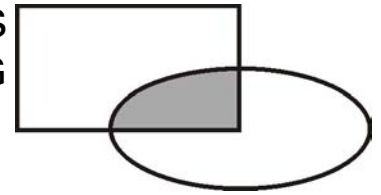


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



2. Jg. ■ Heft 1 ■ Januar 2006

Inhalt

Themenschwerpunkt: Klinische Sozialarbeit und Gesundheit

- 3 Editorial
- 4 **Mental Health Promotion in Times of Transition**
Wolfgang Rutz
- 5 **Instrumente, Interventionen und Strategien für die Klinische Sozialarbeit**
Ergebnisse aus dem multiprofessionellen Arbeitsmodell KISMED
Astrid Hedtke-Becker/Rosemarie Hoevels
- 8 **Zur heilkundlichen Tätigkeit von Sozialarbeiterinnen**
Wolf Crefeld
- 10 **Gesundheitsförderung braucht ein Gesetz**
Das Präventionsgesetz - eine Chance für die Klinische Sozialarbeit
Gernot Hahn

- 2 Zu dieser Ausgabe: AutorInnen, Literatur- und Linktipps
- 2 Aktuelles: Termine und Neuerscheinungen
- 2 Wissenschaftlicher Beirat
- 2 Impressum

Herausgeber

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit ■ Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.
Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
SOZIALARBEIT



Forum für Wissenschaft und Praxis



Zu dieser Ausgabe

AutorInnen dieser Ausgabe:

Prof. Dr. Wolf Crefeld

Prof.emer. an der Evg. Fachhochschule Bochum
crefeld@web.de

Dipl.-Soz.päd. Gernot Hahn

Klinikum am Europa-Kanal, Erlangen
hahn.godot@odn.de

Prof. Dr. Astrid Hedtke-Becker

Fachhochschule Mannheim
hedtke-becker@alpha.fhs-mannheim.de

Dipl.-Soz.arb. Rosemarie Hoevels

Medizinische Universitätsklinik Heidelberg
Rosemarie_Hoevels@med.uni-heidelberg.de

Wolfgang Rutz, MD, PhD

Academic University Hospital,
Head of Unit for Psychiatry and Health
Promotion, Uppsala, Sweden
Fachhochschule Coburg, Prof. of Social
Psychiatry
wolfgang.rutz@akademiska.se

Literatur zum Themenschwerpunkt:

Bauer, Petra & Otto, Ulrich (2005). *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten, Bd. 1 u. II*.
Tübingen: dgvt-Verlag.

Hurrelmann, Klaus & Laaser, Ulrich (2003). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. München:
Juventa.

Hurrelmann, Klaus, Klotz, Theodor & Haisch, Jo-
chen (2004). *Lehrbuch Prävention und Gesund-
heitsförderung*. Bern: Huber.

Perkins, R. Elizabeth, Simnett, Ina & Wright, Lin-
da (Hrsg.) (2002). *Evidence-Based Health Promo-
tion*. New York: Wiley.

Schnitzler, Jörg (2004). *Das Recht der Heilberu-
fe. Übersicht, Begriff, Verfassungsfragen*. Baden-
Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft.

Steen, Rainer (2005). *Soziale Arbeit im Öffentli-
chen Gesundheitsdienst*. München: Reinhardt/
UTB.

Sting, Stephan & Zurhorst, Günter (Hrsg.) (2000).
*Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und
Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern So-
zialer Arbeit*. Weinheim: Juventa.

Trojan, Alf & Legewie, Heiner (2001). *Nachhaltige
Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik
und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderli-
cher Umwelt- und Lebensbedingungen*. Frank-
furt a. M.: VAS. (Neuaufgabe 2006.)

Tudor, Keith (1996). *Mental health promotion:
Paradigms and Practice*. Oxford: Routledge.

Links zum Themenschwerpunkt:

Weltgesundheitsorganisation
who.int

Gesundheitsfördernde Krankenhäuser
WHO-Regionalbüro Barcelona
www.euro.who.int

Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Kran-
kenhäuser
www.dngfk.de

Das Gesunde-Städte-Netzwerk
www.gesunde-staedte-netzwerk.de

Forum Gesundheitsziele Deutschland
www.gesundheitsziele.de

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte
Aktion im Gesundheitswesen
www.svr-gesundheit.de

Deutsches Forum Prävention und Gesundheits-
förderung
www.forumpraevention.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
www.bgza.de

G. Conrad, Verlag für Gesundheitsförderung
www.conrad-verlag.de

Wissenschaftlicher Beirat

Dipl.-Soz.päd. Kirsten Becker-Bikowski
Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. Peter Buttner
Fachhochschule München

Prof. Dr. emer. Wolf Crefeld
Evangel. Fachhochschule Bochum

Prof. Dr. Heike Dech
Evangel. Fachhochschule Darmstadt

Prof. Dr. Peter Dentler
Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz
Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Prof. Dr. Cornelia Kling-Kirchner
HTWK Leipzig, Fachbereich Sozialwesen

Prof. Dr. Albert Mühlum
Fachhochschule Heidelberg

Prof. Dr. Helmut Pauls
Fachhochschule Coburg

Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann
Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst
Hochschule Mittweida

Impressum

Herausgeber:

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Ge-
sundheitswesen e.V. (v.i.S.d.P.) in Kooperation
mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit,
Coburg, und der Deutschen Gesellschaft für
Sozialarbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit

Redaktionsteam:

Uwe Klein (Leitung)
Norbert Gödecker-Geenen
Silke Birgitta Gahleitner
Gernot Hahn

Anzeigenakquise:

G. Hahn, Virchowstr. 27, 90766 Fürth
Tel. 0175/276 1993

Anschrift der Redaktion:

Redaktion "Klinische Sozialarbeit"
Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit Berlin
c/o Uwe Klein, Krankenhaus Hedwigshöhe
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie
Höhensteig 1, 12526 Berlin
Tel. 030/67 413 021 ■ Fax 030/67 413 002 oder:
Tel. 030/60 500 856 ■ Fax 030/60 500 857
Email: zks-berlin@ipsg.de

Layout, Grafik & Schlussredaktion:

Ilona Oestreich, Berlin

Druck:

GREISERDRUCK GmbH & KoKG, 76437 Rastatt

Erscheinungsweise:

viermal jährlich als Einlegezeitschrift im DVSG –
FORUM sozialarbeit + gesundheit
ISSN: 1861-2466

Auflagenhöhe: 2500

Abonnement/Bestellung:

Abonnement nur im Rahmen der Bestellung der
Zeitschrift "FORUM sozialarbeit + gesundheit"
(www.dvsg.org), Einzelexemplare gegen Zusen-
dung von Briefmarken im Wert von Eur 4,19 (5 x
0,55 + 1 x 1,44) an die Redaktion.

Copyright:

Nachdruck und Vervielfältigen, auch auszugs-
weise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion
gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht
vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stel-
len und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge
entspricht nicht unbedingt der Meinung der
Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manu-
skripte, Fotos und Datenträger kann keine
Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein
Rückversand. Die Redaktion behält sich das
Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Aktuelles

Termine:

12.-14.01.2006 Tagung

Das Netzwerk für rekonstruktive Sozialarbeits-
forschung und Biografie veranstaltet an der EFH
Darmstadt vom 12.-14.01.2006 eine Tagung zum
Thema „Rekonstruktion und Intervention. Inter-
disziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozial-
arbeitsforschung“.

Kontakt: Prof. Dr. Ingrid Miethel,
miethel@injamati.de.

07.03.2006 AZA-KJP

Am 07.11.2005 wurde die *Arbeitsgemeinschaft
Zugang zur Ausbildung in Kinder- und Jugend-
lichenpsychotherapie (AZA-KJP)* gegründet, um
den Zugang der Sozialberufe zur Ausbildung in
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter
Masterbedingungen zu erhalten und inhaltliche
Kriterien zu erarbeiten. Die AG wurde auf Initia-
tive von Vertretern der Deutschen Gesellschaft
für Sozialarbeit, der ZKS, Psychotherapiekam-
mern, Berufsverbänden, Ausbildungsinstituten
und Hochschullehrerinnen gegründet. Nächster
Termin: 07.03.2006, EFH Ludwigshafen.

Kontakt: Prof. Dr. Albert Mühlum,
a.muehlum@t-online.de

März 2006 Sonderheft "Klinische Sozialarbeit"

Die Beiträge der Werkstatt-Tagung der ZKS von
Ende November werden als elektronische Publi-
kation auf www.klinische-sozialarbeit.de abruf-

bar sein (Näheres s. Seite 12).

21.04.2006 Sektion Klinische Sozialarbeit

Das nächste *Treffen der Sektion Klinische Sozial-
arbeit der Deutschen Gesellschaft für Sozialar-
beit* findet am 21.04.2006 an der Universität-
Gesamthochschule Kassel statt.

