregeln wurden in Anlehnung an das Gesprächsanalytische Transkriptionssystem (Version GAT 2) erstellt.

Zudem wurde eine leichte Glättung vorgenommen, indem die Mundartsprache ins Schriftdeutsch übersetzt, jedoch umgangssprachliche Ausdrucksweisen und feststehende mundartliche Ausdrücke beibehalten wurden.

Eine detaillierte Transkription (Hörbares Ein- und Ausatmen, Dehnungen, Intonationen, Betonungen) wurde insbesondere bei den Redebeiträgen der Sozialarbeitenden vorgenommen, da der Fokus der Analyse auf den sprachlichen Anteilen der Sozialarbeitenden lag.

Regel	Darstellung oder Beispiel im Transkript
Überlappungen und Simultansprechen	[es gibt noch ein Kriterium] [möchten Sie noch ] etwas ergänzen?
Pausen (mit Leerzeichen vom Wort trennen)	(.) = Mikropause, bis ca. 0.2 Sek. (-) = kurze geschätzte Pause von ca. 0.2-0.5 Sek. (--) = längere geschätzte Pause von ca. 0.6-0.9 Sek. (3.0) = Dauer in Sek. für Pausen ab 1 Sek.
Hörbares Ein- und Ausatmen	°h/h° (ca. 0.2-0.5 Sek.) °hh/hh° (ca. 0.5-0.8 Sek.) °hhh/hhh° (ca. 0.8-1.0 Sek.)
Lachen	@ (kurzes auflachen) @@ (stärkeres lachen)
Äusserungsanklebung	Ich will auch= =ich auch
Intonationskonturen von Äusserungseinheiten	? (hoch steigend) , (mittel steigend) ; (fallend) . (tief fallend)
Betonung auf einer oder mehreren Silben	AUSSERordentlich
Dehnungen (Je nach Dauer der Dehnung ein oder mehrere Doppelpunkte)	: ::
Para- und nonverbale Handlungen und Ereignisse beschreiben	((trinkt)), ((steht auf)), ((isst)), ((seufzt)), ((hustet))
Akustische Ereignisse während der Aufnahme	((Staubsauger)), ((Telefon klingelt))
Unverständliche Textstellen	((unverständlich))
Auslassung im Transkript	((...))

## Anhang 4: Methodisches Vorgehen audiogestützte teilnehmende Beobachtung

### Methodisches Vorgehen <sup>43</sup>

#### Forschungsmethodologie

Das Forschungsinteresse der Master-Thesis gilt, wie bereits erwähnt der professionellen Selbstdarstellung von Sozialarbeitenden im interprofessionellen Kontext. Empirisch stellt sich aus inszenierungstheoretischer Perspektive die Frage, welche Techniken Professionelle anwenden müssen, um Professionalität attestiert zu bekommen (Pfadenhauer, 2003, S. 26). Aufgrund des primären Forschungsinteresses insbesondere die professionellen Selbstdarstellungstechniken von Sozialarbeitenden zu untersuchen, erscheint eine methodologische Verortung im Bereich der Ethnografie sinnvoll. Die Ethnografie ist dem Interesse geschuldet, das Handeln von Menschen, ihrer Alltagspraxis und Lebenswelt empirisch zu untersuchen.

