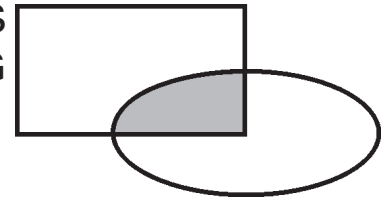


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



3. Jg. ■ Heft 3 ■ Juli 2007

Inhalt

Themenschwerpunkt: Klinische Sozialarbeit in Europa

- 3 Editorial
- 4 *Heinz Wilfing*
Klinische Sozialarbeit in Österreich
- 6 *Matthias Hüttemann, Klaus Fetscher und Beat Leuthold*
Klinische Sozialarbeit als forschungsbasierte Intervention
Internationale Perspektiven forschungsbasierter Praxis
und die Situation Klinischer Sozialarbeit in der Schweiz
- 10 *Brigitte Geißler-Piltz und Susanne Gerull*
Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
Subjektive Einschätzungen und Rahmenbedingungen professionellen Handelns
- 2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum
- 2 Tagungsankündigungen: TWG (Oktober, Berlin) und DGSP (November, München)

Herausgeber

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

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
SOZIALE ARBEIT



Forum für Wissenschaft und Praxis

Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

Klaus Fetscher

Dipl.-Sozialarbeiter, Dipl.-Sozialpädagogin (FH), Leiter der Sozialberatung Schweizerisches Epilepsie-Zentrum Zürich.

Email: klaus.fetscher@swissepil.ch

Brigitte Geißler-Piltz

Prof. für Sozialmedizin in der Sozialarbeit an der ASFH Berlin. Forschungsschwerpunkte u.a.: Klinische Sozialarbeit, psychosoziale Beratung und Intervention in der Sozialen Arbeit, Wissen und Expertise in der Sozialen Arbeit.

Email: geissler-piltz@asfh-berlin.de

Susanne Gerull

Selbstständige Sozialarbeiterin und Sozialwissenschaftlerin. Lehre (ASFH), Forschung und Projektberatung. Forschungsschwerpunkte u.a.: Sozialarbeitsforschung, Gemeinwesenarbeit.

Email: mail@susannegerull.de

Matthias Hüttemann

M.A., Wiss. Mitarbeiter am Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz.

Email: matthias.huettemann@fhnw.ch

Beat Leuthold

Diplom-Sozialarbeiter (FH), Diplom-Pflegefachmann. Leiter des Case Management bei der Firma Movis AG, Winterthur.

Email: beat.leuthold@movis.ch

Heinz Wilfing

Prof. und Leiter von Studiengängen der Sozialen Arbeit an der Fachhochschule FH-Campus Wien. Klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut. Forschungsschwerpunkte u.a.: Sozialarbeit im städtischen Raum, Sozialraumorientierte und Klinische Soziale Arbeit.

Email: heinz.wilfing@fh-campuswien.ac.at

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner
Fachhochschule München

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

Prof. Dr. Heike Dech
Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

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

Ankündigung: TWG-Tagung

“Fall - Prozess - Methode“

Interventionsstrategien im Beziehungsalltag der Therapeutischen Jugendwohngruppen

In therapeutischen Wohngruppen leben Jugendliche und junge Volljährige, die unter psychischen Beeinträchtigungen leiden. Der Beziehungsalltag im therapeutischen Milieu ist geprägt von vielfältigen Interventionsstrategien.

Wie gestaltet sich die konkrete Arbeit in den TWGs? Wie ist das Handeln organisiert und strukturiert? Welche verbindenden Bezugspunkte für die Arbeit mit sehr unterschiedlichen jungen Menschen gibt es? Welche unterschiedlichen Methoden oder Interventionsstrategien werden angewandt? Welche Wirkungen werden erlebt und welche Veränderungen erreicht?

Vor dem Hintergrund dieser Fragen möchte der AK der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin anknüpfend an die bisherigen Fachtagungen den fachlichen Diskurs mit Interessierten fortsetzen.

Vorträge: Claus-Peter Rosemeier (Koralle – therapeutische wohngruppen), Roland Schleiffer (Prof. für Heilpädagogische Psychiatrie an der Universität Köln), Silke Gahleitner (Prof. für Klinische Sozialarbeit an der ASFH Berlin).

Moderation: Thomas Girnth (Der Steg e.V.)

Arbeitsgruppen: Dialektisch-Behaviorale Therapie, Kunsttherapie, chronifizierte Angst/Verweigerung, Krisenintervention, Gruppenleben, Gewalt/Aggressionen, Kooperation Eltern/Personal.

Zeit: 24. Oktober 2007, 9.00 bis 16.30 Uhr

Ort: Haus der Kirche Berlin, Goethestraße 26-30, 10625 Berlin-Charlottenburg

Veranstalter: AK der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin

Kontakt: Ute Meybohm (info@ajb-berlin.de)

Ankündigung: DGSP-Jahrestagung

“Europa vor - rückt die Perspektiven – Ausblick und Visionen“

Mit dem Zusammenschluss der Binnenmärkte und der Gemeinschaftswährung Euro sind die einzelnen Länder der Europäischen Union bereits eng miteinander verflochten. Es ist ein Vereinigungsprozess in Gang gesetzt, dessen Ergebnisse wir im Bereich des Sozialen und insbesondere für die (Sozial-) Psychiatrie noch nicht so recht absehen können.