Kontakt: Prof. Dr. Albert Mühlum,
a.muehlum@t-online.de.

2006 Ringvorlesung

Die Alice-Salomon-Fachhochschule, das Kran-
kenhaus Hedwigshöhe und die Zentralstelle für
Klinische Sozialarbeit richten im Jahr 2006 in
Berlin eine Ringvorlesung „Klinische Sozial-
arbeit“ aus.

Kontakt: Karin Schwarz,
schwarz@verwaltung.asfh-berlin.de

Neue Veröffentlichungen:

Geißler-Piltz, Brigitte, Mühlum, Albert & Pauls,
Helmut (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München:
Reinhardt/UTB.

Geißler-Piltz, Brigitte (Hrsg.) (2005). *Psychosoziale
Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern
der Klinischen Sozialarbeit*. Münster: Lit-Verlag.

Klein, Uwe (Hrsg.) (2005). *Klinische Sozialarbeit –
die Kunst psychosozialer Helfens*. *psychosozial*
101, 28(3).

Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ (WHO 1986: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung)

Insbesondere seit den 70er Jahren hat sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) intensiv mit Zielsetzungen und Prinzipien der Gesundheitsförderung beschäftigt sowie Konzeptionen und Strategien zur Umsetzung erarbeitet. Gesundheitsförderung bezieht sich zum einen auf die Stärkung der Fähigkeiten des einzelnen Menschen, sein eigenes Gesund-Bleiben oder Gesund-Werden aktiv zu beeinflussen. Zum anderen soll über Strategien der Gesundheitsförderung Einfluss auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen, auf soziale und institutionelle Verhältnisse genommen werden.

Mit „Setting für Gesundheit“ ist der soziale Kontext gemeint, in dem Menschen ihren Alltag gestalten. Das kann ein institutioneller Kontext sein wie Schule oder Krankenhaus oder auch ein Ort wie z.B. das Wohnumfeld, der Bezirk und die Stadt. Der Setting-Ansatz hebt gewissermaßen Strategiefelder für die Gesundheitsförderung hervor. Er ermöglicht in seiner Umsetzung über Projekte die Identifizierung gesundheitsbezogener Problemlagen und die Entwicklung von Lösungsstrategien.

In den vorliegenden Texten möchten wir diesen von der WHO im Settingansatz aufgemachten Spannungsbogen zwischen Empowerment und gesellschaftlichem Kontext als Hintergrundfolie für „Aktionsfelder“ Klinischer Sozialarbeit verwenden.

In seinem Beitrag „Mental Health Promotion in Times of Transition“ verdeutlicht **Wolfgang Rutz** mit Blick auf politische Veränderungsprozesse in Europa, wie sehr die „Conditio humana“ als biologische Entität im Austausch mit der makrosozialen Umwelt steht. Nach Zeiten des biologischen, soziologischen und psychologischen Reduktionismus ist eine Professionalität zu entwickeln, deren Kompetenz in der Zusammenschau der Forschungs-

ergebnisse und ihrer konzeptionellen Umsetzung besteht. Gefordert ist ein neu definiertes „public mental health concept“, eine Überarbeitung der Grundlagen einer Sozialen Psychiatrie.

Für das Setting Krankenhaus stellen **Astrid Hedtke-Becker** und **Rosemarie Hoevels** in ihrem Artikel ein multiprofessionell ausgerichtetes Handlungs- und Forschungsmodell vor, das die Notwendigkeit intra- und interinstitutioneller sowie familien- und netzwerkorientierter Kooperation zur Basis einer wirksamen und humanen Behandlung von Patienten mit somatischen Erkrankungen nimmt. Klinische Sozialarbeit wird hier zum Garanten der Wahrnehmung der psychosozialen Dimension.

Sofern eine Besserung oder Linderung einer Erkrankung aber auch von der Berücksichtigung der psychosozialen Dimension bzw. deutlicher formuliert: von der Durchführung einer psychosozialen Behandlung abhängt, stellt sich die Frage der so genannten heilkundlichen Indikation. **Wolf Crefeld** beschreibt in seiner Abhandlung „Zur heilkundlichen Tätigkeit von Sozialarbeiterinnen“ die hierfür notwendigen Voraussetzungen sowie die

fachspezifischen und berufspolitischen Konsequenzen. Die in diversen Feldern Klinischer Sozialarbeit deziert geleistete heilkundliche Tätigkeit benötigt demnach eine heilberufsrechtlich geregelte Qualifizierung zum Sozialtherapeuten.

Komplementär zur Diskussion um heilberufsrechtliche Regelungen ist die politisch gewollte Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung über ein „Präventionsgesetz“ ein für die Zukunft der Klinischen Sozialarbeit essentielles Feld. **Gernot Hahn** informiert in seinem Artikel „Gesundheitsförderung braucht ein Gesetz“ zu der inhaltlichen Ausrichtung des Entwurfs zu einem Präventionsgesetz und bindet die Klinische Sozialarbeit über zugehörige lebenswelt- und lebensweisenorientierte Modelle und unter Rückgriff auf das Salutogenese-konzept theoretisch-konzeptionell ein.

Klinische Sozialarbeit ist, wie an den hier vorgestellten Ausschnitten sichtbar gemacht, an unterschiedlichen Punkten des Themas „Gesundheit“ gefragt, sich weiterhin in die Felder des „Heilens und Forschens“ unter Einbeziehung des Politischen zu begeben.

Für die Redaktion: Uwe Klein

ANZEIGE



Katholische Hochschule
für Sozialwesen
Berlin

Klinische Sozialarbeit Masterstudiengang

- Akkreditierter Studiengang
- Laufbahnberechtigung für den höheren Dienst
- Zugang zur Promotion
- Berufsbegleitend
- Dauer: 2,5 Jahre
- Kosten: 5.500 €
- Abschluss: Master of Arts

Beginn: Sommersemester 2006
Bewerbungsschluss: 15.01.2006

Weitere Informationen:
Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin
Referat Weiterbildung und Entwicklung
Köpenicker Allee 39-57, 10318 Berlin
Tel. 030 - 50 10 10-39
e-Mail weiterbildung@khsb-berlin.de
www.khsb-berlin.de/Klinische-Sozialarbeit

Mental Health Promotion in Times of Transition

Wolfgang Rutz

In individual as well as societal transition, negative stress as well as the loss of social cohesion and spiritual values directly afflicts morbidity and mortality patterns throughout countries, societies and risk populations.

In Europe, e.g., from Ireland to Kamchatka, from Greenland to Malta we find inequities and diversities, but also communal patterns of reaction to stress and transition.

There are 300 fold differences in income per capita between the poorest and the richest countries. There are enormous inequalities regarding mental health services, but also determinants for mental health as control, social connectedness, sense of cohesion and meaning as well as physical lifestyles and nutrition habits. There are 30% differences in a life expectancy that often reacts seismographically to the stress burden in societies, having recently decreased dramatically in some states.

Evidence today shows...

- that the feeling of control and being in charge of one's life, i.e. the absence of helplessness,
- that professional and social identity, i.e. the absence of alienation,
- that social connectedness, i.e. to be cared for and being able to care,
- and that as well existential cohesion, i.e. the feeling to be involved in an over-individual context of meaning and sense,

...are essential factors determining mental health.

Today, the stress of societal transition has taken its toll - amongst indigenous people in Greenland, farmers in Ireland, but most dramatically in Eastern Europe, where figures for the main causes of illness and death often highly exceed those of surrounding populations and neighbouring countries. In some of the newly independent Eastern European States, life expectancy has dropped by 10 years within one decade, cerebro- and cardiovascular mortality increased 4 times, youth criminality 5 times, addiction 4 times, deaths by external causes 7 times and suicides 8 times - leading

in some countries to a mortality crisis, often preponderantly in males.

The very fabric of society and human togetherness gets influenced, in some eastern European countries by an increase in homicides and children's manslaughter that figures 5 times higher than in the EU.

Thus, what can be reproduced in animal trials, that individuals after times of all too long and heavy stress turn against each other and their own offspring, seems to come true even for humans in collective stress and dramatic change.

An additional problem is that these patterns of suffering, illness and death are to be found outside of mental health services. In some of the afflicted countries, the number of mental health service contacts has hardly increased.

That means that mental ill health is found in the public space, at working places, in families, and often not reached by services, even if accessible and quite sufficiently professionally staffed.

Thus, looking from an overarching perspective on European transition, a "Community syndrome" can be identified which closely follows the stress load in societies, deteriorating, when stressful change is continuing, and improving, when hope, predictability and confidence returns, as presently to be seen in the Baltic States.

That "Community Syndrome" consists of depression and stress related disorder and death, of suicide, self-destructive behaviour and lifestyles, of violence and aggression, including family violence and risk-taking behaviour, of vascular morbidity and mortality, of alcoholism and addiction, of risk-taking behaviour leading to accidents in traffic and workplaces, and even of increasing anomy including losses of moral and ethical values and leading to traits of "moral insanity" in societies.