Als Gegenstand von Ethnografie bezeichnen Breidenstein, Hirschauer, Kalthoff und Nieswand die Beschreibung von „soziale Praktiken“ in „Situationen, Szenen, Milieus – Einheiten, die über eine eigene Ordnung und Logik verfügen“ (2015, S.32). Ethnologie zeichnet sich durch eine flexible Forschungsstrategie aus, wobei hauptsächlich die Methode der teilnehmenden Beobachtung mit weiteren Verfahrensweisen verbunden wird (Flick, 2016, S. 199). Das Verfahren geht von der Annahme aus, dass „Handlungsweisen nur der Beobachtung zugänglich seien“ (Flick, 2016, S. 181). Bei Interviews und Gespräche bzw. Selbstbeschreibungen von Sozialarbeitenden, sei nach Vogd oftmals davon auszugehen, dass diese „im Widerspruch zur gelebten, alltäglichen Praxis stehen, die diese de facto durch ihr Handeln reproduzieren“ (2005, S. 1). In der Master-Thesis wird vor diesem Hintergrund angedacht, teilnehmende Beobachtungen durchzuführen, um das professionelle Handeln von Sozialarbeitenden im interprofessionellen Kontext zu erfassen und zu beobachten, „wie“ jemand „tatsächlich“ im interprofessionellen Kontext handelt bzw. sich professionell darstellt. „Wie“ meint in den Worten von Bergmann mit Bezugnahme auf die ethnografische Methodologie „die Methoden, die Verfahren, die Mechanismen dieser Produktion von sozialer Wirklichkeit im Detail zu erfassen“ (Bergmann, 1988, S. 24). Um die Perspektivenvielfalt auf die professionelle Selbstdarstellung der Sozialarbeitenden zu erhöhen, wird die Methode nach Möglichkeit mit einer auditiven Aufnahme kombiniert.

#### Forschungsdesign

In der qualitativen Forschung unterscheidet man an unterschiedlichen Formen des Basisdesigns Vergleichsstudien, retrospektive Studien, Fallstudien, Momentaufnahmen und

<sup>43</sup> Dieses Vorgehen wurde im Rahmen der Disposition erarbeitet.

Längsschnittstudien (Flick, 2016, S. 172). Die Datenerhebung der Forschung findet im interprofessionellen Handlungsfeld Krankenhaus statt und es ist geplant teilnehmende Beobachtungen in interprofessionellen Fallrapporten durchzuführen. Das Basisdesign der geplanten Thesis basiert demzufolge auf einer Momentaufnahme da durch die teilnehmende Beobachtung eine Zustandsbeschreibung zum Zeitpunkt der Erhebung erfolgt (2016, S. 82).

Der interprofessionelle Fallaustausch wird aus einer Momentperspektive betrachtet. Die Eingrenzung der empirischen Daten ist in diesem Fall besondere Betrachtung zu schenken.

Vorläufig wird als Darstellungsziel der Forschung eine Typologie verschiedener professioneller Selbstdarstellungstechniken gesehen. Welche im Anschluss auf dem metatheoretischen Hintergrund der inszenierungstheoretischen Perspektive sowie unter Miteinbezug von sozialpsychologischen Erkenntnissen bezüglich Selbstdarstellungsverhalten analysiert werden.

#### Datenerhebung: teilnehmende Beobachtung und auditive Aufzeichnung

Wie bereits in der Forschungsmethodologie beschreiben, werden in der Ethnografie unterschiedliche Datentypen erhoben, um unterschiedliche Perspektiven auf das Untersuchungsfeld zu erlangen. Die Datenerhebung wird über die teilnehmende Beobachtung erfolgen. Im Rahmen der Beobachtung des interprofessionellen Rapports, wird die Forscherin die Beobachtungsrolle eines „vollständigen Beobachters“ (Gold, 1958 zitiert nach Flick, 2016, S. 283) einnehmen, um ihren Einfluss durch die Teilnahme auf die Ereignisse zu reduzieren.

Wesentliche Kennzeichen der teilnehmenden Beobachtung sind, das „Eintauchen eines Forschers in das untersuchte Feld, seine Beobachtung aus der Perspektive des Teilnehmers, aber auch sein Einfluss auf das Beobachtete durch seine Teilnahme“ (Flick, 1995, S. 157).

Aufgrund der „Flüchtigkeit des Materials“<sup>44</sup> und der hohen persönlichen Involviertheit der Forschenden in das Feld, ist die Methode der Beobachtung nach Lueger als „komplexeste Form einer interpretativen Analyse“ (2010, S. 40) zu verstehen, welche vielfältige Erhebungs- und Analyseverfahren in einer Forschungsstrategie integriert.