What to do?

Today, we have an increasing knowledge about the interaction of brain and mind, of nurture and nature, about

basic ethological preconditions for human functioning and the survival of the human species.

Recent research about brain neuroplasticity demonstrates how positive or adverse environment through sensitisation and transcription mechanisms influences cerebral function, structure and even the genome, strengthening health - or creating pathology and weakness.

In this are e.g. endorphin-mediated systems involved, that are related to reward, dependency and addiction, but also serotonin-related ones influencing human's ability to cope, to survive and to interact.

There is evidence today that a functionally balanced serotonin metabolism is needed for socialization and reproduction, for coping, fighting and escaping, for developing spiritual values and moral hierarchies and that it can be stabilized by empowering, socializing and existential support.

We also know that serotonin disturbances facilitate depression, suicide, violence, addiction, criminality, psychopathy, risk-taking, cardiovascular disorder and premature death.

Probably, the apparently serotonin-related syndrome of illness and death in European populations today could be counteracted by developing "serotonin friendly" societies, avoiding policies and political action adverse to human's basic conditions.

How could this be done?

Certainly not by distributing serotonin-active drugs widely in the population, even if specific pharmacological treatment is indicated in individual cases. Rather by increasing individuals self control, empowering people in the society and on working places, supporting social connectedness, family cohesion and spiritual values and facilitating identity and dignity by increasing pluralism, tolerance and democracy.

Unemployment, care for elderly and vulnerable, taxation of families and regulation of immigration, to name some examples, can certainly be politically administrated in ways which either respect peoples basic human needs, supporting health and strength, or counteracting it, leading to weakness, disorder and death.

Healthy, or unhealthy choices, can be done - by decision makers on working places and in politics.

To take another concrete example:

A traditional farmer, accessing the European Union or in other ways involved in a agricultural system of stressful change and transition, will - consecutive to losses of identity, dignity and unemployment - certainly meet in the years to come a dramatic increased risk for depression, suicide, family violence, accidents, addiction, hypertension, diabetes B - or altogether.

What he needs are mental health policies and supportive services facilitating self-respect, dignity, meaning in life and social network, respectful to his value system, individual experience and identity.

For this, not only economical, materialistic solutions are demanded. What we need is a new form of public mental health approach, focusing also on the psychosocial and existential determinants of mental and physical health.

It should be offered by people, who are politically and professionally aware of basic human conditions, the interaction of psychosocial environment and mental as well as physical health and the knowledge about it modern research has created.

We know today that it is "Conditio Humana" to be afflicted by nurture and

nature, to be in need a functional brain, to be integrated in biological and existential dimensions of life and to depend on basic, ethologically meaningful preconditions for function and survival.

Mental health and public health are strongly interdependent. The burden related to stress and mental ill health consumes already today more than half of health care budgets in many societies. Thus, mental health is a most valuable capital in a society, which no country can afford not to promote, to protect, to reconstitute and to invest in.

Mental Health is Public Health. Awareness is needed about the impact of political decisions and policy changes on the mental health of a population. Mental health needs investment in mental health ecological environments.

All our activities on environment and health should self-evidently include the mental environment and mental health consequences.

Mental health professionals have today often abdicated from their societal responsibility - due to lack of resources or supportive academical

and economical rewarding mechanisms that today often instead facilitate sometimes somewhat "phrenological" brain research and exclusive psychotherapeutic strategies.

After times of biological or sociological reductionism holistically minded professionals must rediscover their competency and responsibility regarding the extensive needs of a redefined public mental health concept. Rethought social psychiatry must have a renaissance. Professional curricula development and public education is needed.

Literatur:

Rutz, W. (2001). Mental health in Europe. Problems, advancements, challenges. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104 (suppl. 410), 15-20.

Rutz, W. (2003). The european mental health program and the world health report 2001. Input and implications. *British Journal of Psychology*, 183, 73-74.

Rutz, W. (2004). A need to rethink social psychiatry in Europe. *Lancet*, 363 (9521), 1652.

Wilkinson, R.G. & Marmot, M.G. (2003). *Social determinants of health. The solid facts*. 2nd ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (2001). *The World health report 2001*. Genf: WHO. WWW: www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf.

Instrumente, Interventionen und Strategien für die Klinische Sozialarbeit

Ergebnisse aus dem multiprofessionellen Arbeitsmodell KISMED

Astrid Hedtke-Becker
Rosemarie Hoevels

1 Einleitung

Wenn Krankheit als multidimensionales Geschehen aufgefasst wird, sind psychische, familiäre und soziale Aspekte ergänzend zur medizinisch-pflegerischen Behandlung einzubeziehen (vgl. Begriff der "bio-psycho-sozialen Einheit", z.B. in Hedtke-Becker et al. 2003a; Kröger et al. 2002). Im Zuge der im Gesundheitswesen geforderten Vernetzung verschiedener Disziplinen und Professionen entstand das Forschungsprojekt KISMED (Kooperationsprojekt Interdisziplinärer Sozialarbeit und Krankenhaus-MEDizin). Dieses soll im Hinblick auf seine Praktikabilität und Übertragbarkeit in andere Arbeitszusammenhänge Klinischer Sozialarbeit vorgestellt werden.

Die interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Behandlung und

Betreuung von chronisch Kranken wurden hier erstmals systematisch entwickelt, erprobt, beschrieben und evaluiert. In zweijähriger Laufzeit gelang im Projekt eine ungewöhnlich enge Verknüpfung von Praxis, Lehre und Forschung. Beteiligt waren die Fachhochschule Mannheim - Hochschule für Sozialwesen und die Universitätsklinik Heidelberg Innere Medizin, Abt. II Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin, mit zwei internistischen Akutstationen. Die stationär-ambulante Kooperation fand in strukturierter Form zwischen den Professionen der Sozialarbeit, Psychologie, Medizin und Pflege statt.

2 Ziele des Projekts

Folgende Ziele wurden im KISMED-Projekt formuliert und verwirklicht:

- Entwicklung eines die medizinisch-

pflegerische Behandlung chronisch Kranker ergänzenden stationären Arbeitsmodells mit starken psychosozialen Anteilen

- Einbringen von gesundheitsstärkenden und krankheitsverhindernden Aspekten
- Aufbau und Etablierung systematischer und strukturierter Kooperation zwischen Sozialarbeitern, Psychologen und Ärzten
- Entwicklung einer strukturierten psychosozialen und familienorientierten Diagnostik mit Modellcharakter für die Krankenhaussozialarbeit: Screeningbogen („Psychosoziale Checkliste“) und Psychosoziales Interview
- Entwicklung von psychosozialen und familiären Interventionsstrategien

- Evaluation des entwickelten biopsychosozialen Diagnose- und Interventionschemas hinsichtlich der Akzeptanz
- Vermittlung des Konzepts in der Lehre: Lehrveranstaltungen und Praktika
- Verbreitung des Konzepts in der Region (Hedtke-Becker et al. 2003a, 27)

3 Projektphasen

Phase I (Monate 1-5): Entwicklung der Erhebungs- und Diagnoseinstrumente aus Sozialarbeit und Medizinpsychologie; Probedurchläufe auf Station.

Phase II (Monate 6-10): Erprobung und Anpassung verschiedener Interventionsmethoden vor Routineeinsatz. Bereitstellung der optimierten Evaluationsinstrumente zur Erfassung des Inanspruchnahmeverhaltens, der Zufriedenheit der Patienten und ihrer Familien.

Phase III (Monate 11-24): Screening aller aufgenommenen Patienten auf beiden internistischen Stationen und vertiefte psychosoziale Diagnostik sowie Interventionen bei N=142 Patienten; begleitende Evaluation. Lehrveranstaltungen an der FH-Mannheim; Verbreitung des KISMED-Konzepts.

4 Charakteristika des KISMED-Modells

Die Annäherung und Integration des multiprofessionellen KISMED-Teams aus Sozialarbeiterinnen und PsychologInnen in den stationären Arbeitsablauf erfolgt schrittweise. Die regelmäßige Nutzung bereits bestehender Strukturen wie Stationsbesprechungen bewirkt, dass berufsgruppenspezifische Sichtweisen transparent und die notwendige Abstimmung und Planung psychosozialer Diagnostik und Interventionen für alle nachvollziehbar sind. KISMED-Maßnahmen werden Teil eines simultanen stationären medizinisch-pflegerisch-psychosozialen prozesshaften Geschehens.

Um im Gesamtteam zu einem von allen getragenen Behandlungskonzept zu gelangen, findet sich eine gemeinsame Arbeitsgrundlage. Der systemische und lebensweltorientierte Ansatz wird von Seiten der Sozialarbeit traditionsgemäß und selbstverständlich vertreten (Hollstein-Brinkmann 2000). Auch die auf den Stationen seit langem eingeführte ‚Familienmedizin‘ wendet systemische Konzepte an und fordert 1. gleichwertige Berücksichtigung psychischer und somatische

Faktoren, 2. enge Kooperation mit Patientenfamilien, 3. enge Zusammenarbeit verschiedener Experten (Kröger et al. 2000).

Gleich zu Beginn der stationären Behandlung werden im Zusammenhang mit der Erkrankung auftretende psychosoziale Belastungen und damit notwendige akute und längerfristige Veränderungen angesprochen, geplant, vorbereitet und eingeleitet. Dazu werden familiäre und soziale Fähigkeiten aktiviert und soziale bzw. professionelle Unterstützungsnetzwerke geknüpft. Bei schweren psychosozialen und familiären Belastungen geschieht eine intensive stationär-ambulante Überleitung, um nahtlose Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu ermöglichen und einen ‚Drehtüreffekt‘ zu vermeiden (Hedtke-Becker et al. 2003b; Hedtke-Becker & Hoevens 2005).

5 Therapie- und Hilfeplan, Diagnostische Verfahren, Interventionen

Die beiden im Projekt entwickelten systematisch eingesetzten Diagnostik-

instrumente geben Auskunft über vorhandene Ressourcen, bisherige Bewältigungsstrategien und über den aktuellen sozialen und emotionalen Unterstützungsbedarf. Mit Hilfe dieser Informationen wird ein gezieltes weiteres Vorgehen planbar und in Abstimmung mit der medizinisch-pflegerischen Behandlung durchführbar.

a) Diagnostikinstrument I: „Psychosoziale Checkliste“

Mit dem entwickelten Fragebogen „Psychosoziale Checkliste“ (s. Abb.) wurde für die stationäre Routinediagnostik ein spezifisches Screening-Instrument entwickelt. Im Überblick werden krankheits- und behandlungsrelevante psychische, familiäre und soziale Besonderheiten des Patienten sowie Aspekte der Krankheitsverarbeitung erfasst.

Die Checkliste wurde für die medizinisch ausgebildeten Erstuntersuchenden konzipiert. Diesen dient sie als didaktisch hilfreicher Leitfaden, um Besonderheiten oder Probleme in diesen Bereichen in der Erstanamnese zu erfassen. Bei eingeschätztem psychosozialen

Checkliste Psychosoziale Konsilanforderung KISMED

Bitte markieren Sie folgende Befunde, die sich im Aufnahmegespräch oder während des Krankenhausaufenthaltes zeigen. Bedeutsam sind die *krankheitsrelevanten psychosozialen Problembereiche* mit Interventionsbedarf für Sozialarbeit und Familienmedizin.

Persönliche Krankheitsverarbeitung/Psychische Faktoren

- Problematische/erschwerete Krankheitsbewältigung
- Mehrfache Kooperationsprobleme mit PatientIn / Non-Compliance
- Präfinale Krankheitssituation/schwerwiegende Krankheits- u. Behandlungsfolgen
- Somatoforme Störungen/ psychogene Überlagerung
- Psychische (Vor-)Erkrankung
- Körpermisshandlung, Gewalterfahrungen
- Sexueller Missbrauch
- Suchtproblematik
- Immigrationsproblem
- Traumatische oder sehr belastende Erlebnisse (z.B. Unfall, Kriegsergebnisse)
- Sonstige individuelle seelische Probleme bei PatientIn

Soziale Situation

- Häusliche Versorgung des Patienten ist ungeklärt
- Familiäre Versorgung von Kindern u. Jugendlichen ist ungeklärt
- Häusliche Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen ist ungeklärt
- Auffallende Überforderung/Belastung der Angehörigen
- Soziale Isolation
- Wohnsituation ist ungeklärt, scheint ungeeignet
- Belastungen durch wirtschaftliche Situation (z.B. Schulden, ungeklärter Unterhalt)
- Probleme in der Schule oder mit der Berufsausbildung/Arbeitsplatz
- Ungeklärte Rentenfragen/Früherberentung
- Vermittlung/ Überleitung von med. Rehabilitationsmaßnahmen ist erforderlich
- Sonstiges:

Familiäre Situation

- Unspezifisches Familienklima
- Fehlende emotionale Unterstützung
- Gestörte innerfamiliäre Kommunikation (Sprachlosigkeit, Gewalt)
- Einschneidende familiäre Veränderungen/Neuorientierung (z.B. Scheidung, Auszug der Kinder, Tod, Umzug)
- Chronische oder ernste Ehe/Partnerprobleme
- Anhaltende oder massive Probleme mit Kindern und Jugendlichen in der Familie
- Ungelöste Konflikte mit der Herkunftsfamilie des/der Patienten/In o. des/der PartnerIn
- Sonstiges:

Keine krankheitsrelevanten psychosozialen Belastungen

Abb.: Psychosoziale Checkliste (Hedtke-Becker et al. 2003a, 130)

sozialem Hilfebedarf erfolgte die Überweisung an das KISMED-Team (Hedtke-Becker et al. 2003a).

b) Diagnostikinstrument II:

Psychosoziales Erstgespräch

Nach Überweisung an das KISMED-Team wird mit dem Patient ein umfassendes Gespräch geführt. Aus den mit Hilfe eines Frageleitfadens gewonnenen Informationen über persönliche, berufliche, ökonomische, soziale und familiäre Hintergründe und bedeutsame Lebensereignisse lassen sich psychosoziale Interventionsstrategien ableiten, wenn sich krankheitsrelevante psychosoziale Belastungsfaktoren zeigen (ebd. 50-58).

c) Interventionen mit der Familie, dem weiteren Umfeld und den beteiligten Professionen

Die Einbeziehung des familiären, sozialen und professionellen Umfelds im KISMED-Modell geschieht in Absprache mit dem Patienten durch spezifische Angebote in der Stationsroutine bzw. poststationär:

- **Familienvsiste:** Beantwortung von Fragen und Sorgen der Patienten und ihrer Angehörigen in verständlicher Form, z.B. Vermittlung medizinischer Befunde und Behandlungsmöglichkeiten
- **Gruppenangebot für Patienten und ihre Angehörige:** Erlernen von und Austausch über Entspannungsmöglichkeiten
- **Familiengespräch mit Stationsarzt, Pflegekraft und KISMED-Mitarbeiter:** Es werden krankheitsbezogene familiäre Konflikte besprochen und Impulse zur Veränderung gegeben
- **Interdisziplinäre Fallkonferenz:** unterschiedliche berufliche und persönliche Perspektiven werden zur verbesserten Abstimmung innerhalb des Behandlungsteams angesprochen (Balintmethode ohne Patient und dessen Familie).
- **Stationär-ambulante Überleitung:** Besonders bei alten chronisch körperlich bzw. demenzkranken Menschen mangelt es bei kurzer stationärer Verweildauer an einem nahtlosen stationär-ambulanten Übergang. Im KISMED-Arbeitsmodell wurden deshalb rechtzeitig sorgfältige Überleitungen durch telefonische Kontakte oder persönliche Gespräche mit ambulanten Behandlern (z.B. Hausarzt, ambulanter Pflegedienst bzw. Einrichtung, Beratungsstelle, Arbeitgeber) hergestellt. In einigen Fällen wurden die Übergabegesprä-

che ambulant mit Patient und dessen Familie geführt. (ebd. 60-74)

6 Kooperation

a) Kooperationsstrategien

Die Zusammenarbeit innerhalb des KISMED-Teams und im Gesamtteam auf den Stationen gelang, wenn unterschiedliche berufliche Kompetenzen anerkannt wurden, Sichtweisen benannt und auf ein gemeinsames Ziel hin eingebracht werden konnten. Die Partnerschaft von Spezialisten zahlte sich dann aus, wenn ein gemeinsames Vorgehen im Sinne einer biopsychosozialen Betreuung ausgehandelt werden konnte. Um der Komplexität und Struktur des Krankenhaussettings zu entsprechen, erfolgte die Passung des KISMED-Arbeitsmodells in den stationären Ablauf in ständiger Absprache und durch einen Abteilungsarzt als Mittler bei Nutzung vorhandener Strukturen.

Im KISMED-Projekt galt es, die Balance zwischen folgenden Aspekten der Kooperation herzustellen:

- zwischen Eigenständigkeit und Aufeinanderbezogenheit der Kooperationspartner
- zwischen Wahrung eigener beruflicher Identität und Entwicklung gemeinsamer Identität
- zwischen der Beachtung von Gleichwertigkeit von Leistungen und der Priorität medizinisch-pflegerischer Behandlung
- zwischen Spontaneität und Festlegung von Kontakten
- zwischen dem Anspruch auf Gleichberechtigung und der Anerkennung von Verantwortlichkeit der Leitungsebene.

b) Ausmaß der Kooperation

Am häufigsten (20,4%) waren sämtliche Berufsgruppen (Arzt, Pflege, KISMED-Mitarbeiter) an den mit Patienten durchgeführten KISMED-Interventionen beteiligt. Ärzte und Sozialarbeiter gemeinsam nahmen 17,6% der Interventionen vor. Einen großen Teil der Interventionen (16,9%) übernahm eine der Sozialarbeiterinnen allein.