Die teilnehmende Beobachtung ist gemäß Lüders nur gering standardisierbar und formalisierbar. Dabei gibt es keine richtige oder falsche Methode, sondern die Methodik muss situations- und fallangemessen pragmatisch angepasst und realisiert werden (2005, S. 388). Dazu bemerkt auch Lueger, dass sich eine Beobachtung „nicht auf die planmäßige Erfassung wahrnehmbarer Tatbestände eines externen Objekts unter Berücksichtigung der theoretischen Annahmen einer Studie verkürzten [lässt]“ (2010, S. 41).

<sup>44</sup> Unter „flüchtigen Materialien“ versteht Lueger Handlungsweisen bzw. Ereignisse, die nicht in aufgezeichneter Form vorliegen (vgl. 2010, S13)

Die Beobachtung bedingt die Nutzung aller Formen der Wahrnehmung. Abgesehen von der ganzen Körper Sensorik ist auch der „soziale Sinn“ des Untersuchenden gefragt. Der „soziale Sinn“ meint nach Breidenstein et al. (vgl. 2015, S. 71), die „Fähigkeit zu verstehen, zu fokussieren, sich vertraut zu machen“ mit dem zu untersuchenden Forschungsfeld.

Neben dem sozialen Einfühlungsvermögen bedingt die Methode deshalb spezielle Analysestrategien, um sich durch fortlaufende Explikation und Reflexion vom „sinnlich Erfahrenen“ wieder zu distanzieren (Breidenstein et al., 2015, S. 71, Lueger 2010, S. 42).

Methodisch nennt Lueger (2010, S. 42-43) drei zentrale Aspekte, die bei der Analyse „flüchtigen Materials“ besondere Beachtung geschenkt werden soll und untrennbar mit der Erhebung verknüpft sind.

- die perspektivische Selektivität der Zuwendung (Worauf wird der Fokus der Aufmerksamkeit bei der Beobachtung gelegt? Was ist in Reichweite der Beobachtung?)
- die selektive Wahrnehmung (Was nimmt die beobachtende Person wahr? Was wird ausgeblendet oder ergänzt? Welche Bedingungen führen zu der jeweiligen Wahrnehmungsweise?)
- die Selektivität der Protokollierung (Was wird als aufzeichnungsrelevant betrachtet? Welche Selektionsmethoden werden verwendet?)

Die Selektivität wird in der vorliegenden Untersuchung durch die Forschungsfrage bestimmt und es wird somit versucht in der Beobachtung auf die für die Forschungsfrage relevanten Fragestellungen zu fokussieren und gleichzeitig Offenheit für den Detailreichtum der Praxis zu lassen.

Nach Vogd dient die metatheoretische Klärung gerade in der teilnehmenden Beobachtung dazu, die Aufmerksamkeit zu fokussieren und bietet einen abstrakten Rahmen, um den Forschungsprozess zu strukturieren (2005, S. 4).

Die geplante Untersuchung bedient sich der Inszenierungstheorie von Pfadenhauer als Metatheorie, die durch theoretische Aspekte aus der sozialpsychologischen Forschung bezüglich Selbstdarstellung ergänzt wird. Auf der Grundlage der Erkenntnisse bezüglich Inszenierung wird in einem nächsten Schritt ein Beobachtungsraster erstellt.

Die Theorien nennen dabei Kriterien wie sprachliche Mitteilungen (Fach- und Sachkompetenz, Problemlösungskompetenz), Objektivationen (Titel, Orden, Auszeichnungen, Kleidung), räumliche Umstände (Setting), körperliche Verhaltensweise (Körperhaltungen,- Bewegungen, Gestik, Mimik) die für die performative Herstellung von professionellem Handeln als wichtig erachtet werden. Die Kriterien sind somit wesentlich mit einer praxeologischen Perspektive der Beobachtung vereinbar. Die Kriterien werden zusätzlich durch

kontextspezifische Merkmale der professionellen Handlungslogik von Sozialarbeitenden im Krankenhaus ergänzt.