7 Stichprobe

Alle auf den beiden akut-internistischen Stationen aufgenommenen Patienten (N=906, Erhebungszeitraum 1.1. bis 30.11.2000, durchschnittliche Liegedauer der meist schwer kranken Patienten=11 Tage) wurden im Screening erfasst. Davon wurden N=183

(22,3%) Patienten, bei denen krankheitsrelevante psychosoziale Problembereiche angenommen wurden, in die Stichprobe aufgenommen. Vom KISMED-Team gesehen wurden 142 Patienten (77,6%). KISMED-Erstkontakte erfolgten meistens zwischen dem 6. und 8. Liegetag bei durchschnittlicher Liegedauer von 11 Tagen. Bei 88,6%, der in KISMED aufgenommenen Patienten ergab die vertiefte Diagnostik psychosoziale Belastungen. Bei 66,2% von N=142 erfolgten Interventionen.

8 Fazit

Das KISMED-Modell zeigt auf, wie systematische und rechtzeitige Planung sowie simultanes professionelles psychosoziales Handeln in den Routineablauf eines internistischen Krankenhauses bei begrenztem Personalschlüssel integriert wird. Dabei werden alle am Genesungsprozess Beteiligten im Sinne von Empowerment und Netzwerkarbeit einbezogen.

Erreicht wurden eine hohe Akzeptanz für biopsychosoziale Hilfsangebote bei Ärzten und Pflegekräften - bei anfänglicher Skepsis - und bei Patienten und ihren Familien sowie eine gelingende systematische Kommunikation und Kooperation mit stationären und ambulanten Behandlern.

Die systematische Verknüpfung von Krankenhausbehandlung und anschließender ambulanter Versorgung als „stationär-ambulante Überleitung“ wurde zum wichtigsten Modul im Arbeitsmodell. Besonderen Nutzen zogen dabei ältere chronisch Kranke und demenzkranke Menschen und ihre Familien. Die Rolle von Sozialarbeit war dabei insofern klinisch, als sie konsiliarisch einbezogen von Anfang an mitgestaltete und die psychosozialen Erfordernisse voll einbezogen wurden.

Das Arbeitsmodell KISMED eignet sich insbesondere als Modell für andere stationäre und ambulante Bereiche des Gesundheitswesens unter gleichberechtigter Beteiligung von Sozialarbeit. So wurden Erkenntnisse und Vorgehensweisen aus dem Projekt bereits in ambulanten Bereichen wie einer Kinderarztpraxis und einer Demenzberatungsstelle aufgegriffen. Die Beschreibung des Modells in Form eines Handbuchs (Hedtke-Becker et al. 2003a,) soll dazu anregen, bestehende Arbeitsformen zu überdenken, zu verändern und mit Neuem zu ergänzen. Ausgehend von den positiven Erfahrungen der Verfasserinnen bei Über-

nahme des Kooperationsmodells ist neben Vorteilen für die Patienten auch eine größere Zufriedenheit innerhalb der eigenen Berufsgruppe und im multiprofessionellen Team zu erwarten.

So erweist sich KISMED insgesamt als brauchbar für die Weiterentwicklung einer zukunftsgerichteten klinischen Sozialarbeit in der stationären Begleitung und ambulanten Versorgung von chronisch kranken Menschen in verschiedenen Lebensaltern.

Literatur:

Hedtke-Becker, A., Hoevels R. & Schwab M.

(Hrsg) (2003a). *(Familien-)Medizin und Sozialarbeit – ein Kooperationsmodell: Biopsychosoziale Behandlung chronisch kranker Menschen im internistischen Krankenhaus. Das KISMED-Projekt in der Praxis.* Hockenheim: Larimar.

Hedtke-Becker, A., Hoevels, R. & Hübner, B. (2003b). Chronisch kranke und alte Menschen im Krankenhaus: Multiprofessionelle stationär-ambulante Überleitung als Kooperation zwischen Betroffenen, familiären Netzwerken und Professionellen. In Klie, T., Buhl, A., Entzian, H. & Schmidt, R. et al (Hrsg.), *Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorenübergreifender Perspektive* (S. 121-144), Frankfurt a. M.: Mabuse.

Hedtke-Becker, A. & Hoevels, R. (2005). Netzwerkbezogene Beratung chronisch kranker

Menschen: Multiprofessionelle stationär-ambulante Überleitung im Akutkrankenhaus. In Bauer, P. & Otto, U. (Hrsg.), *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Soziale Unterstützung flankieren, moderieren, qualifizieren. Bd. 2: Institutionelle Netzwerke in Sozialraum- und Kooperationsperspektive* (S. 427-561), Tübingen: dgvt-Verlag.

Hollstein-Brinkmann, H. (2000). Systemische Perspektiven in der Sozialen Arbeit. Systemisches Denken hat eine lange Tradition in der Sozialarbeit – Systemisch-ökologische Theorien als Konzepte professionellen Handelns. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 147 (3+4), 49-52.

Kröger, F., Hendrichke, A. & McDaniel, S. (Hrsg.) (2000). *Familie, System und Gesundheit. Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen.* Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Zur heilkundlichen Tätigkeit von Sozialarbeiterinnen

Wolf Crefeld

Mancher wünscht dem Sozialarbeiterberuf eine größere Bedeutung für das Gesundheitswesen. Zweifellos könnten klinische Sozialarbeiter, die methodisch versiert in der Gestaltung psychosozialer Unterstützungsprozesse den Patienten in Zusammenhang mit seinem ökosozialen Kontext behandeln, insbesondere chronisch Kranken zu mehr Gesundheit und Lebensqualität verhelfen. Doch wenn damit eine therapeutische Tätigkeit gemeint ist, sind die nicht unerheblichen strukturellen Differenzen zwischen dem Dienstleistungssystem der Sozial- und Jugendhilfe (der „Sozialen Arbeit“ im ursprünglichen Sinn) und dem Gesundheitswesen zu beachten. Will ein Beruf hier reüssieren, so muss er sich auf diese Strukturen einstellen und erforderlichenfalls *fach- und berufspolitische Konsequenzen* ziehen.

Eine solche Besonderheit ist, dass für die an der Therapie direkt oder mittelbar mitwirkenden Fachberufe staatlich reglementierte Qualifikationsstandards gelten – ein Grund, weswegen man im Gesundheitswesen recht klar profilierten Berufsbildern begegnet. Wenn nun der Sozialarbeiterberuf über seine Funktionen der tradierten Krankenhausfürsorge hinausstrebt in die Rolle eines an Therapie und medizinischer Rehabilitation regelhaft mitwirkenden Berufs, muss er sich mit diesen Rahmenbedingungen auseinandersetzen, wie sie für alle Heil- bzw. Medizinalfachberufe gelten. Davon unberührt bleiben die vielfältigen

als „gesundheitsbezogen“ bezeichneten Tätigkeiten im Rahmen der Sozialhilfe und frei finanzierter Projekte Sozialer Arbeit.

Medizinalaufsicht und Heilberufe

Seit den Anfängen des modernen Staatswesens gibt es staatliche Bemühungen, die Qualifikation von Personen, die berufsmäßig mit der Behandlung von Kranken befasst sind, einer besonderen Kontrolle zu unterwerfen. Man spricht von der „*Medizinalaufsicht*“, die historisch eine der ältesten Maßnahmen zur Sicherung von Strukturqualität in der Gesundheitsversorgung darstellt und ursprünglich vor allem Ärzte und Hebammen betraf. Ihr Ziel ist, dass ein Patient, der die Hilfe einer heil- oder pflegkundigen Person sucht, darauf *vertrauen* kann, dass diese tatsächlich über die dem Stand ihres Faches entsprechenden Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt. Heute geschieht dies in der Weise, dass alle Fachberufe, denen der Staat eine besondere Bedeutung für die Qualität der Behandlung, Pflege und Rehabilitation im Rahmen des Gesundheitswesens beimisst, heilberufsrechtlichen Regelungen unterworfen werden. Im Sprachgebrauch des Bundesgesundheitsministeriums werden sie als Heilberufe oder auch Medizinalfachberufe bezeichnet.