Folglich sind erste Überlegungen zur Gestaltung des Beobachtungsrasters dargestellt:

<b>Kontextinformationen</b>	<b>Sprachliche Mittel- lungen (forma- le/informale)</b>	<b>Körperliche Ver- haltensweisen</b>	<b>Objektivationen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausbildungsniveau</li> <li>- Weiterbildungen</li> <li>- Bzw. Ausstattung mit Wissenskompetenz</li> <li>- Berufserfahrung</li> <li>- Rapportsetting</li> <li>- Umgebung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Argumentationen</li> <li>- Problemdefinitionen</li> <li>- Auftragsdefinition</li> <li>- Abgrenzung von Aufträgen</li> <li>- Lösungsvorschläge</li> <li>- Fachwortschatz</li> <li>- Tonlage / Intensität der Stimme</li> <li>- In Anspruch genommene Redezeit / Kontakthäufigkeit</li> <li>- zudienend informativer Charakter</li> <li>- vermittelnd</li> <li>- Informationen entgegennehmend.</li> <li>- Art und Weise des Sprecherwechsels</li> <li>- Beziehungen und Konstellationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Körperhaltung</li> <li>- Positionierung im Raum</li> <li>- Gestik</li> <li>- Mimik</li> <li>- ....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kleidung</li> <li>- Titel</li> <li>- ...</li> </ul>

Lueger bemerkt, dass bei Beobachtungen insbesondere am Forschungsbeginn keine endgültigen Verhaltensindikatoren verfügbar sind, die Vorgehensweise kann erst im Beobachtungsverlauf systematisiert werden (2010, S. 46).

Der Beobachtungsraster wird nach eingehender Sichtung weiterführender Literatur zur Inszenierungstheorie sowie zu sozialpsychologischen Erkenntnissen weiter ausgearbeitet und nach einem Pretest und im weiteren Beobachtungsverlauf weiterentwickelt.

Nach Möglichkeit wird zusätzlich versucht, die interprofessionellen Fallbesprechungen auf Tonband aufzuzeichnen. Dies hat den Vorteil, die Beobachtungskapazität der Forscherin zu entlasten, indem der Fokus insbesondere nonverbale Aktivitäten gewidmet werden kann (Breidenstein et al. 2015, S. 90). Die Aushandlungsprozesse in den Fallbesprechungen könnten relativ deutungsfrei aufgezeichnet werden und würden eine spätere Datenanalyse anbieten.

#### Datenaufbereitung: Beobachtungsprotokoll und Transkript

Die wesentliche Funktion der Aufbereitung von Daten, ist nach Breidenstein et al. ein Textmaterial zu schaffen, das man analysieren kann (2015, S. 86). Kennzeichnend für die Ethnografie ist neben der methodischen Vielfalt und der aktiven Teilnahme der Forschenden im Feld, das nachträgliche Protokollieren des Beobachteten und Wahrgenommenen

(Lüders, 2005, S. 396). Darin besteht auch eine der größten Risiken und Herausforderungen der ethnografischen Forschung. Die Dokumentationsleistung des handschriftlichen Protokolls erscheint nach Breidenstein et al. im Vergleich zu Tonaufzeichnungen defizitär. Die Flüchtigkeit der Ereignisse begünstigt das Vergessen des Beobachteten und erhöht somit die Fehleranfälligkeit der Protokolle. Dennoch sind Feldnotizen flexibel zu Handhaben und bieten insbesondere in Kombination mit Tonaufzeichnungen wertvolle Ergänzungen. Des Weiteren können Kontextbedingungen auch in Form von kleineren Zeichnungen mit der Darstellung des Settings etc. festgehalten werden (2015, S. 86).

Das geplante Untersuchungsfeld bzw. der interprofessionelle Fallrapport bietet diesbezüglich den Vorteil, dass sich die Beobachtung auf einen zeitlich begrenzten Ausschnitt fokussiert und die Räumlichkeiten überschaubar sind.