Was ist ein Heilberuf? Eine Antwort finden wir über Art. 74 I Pkt. 19 des Grundgesetzes. Dort wird als Gegenstand der konkurrierenden Gesetz-

gebung „die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen“ genannt. *Heilberufe* in diesem Sinne sind Fachberufe, deren Tätigkeit der Gesetzgeber eine besondere Bedeutung für die Qualität der Therapie, Pflege und medizinischen Rehabilitation zuerkennt. Als Beispiele zu nennen wären Ärzte, Krankenschwestern, Hebammen, Physiotherapeuten, Logopäden oder medizinisch-technische Assistenten, wobei ständig neue Berufe hinzukommen, wie zuletzt der des Psychotherapeuten und des Altenpflegers.

Für diese Berufe schafft der Gesetzgeber auf der Basis des genannten Grundgesetzartikels *Berufsgesetze*, deren Zweck die *Standardisierung der beruflichen Qualifikationen* im Gesundheitswesen ist. Das geschieht auf dem Wege, dass die genannten Berufsbezeichnungen nur führen darf, wer die gesetzlichen Aus- bzw. Weiterbildungsvorschriften dazu erfüllt hat. Die Heilberufsgesetze bzw. die auf ihnen basierenden Verordnungen enthalten deshalb detaillierte Vorschriften zu *Inhalten und Umfang der Ausbildung* und den entsprechenden Prüfungen, die unter staatlicher Aufsicht im Verlauf und am Ende der Berufsausbildung stattfinden. Nach dem Abschluss einer solchen Berufsausbildung erteilt die zuständige Gesundheitsbehörde ein Zeugnis, das zur *Berufsausübung unter der entsprechenden Berufsbezeichnung* berechtigt. Wer sich ohne ein entsprechendes staatliches Zeugnis als Krankenschwester, Ärztin, Ergotherapeutin

oder Hebamme bezeichnet, macht sich strafbar. Die Fortschreibung dieser Aus- und Weiterbildungsvorschriften erfolgt entsprechend den sich wandelnden Anforderungen der beruflichen Praxis nach eingehenden Erörterungen mit den Berufsverbänden und Fachgesellschaften.

Heilkundliche Tätigkeit als Voraussetzung

Unter welchen Voraussetzungen kann der Gesetzgeber einen Heilberuf schaffen oder aus einem bestehenden einen Heilberuf entwickeln? Sozialarbeiter arbeiten seit fast hundert Jahren im Gesundheitswesen, dennoch gehört ihr Beruf nicht zu den Heilberufen – erkennbar u. a. daran, dass jeder Mann diese Berufsbezeichnung für sich in Anspruch nehmen darf.

Das Bundesverfassungsgericht hat in Zusammenhang mit dem Altenpflegeberuf geklärt, was einen Beruf charakterisieren muss, damit der Gesetzgeber ihn als Heilberuf regeln kann. Maßgebend ist danach, dass seine Funktionen im Gesundheitswesen überwiegend als „*heilkundliche Tätigkeiten*“ aufzufassen sind, nämlich als solche, die der Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, therapeutisch beeinflussbaren Funktionsstörungen oder Körperschäden dienen. Im Schwerpunkt müssen sie die Ersetzung, Ergänzung oder Unterstützung der ärztlichen Tätigkeit zum Gegenstand haben (vgl. Bundesverfassungsgericht 2003).

Dabei ist die Art der Arbeitsweise für die Bewertung als heilkundliche Tätigkeit unerheblich, sodass zum Beispiel auch eine Ergotherapeutin heilkundlich tätig ist, wenn sie im Rahmen eines *medizinischen* Rehabilitationsprozesses die Wohnung eines Behinderten den individuellen Erfordernissen anpasst. Wesentlich ist vielmehr, ob für ihre Tätigkeit eine *heilkundliche Indikation* besteht: Es muss ein als behandlungsbedürftig anerkanntes gesundheitliches Problem bestehen, das nach heilkundlichen Erkenntnissen auf eben diese Weise am zweckmäßigsten gebessert oder gelindert werden kann. Damit werden so genannte sozialpflegerische Hilfen zur Verbesserung der Lebenslage, die nicht auf einer heilkundlichen Indikation beruhen, ausgeschlossen. Es reicht also nicht, die Tätigkeit als „gesundheitsbezogen“ zu bezeichnen, notwendig ist ihre heilkundliche Erforderlichkeit.

Fürsorge oder Therapie?

So wird auch verständlich, warum die fast hundertjährige Tradition der Krankenhausfürsorge bis heute kein Anlass war, die Qualifikation der Krankenhaus-Sozialdienste heilberufsrechtlich zu regeln. Ihre Aufgabe war explizit die der Fürsorge, die von *einer medizinischen Indikation unabhängige* Vermittlung sozialer Hilfen. Dass ihre Tätigkeit nicht als Teil der medizinischen Therapie gilt, geht zum Beispiel aus dem Krankenhausgesetz des Landes NRW hervor, wird aber auch daran deutlich, dass die Krankenhaus-Sozialdienste in der Regel dem Verwaltungsleiter zugeordnet sind und nicht unmittelbar weisungsabhängig von einem leitenden Arzt, der laut Krankenhausgesetz für alle therapeutischen Maßnahmen seiner Abteilung verantwortlich ist.

Doch von der traditionellen Krankenhausfürsorge zu unterscheiden ist die Idee, Sozialarbeiter z.B. als „Sozialtherapeuten“ an der Behandlung Kranker zu beteiligen. Realität ist dies bereits für Sozialarbeiter, die als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine staatliche Approbation zu diesem Heilberuf besitzen. Doch es gibt noch weitere Bereiche im Gesundheitswesen, in denen die Mitwirkung von Sozialarbeitern an der Therapie erwartet wird: So sehen sowohl die Psychiatrie-Personalverordnung des Bundes (PsychPV) als auch der § 37a SGB V (Soziotherapie) eine *therapeutische* Tätigkeit von Sozialarbeitern vor. Und in Suchtfachkliniken beweist die Forderung der Sozialleistungsträger nach einer qualifizierten suchttherapeutischen Weiterbildung der dort tätigen Sozialarbeiter, dass von diesen heilkundliche Tätigkeiten erwartet werden. Für Sozialarbeiter in anderen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation lässt sich dies nur vermuten. Als Beispiel zu nennen wäre eine Sozialarbeiterin, die im Rahmen des medizinischen Rehabilitationsprozesses nach einem schweren Schädel-Hirn-Trauma den Behinderten auf sein Leben in seinem früheren Lebensfeld vorbereitet. Für diese therapeutischen bzw. medizinisch-rehabilitativen Tätigkeiten könnte der Gesetzgeber zum Beispiel einen Heilberuf „Sozialtherapeut“ schaffen. Die formale Lösung könnte ähnlich der Regelung für den Psychotherapeutenberuf aussehen, indem ein *Masterstudium der Klinischen Sozialarbeit* Voraussetzung wäre für eine anschlie-

ßende heilberufsrechtlich geregelte Qualifizierung zum Sozialtherapeuten.

Berufspolitische Interessen

Die Impulse zu einer neuen heilberufsrechtlichen Regelung gehen in der Regel von den jeweiligen Fach- und Berufsverbänden aus. So engagierte sich für das Psychotherapeutengesetz fast eine Armada von Verbänden und Arbeitsgemeinschaften. Diesen gelang es schließlich gegen den heftigen Widerstand aus anderen berufspolitischen Lagern, den Gesetzgeber zur Schaffung des Psychotherapeutenberufs zu bewegen. Psychologen haben sich dadurch einen festen und sicher noch ausbaufähigen Platz im Gesundheitswesen geschaffen.

Bei den Heilberufsgesetzen geht es um die Etablierung des Berufes im Gesundheitswesen, somit aus berufspolitischer Perspektive auch um Arbeitsmarkt- und Einkommenschancen. Denn Sozialleistungsträger, Anstellungsträger, Therapieverantwortliche und Patienten bevorzugen Heilberufe, weil sie alle ein Interesse daran haben, dass die an der Therapie bzw. Rehabilitation Mitwirkenden verlässlich über die ihren Beruf charakterisierenden Fähigkeiten und Kenntnisse verfügen.

So machen *Krankenkassen* und die weiteren Träger der medizinischen Rehabilitation die Anerkennung eines Leistungserbringers von dessen heilberufsrechtlicher Qualifikation abhängig, weil sie dafür zu sorgen haben, dass ihre Leistungen im Rahmen des Sachleistungsprinzips zweckmäßig und wirksam erbracht werden. Nur wenn für eine Leistung ein geeigneter Heilberuf nicht ausreichend zur Verfügung steht, greifen sie auch auf Leistungserbringer ohne eine heilberufliche Qualifikation zurück, wie dies im Falle von Sozialarbeitern in Suchtfachkliniken und Erbringern von Soziotherapie-Leistungen nach § 37a SGB V geschieht. Hier entwickeln dann anstelle des Gesetzgebers die Spitzenverbände der Sozialleistungsträger selbst verbindliche Empfehlungen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer. Doch die Präferenz der gesundheitspolitischen Akteure geht dahin, wo immer möglich heilkundliche Aufgaben anerkannten Heilberufe vorzubehalten. Konkurrenten des Sozialarbeiterberufs sind vor allem psychologische Psychotherapeuten und Fachpflegekräfte.

Auch das Interesse von *Anstellungsträgern* (z.B. Kliniken) und *leitenden*

den Ärzte lässt diese Heilberufe bevorzugen. Denn die Mitwirkung von Nicht-Medizinalberufen an der Therapie stellt für sie insofern ein Problem dar, als sie für Schäden durch Fehlbehandlungen haften müssen, wenn die Schäden nicht auf *berufsfachliche* Fehler der befassten therapeutischen Mitarbeiter zurückzuführen sind. Für berufsfachliche Fehler haften kann aber nur ein Mitarbeiter, von dem aufgrund seiner Ausbildung entsprechende berufsfachliche Kenntnisse und Fähigkeiten erwartet werden können. So haftet denn zum Beispiel eine Krankenschwester für die Folgen einer von ihr unterlassenen Dekubitusprophylaxe, während therapeutische Versäumnisse eines Sozialarbeiters aufgrund dessen ungesicherter berufsfachlicher Standards eher zu einer Haftung derer führen, die ihm die therapeutische Aufgabe, bei der er versagt hat, übertragen haben. Doch auch jenseits dieser Haftungsprobleme haben die Mitarbeiter in den *multiprofessionellen Teams* einer Kli-

nik ein beträchtliches Interesse an klaren Berufsbildern, denn ein eindeutiges Kompetenzprofil jedes Mitarbeiters erleichtert die Kooperation im Klinikalltag erheblich. – Nicht zuletzt aber wünschen Patienten sich, dass sie von Klinikmitarbeitern behandelt werden, von deren therapeutischen Fähigkeiten sie eine Vorstellung haben. Dies ist ja auch Sinn und Ziel der Heilberufsgesetze: Sie sollen angesichts des hohen Wertes der Rechtsgüter Leben und Gesundheit den Patienten Vertrauensschutz bieten hinsichtlich der fachlichen Fähigkeiten der sie Behandelnden.

Eine heilberufsrechtliche Regelung der Qualifikation von „Sozialtherapeuten“ (oder wie immer die Berufsbezeichnung lauten würde) hätte also für das Gesundheitswesen ebenso wie für Sozialarbeiter, die therapeutisch tätig sein wollen, wesentliche Vorteile. Doch ob sich die Verbände der Sozialarbeit zu einer entsprechenden Initiative und einer überzeugenden Argumentation gegenüber dem Ge-

setzgeber aufraffen werden, erscheint durchaus fraglich. Denn schon zweimal (1975 und 1988) haben Sachverständige im Regierungsauftrag die Qualifikation von Sozialarbeitern für psychiatrische Aufgaben als regelungsbedürftig beschrieben (vgl. Crefeld 2005), ohne dass es zu entsprechenden fach- und berufspolitischen Konsequenzen gekommen wäre.

Literatur:

Bundesverfassungsgericht (2003). Entscheidung zur Neuregelung der Altenpflege-Gesetzgebungskompetenz. Urt. v. 24. 10. 2002 - 2 BvF 1/01. *Neue Juristische Wochenschrift*, 41-58.

Crefeld, W. (2005). Zur Rolle des Sozialarbeiterberufs in der Gemeindepsychiatrie. *Sozialpsychiatrische Informationen* 3, 24-28.

Crefeld, W. (2005) Psychiatrische Sozialarbeit – Realität, Utopie oder Programm? *Psychosozial* 101, 59-66.

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (o.J.). *Die Fachberufe des Gesundheitswesens*. Düsseldorf: Selbstverlag des Ministeriums.

Theobald, A. & Erdle, H. (2000). *Recht der Gesundheitsfachberufe und Heilpraktiker*. Loseblattsammlung. München: Rehm.

Gesundheitsförderung braucht ein Gesetz

Das Präventionsgesetz - eine Chance für die Klinische Sozialarbeit

Gernot Hahn

Bereits im Frühjahr 2005 verabschiedete die damalige Bundesregierung ein Präventionsgesetz (2005), das den Präventionsgedanken als „vierte Säule des Gesundheitswesens“ neben Akutbehandlung, Rehabilitation und Pflege stellen sollte. Auch wenn das Gesetzesvorhaben parteiübergreifend prinzipiell Zustimmung fand, führten vor allem Verfahrensfragen und Streitigkeiten über Zuständigkeiten auf Bundes- und Landesebene zu einer Ablehnung des Gesetzes im Bundesrat. Seitdem ist es im Zuge der Neuwahlen im Herbst 2005 und Bildung der großen Koalition still geworden um die gesetzliche Fassung einer umfassenden Gesundheitsförderung in Deutschland. Die Gespräche zur Neuordnung im Gesundheitswesen wurden aus den Koalitionsverhandlungen im November 2005 ausgeklammert und ins nächste Jahr verschoben.

Was war vorgesehen?

Jährlich sollten 250 Mio. Euro für präventive Maßnahmen aufgewendet

werden, die Finanzierung zum Großteil durch die gesetzliche Krankenversicherung, einem Beitrag von 40 Mio. der gesetzlichen Rentenversicherung, 20 Mio. der gesetzlichen Unfallversicherung und 10 Mio. der sozialen Pflegeversicherung erfolgen. Zentrales Steuerungs- und Koordinationsmittel sollte eine „Stiftung Prävention“ sein, welche auf Bundesebene die Zusammenarbeit der verschiedenen Sozialversicherungszweige sicherstellen sollte. Die Stiftung sollte zentrale Präventionsziele formulieren und Standards zur Durchführung der Maßnahmen erarbeiten. Grundsätzlich erfolgte eine Orientierung an Lebenswelten: Die Präventionsmaßnahmen sollten im konkreten Umfeld der Menschen (Kindergarten, Schule, Seniorenheim, Betrieb, Gemeinde) erfolgen.

Zweck des Gesetzes ist, Gesundheit, Lebensqualität, Selbstbestimmung und Arbeitsfähigkeit durch Aufklärung und Beratung, als auch durch Leistungen zur gesundheitlichen Prävention zu erhalten und zu stärken. Dem Auftreten von Krankheiten soll entgegengewirkt werden, dadurch Ein-

schränkungen, Behinderung und Pflegebedürftigkeit vermieden oder verzögert werden. Als Maßnahmen der primären Prävention sind Aufklärung über Fertigkeiten zum individuellen Umgang mit Gesundheitsrisiken, Unterstützung bei der Veränderung individueller gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und medizinische Maßnahmen zur Abwehr von Gesundheitsrisiken benannt. Im Bereich der sekundären Prävention sind Früherkennungsuntersuchungen und Aufklärung/Beratung über die Inanspruchnahme und den Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen genannt.

Für die Ebene der tertiären Prävention sollen u. a. Aufklärung/Beratung über Fertigkeiten zum Umgang mit gesundheitlichen Risiken, die sich aus Erkrankungen ergeben, Unterstützung bei der Entwicklung individueller Verhaltensweisen, um Krankheitsverschlimmerung zu verhüten sowie Folgeerkrankungen vorzubeugen, Krankenbehandlung, Rehabilitationsmaßnahmen, Förderung der Selbsthilfe und pflegerische Maßnahmen zur Erhaltung der persönlichen Leistungs-

fähigkeit erfolgen. Grundsätzlich wurde den Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention eine Vorrangstellung vor Leistungen zur Besserung und Wiederherstellung der Gesundheit eingeräumt. Als Leistungserbringer für Präventionsmaßnahmen wurden neben den Institutionen der gesetzlichen Sozialversicherung auch „geeignete, insbesondere ... freigemeinnützige oder private Einrichtungen und Dienste“ (ebd.) genannt.

Gesundheitsförderung als Gegenstand klinischer Sozialarbeit

Grundsätzlich ist die Einführung eines Präventionsgesetzes mit den oben skizzierten Ansätzen aus Sicht der klinischen Sozialarbeit zu begrüßen. Auch wenn die im Gesetz formulierten Präventionsmaßnahmen weiterhin an einem Modell individueller Risikofaktoren ausgerichtet sind und die eingeplanten Mittel, welche nicht einmal ein Prozent der Aufwendungen im Gesundheitsetat ausmachen, zu kurz gegriffen sind, stellt die Gesetzesinitiative einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung dar. Für die Klinische Sozialarbeit ergibt sich hier ein Betätigungsfeld, in dem Kernkompetenzen behandelnder sozialer Arbeit umgesetzt werden können.