Der Beobachtungsraster wird neben den Kategorien der eigentlich empirischen Beobachtungen (siehe oben) mit der Kategorie „methodische und Rollen – Reflexionen“, wie es Przybowski und Wohrab-Sahr (2014, S. 49) vorschlagen, ergänzt, um die Konsequenzen des Beobachteten für den weiteren Forschungsprozess und auch die Reflexion der Rolle der Feldforscherin zu erfassen. Dieses Vorgehen ermöglicht zudem die fortlaufende Anpassung und Weiterentwicklung des Beobachtungsprotokolls im Hinblick auf die Forschungsfrage.

Um die Selektivität auf Aufzeichnungen durch die eigene Wahrnehmung zu relativieren, wird während des Forschungsprozess ein Forschungstagbuch verfasst, um subjektive Sichtweisen zu erfassen und zugänglich zu machen. Gleichzeitig dient das Forschungsprotokoll der Reflexion des Forschungsprozesses (Flick, 2016, S. 377).

Bezüglich des Zeitpunkts des Notierens besteht in der Literatur keine Einigkeit und ist in erheblichen Masse Kontextabhängig. Je nach Kontext macht es Sinn die Notizen fortlaufend während der Beobachtung zu schreiben, wenn das Notieren im Feld akzeptiert und nicht als störend empfunden wird bzw. potenziell von der „natürlichen Abläufen“ ablenkt (Breidenstein et al., 2015; Przyborski & Wohrab-Sahr, 2014, S. 51). Grundsätzlich schlägt Przybowski et al. jedoch vor, das Notieren der Notizen nicht zu lange hinauszuzögern und zumindest am selben Tag die Notizen zu machen, welche anschließend in ein Beobachtungsprotokoll ausformuliert werden können (2014, S. 53).

Es ist geplant, die Notizen während dem interprofessionellen Fallrapport zu machen, da das Schreiben von Notizen in interprofessionellen Fallberichten Standard ist und davon ausgegangen wird, dass das Schreiben nicht als störend empfunden wird.

Die Niederschrift der Beobachtungen erfolgt auf der Basis eines Berichts, in dem nicht nur einzelne Informationen aufgeschrieben werden, sondern eine chronologisch sequenzierte Darstellung mit dem Ablauf der Ereignisse in der gegebenen zeitlichen Form wiedergeben

wird. Die Notizen enden dort, wo der Kontakt zum Feld (Abschluss und Verlassen des interprofessionellen Fallrapports) beendet wird (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 51). Als Endprodukt sind die Beobachtungsprotokolle nach Lüders schließlich als „Texte von Autoren [zu verstehen], die mit den ihnen jeweils zur Verfügung stehenden sprachlichen Mitteln ihre Beobachtungen und Erinnerungen nachträglich sinnhaft verdichten, in Zusammenhänge einordnen und textförmig in nachvollziehbare Protokolle giessen“. (Lüders, 2005, S. 396).

Die Tonaufzeichnungen werden schliesslich zusammenfassend transkribiert. Die Auswertung und Nutzung des Datenmaterials müssen noch im Prozess geklärt werden.

## Anhang 5: Die persönliche Erklärung Einzelarbeit

### **Erklärung des/der Studierenden zur Master-Thesis-Arbeit**

Studierende/r: Nina Neuenschwander

Master-Thesis-Arbeit: Professionelle Kompetenzdarstellung von Sozialarbeitenden im Kontext Spital

Abgabe: 9. August 2017  
(Tag, Monat, Jahr)

Fachbegleitung: Prof. Sabine Makowka

Ich, obgenannte Studierende / obgenannter Studierender, habe die obgenannte Master-Thesis-Arbeit selbstständig verfasst.

Wo ich in der Master-Thesis-Arbeit aus Literatur oder Dokumenten *zitiere*, habe ich dies als Zitat kenntlich gemacht. Wo ich von anderen Autoren oder Autorinnen verfassten Text *referiere*, habe ich dies reglementskonform angegeben.

Ort, Datum:

Unterschrift

-

\_\_\_\_\_