Klinische Sozialarbeit verfügt mit ihrer spezifischen Fallwahrnehmung, dem Person-In-Environment-Ansatz (Pauls 2004, 74) über ein Konzept, welche gelingende Gesundheitsförderung ermöglicht, indem nicht nur individuelle Risikofaktoren und Ressourcen Berücksichtigung finden, sondern Variablen des sozialen Umfelds in die Interventionen mit einbezogen werden. Damit findet die Lebensweltorientierung, welche im Gesetzesentwurf postuliert wird, eine theoretisch-konzeptionelle Fundierung, welche eine verlässliche Evaluation der Präventionsmaßnahmen ermöglicht, indem individuelle, soziale und umgebungsstrukturelle Bedingungen benannt werden.

Zu kritisieren ist die weiterhin bestehende Risikofaktorenorientierung des Gesetzesentwurfes. Gesundheitsförderung ist mehr als die aktive Vermeidung von Risikofaktoren. Präventionsarbeit bedeutet die aktive Förderung protektiver Faktoren, wodurch neben die Prävention von Krankheit die Förderung des Gesundheitshandelns im Sinn einer Gesundheitsförderung getreten ist. Dieser Ansatz versteht

sich als emanzipatorischer und politischer Beitrag, der für ein selbstbestimmtes, an Empowerment-Prozessen orientiertes Gesundheitshandeln eintritt. Unter Bezugnahme auf das Salutogenesekonzept (Antonovsky 1997) kann die Klinische Sozialarbeit hier einen handlungswissenschaftlichen Beitrag zur aktiven Förderung gesundheitsfördernder - salutogener - Faktoren in der Gesundheitsförderung leisten, wobei die Benennung psychosozialer Schutzfaktoren im Mittelpunkt steht. Das Salutogenese-Konzept weist mit seinem Kernkonstrukt, dem Kohärenzgefühl (SOC), eine theoretische Basis als Ansatzpunkt für Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderung auf. Antonovsky konstruierte den SOC als verlässliche, stabile Determinante von Gesundheit und Wohlbefinden (Wydler, Kolip & Abel 2000, 13). Das Ausmaß des SOC und damit seine Schutzfunktion entstehen im Sozialisationsprozess, bis etwa zum 30. Lebensjahr. In diesem Zusammenhang ist die Implementierung von Präventionsmaßnahmen im Elementarbereich, in der schulischen und beruflichen Ausbildung von großer Bedeutung.

Eine zusätzliche theoretische Vertiefung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist mit dem Modell der Lebensweisen möglich: hier wird der Fokus auf die individuellen Bedeutungen des Verhaltens im sozio-kulturellen Zusammenhang gelenkt, wobei gilt, dass Wohlbefinden nur im Kontext des Individuums zu verstehen ist. Dadurch wird Verhalten nach seiner funktionalen Bedeutung für eine Person, für deren individuelle Lebensgestaltung hinterfragt. Zum Beispiel können per se schädliche Verhaltensweisen, etwa das Rauchen bei Jugendlichen, in der Funktionsanalyse dahingehend gedeutet werden, dass es sich hier um Statusverhalten handelt, dass den Übergang in die Erwachsenenwelt markiert, in diesem Sinn „sinnvoll“ sein kann. Eine derartige Sichtweise ermöglicht die Anpassung von Präventionsprogrammen, etwa wenn „Anti-Raucher-Kampagnen“ in den Schulen zu kurz greifen und mit Hilfe des Lebensweisemodells ein differenzierterer Zugang zum Problem gegeben wird. Durch die mit dem Lebensweisemodell verbundene grundsätzliche Akzeptanz individueller Lebensstile, unabhängig von deren gesellschaftlicher Position, wird die Integration von Problemgruppen, welche

üblicherweise nicht durch Präventionsprogramme erreicht werden, ermöglicht. Dies kann dann auch ein - begrenzter - Beitrag zur Überwindung des Zusammenhangs von sozialer Benachteiligung und psycho-sozialen Gesundheitsrisiken (Zurhorst 2005) sein.

Ausblick

Zu fordern ist, dass das in der vergangenen Legislaturperiode auf den Weg gebrachte Präventionsgesetz von der großen Koalition weiter verfolgt und in Form eines Gesundheitsförderungsgesetzes auf den Weg gebracht wird. Der Gedanke einer Ressourcenförderung (Viehauser, 2000) und verbindlicher Strukturen für die Präventionsarbeit im Gesundheitsbereich könnte so endlich in eine verbindliche Form gebracht werden. Dabei muss berücksichtigt werden, dass Konzepte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention geschlechtsspezifische Erfordernisse angemessen zu berücksichtigen haben.

Die gesundheitsbezogene Selbsthilfebewegung leistet schon heute einen wichtigen Beitrag zur Ergänzung der Vorsorge im Gesundheitswesen, die beteiligten Selbsthilfegruppen und -organisationen sind an der Umsetzung des Präventionsgesetzes zu beteiligen. Generell sollte die Sicherstellung angemessener Forschungsprojekte zur Wirksamkeit der durchgeführten Präventionsmaßnahmen erfolgen. Die ursprünglich eingeplanten Haushaltsmittel in Höhe von 250 Mio. Euro werden dafür allerdings nicht ausreichen.

Literatur:

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.

Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim und München: Juventa.

Präventionsgesetz (Gesetzesentwurf) (2005). Online verfügbar unter: www.bmgs.bund.de/deu/gra/gesetze/ges_6.cfm

Viehauser, R. (2000). *Förderung salutogener Ressourcen. Entwicklung und Evaluation eines gesundheitspsychologischen Trainingsprogramms*. Regensburg: Roderer.

Wydler, H., Kolip, P. & Abel, Th. (Hrsg.) (2000). *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. Weinheim und München: Juventa

Zurhorst, G. (2005). Soziale Benachteiligung und psychosoziale Gesundheit. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 1(1), 4-6.

psychosozial

Herausgegeben von Helmut Becker, F. Berlin, Dieter Beckmann, Gießen, Irving Frenkel, Frankfurt, Harman Friedrich, Göttingen, Albrecht KRM, Gießen, Armin Osterbeck, Frankfurt, Hans-Heinrich Rabus, Gießen, Hans Starck, F. Wien, Andrea Schönbauer, Zürich, Richard Ulich, Zürich, Jörg Wild, Zürich, Hans-Rüdiger Wirth, Gießen, Jürgen Zimmer, Berlin

ISSN 0171-3434 • 28. Jahrgang • Nr. 101 • 2005 • Heft III



101

Schwerpunktthema:

Klinische Sozialarbeit – die Kunst psychosozialen Helfens

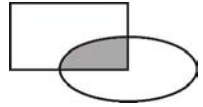
Herausgegeben von Uwe Klein

www.psychosozial-verlag.de

Psychosozial-Verlag

KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE FORSCHUNG UND PRAXIS



VORANKÜNDIGUNG

SONDERHEFT zum Themenschwerpunkt:

Klinische Sozialarbeit im Aufbruch – Kooperation zwischen Praxis und Hochschule

Themen:

- Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work
- Diagnostik, Beratung, Behandlung
- Internationale Anschlussfähigkeit: Bachelor und Master
- Sozialarbeitsforschung und Sozialarbeitswissenschaft
- Perspektiven Klinischer Sozialarbeit: Projekte und Kooperationsfelder

Das Sonderheft bündelt die Ergebnisse der Werkstatt-Tagung der ZKS (11/2005) und wird im März 2006 als elektronische Publikation unter www.klinische-sozialarbeit.de verfügbar sein.

ALICE SALOMON



FACHHOCHSCHULE BERLIN

University of Applied Sciences



fachhochschule
coburg

university of applied sciences

Berufsbegleitender Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit Master of Arts (MA)

Start des 5. Kurses im Sommersemester 2006

Klinische Sozialarbeit ist beratende und behandelnde Sozialarbeit. Sie wird ambulant, teilstationär und stationär in vielen sozialarbeiterischen Arbeitsfeldern erbracht, z.B. in Beratungsstellen, Vor- und Kernfeldern der Psychiatrie, in der Rehabilitation, in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe und der Krankenhaussozialarbeit.

Das Masterprogramm ist akkreditiert und qualifiziert für den Höheren Dienst.

- Theorien, Interventions- u. Forschungsmethoden
- psycho-soziale Beratung
- Sozialtherapie
- Krisenintervention
- Rehabilitation
- Case Management
- Qualitätssicherung
- Durchführung in 10 Blockveranstaltungen pro Jahr
- Befähigung zur klinisch-sozialen Arbeit
- Expertise in Beratung und Behandlung, praxisorientierter Forschung und systemischen Management-Kompetenzen
- International anerkannter Abschluss mit Promotionsmöglichkeit

Der neue Kurs beginnt zum Sommersemester 2006.

Bewerbungen sind ab sofort möglich.

Nähere Informationen finden Sie unter www.fh-coburg.de

Telefon: (09561) 317-116 (Frau Lämmrich)

Weitere Informationen zur Klinischen Sozialarbeit finden Sie unter www.klinische-sozialarbeit.de