Im Jahr 2005 veröffentlichte die Europäische Kommission ein »Grünbuch« mit dem Titel: »Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union«.

Auf der Jahrestagung der DGSP werden namhafte internationale Experten zu Wort kommen, die die Bearbeitung der Themen **Gesundheit und Soziales auf europäischer Ebene** maßgeblich mitbegleitet haben. Zusammen mit Experten aus der Bundesrepublik und dem Publikum sollen in Vorträgen und Diskussionsveranstaltungen Antworten gegeben werden. Darüber hinaus werden

bereits existierende und gut funktionierende europäische »best practice«-Projekte vorgestellt.

Auch die Situation der psychiatrischen Versorgung in **Osteuropa** und die der Migrantinnen und **Migranten in Deutschland** wird Thema sein. Wünschenswert wäre, dass sich ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch und effektive Kooperationsstrukturen über die Tagung hinaus ergeben.

In **Schwerpunktforen** mit teils internationalen Gästen werden Themen wie Arbeit und psychische Gesundheit, Gender, Dialog, Zwangsbehandlung, Migration, Versorgungsforschung, europäische Geschichte und psychische Gesundheit sowie die Auswirkungen der europäisierten Hochschullandschaft auf die einschlägigen Gesundheits- und Sozialberufe im europäischen Kontext diskutiert.

Zeit: 1. bis 3. November 2007

Ort: Fachhochschule München, Am Stadtpark 20, 81243 München

Kontakt: DGSP-Bundesgeschäftsstelle (dgspp@net-cologne.de)

Impressum

Herausgeber:

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

Redaktionsteam:

Uwe Klein (Leitung)
Kirsten Becker-Bikowski
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
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Hohensteig 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@ipsig.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:

2250

Copyright:

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

Und einst, da sie an einem warmen aber trüben Morgen vors Tor hinausgingen, sagte I...., dies wäre gutes Wetter, davon zu gehen – und das Wetter schien auch so **reisemäßig, der Himmel so dicht auf der Erde liegend, die Gegenstände umher so dunkel, gleichsam als sollte die Aufmerksamkeit nur auf die Straße, die man wandern wollte, hingehftet werden.**“ (Karl Philipp Moritz 1998: 350)

Das Projekt einer Europäischen Sozialarbeit erfordert einen rekonstruktiven Blick – auf die politisch-gesellschaftliche Geschichte dieses Kontinents, seiner gesundheits- und sozialbezogenen Sicherungssysteme, der divergenten Entwicklungen von Sozialer Arbeit und nicht zuletzt auf die Menschen, die Bevölkerungsgruppen in ihrer schichtmäßigen Zugehörigkeit und ethnischen Diversität.

Soziale Arbeit in Europa ist von Beginn an mit einer internationalen Perspektive verbunden: Alice Salomon (1930/2004: 467ff.) weist auf den Internationalen Kongress für Armenpflege und Wohltätigkeit im Jahre 1853 hin, dem zahlreiche weitere internationale Begegnungen folgten. „Die Welt ist kleiner geworden“ (ebd.: 468), schreibt Salomon und benennt die Dimensionen einer fortschreitenden Vernetzung auf der Makro-, Meso- und Mikroebene.

„Diese Gedanken und Notwendigkeiten: Regelung der gegenseitigen Unterstützungsansprüche zwischen den Ländern, Erfahrungsaustausch zur Herbeiführung besserer Methoden in sozialer Arbeit, gemeinsame Förderung der Maßnahmen zur Vorbeugung von Notständen, gemeinsame Verantwortung gegenüber vorhandenen Nöten, Anbahnung friedlicher Beziehungen zwischen Sozialarbeitern der verschiedenen Völker haben allen internationalen Zusammenkünften und Vereinigungen für Armen- und Wohlfahrtspflege zugrunde gelegen.“ (Salomon 1930/2004: 468/469)

Die Schaffung eines gemeinsamen europäischen Hochschulraums durch den Bologna-Prozess unterstützt die Professionalisierung sowohl auf der Ebene der Sozialarbeitsforschung und –wissenschaft wie auch auf der Ebene des Lernens vor Ort – von Praktiker zu Praktiker.

Die Relevanz europaorientierter Forschung und Planung – individuum- und sozialraumorientiert – lässt sich auch entlang spezifischer Problemstellungen wie im Feld von mental health erkennen. Das „Green Paper on Mental Health“ zielt auf die Entwicklung einer EU-Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit.

„Die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Erkrankungen setzen an beim Einzelnen, in der Familie, in der Gemeinschaft und bei den sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit. Im Wesentlichen geht es hierbei darum, die Schutzfaktoren zu stärken (z.B. die Widerstandsfähigkeit) und Risikofaktoren abzubauen.“ (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2005: 9)

Die Beiträge dieser Ausgabe verdeutlichen entlang unterschiedlicher Thematiken mögliche Positionierungen Klinischer Sozialarbeit im europäischen Kontext.

In seinem Artikel „Klinische Sozialarbeit in Österreich“ zeichnet *Heinz Wilfing* den Bogen ihrer Entstehung aus sozialpsychiatrisch-tiefenpsychologischen Weiterbildungen bis hin zur Perspektive eines Master-Studiums auf die Wahlmöglichkeit zwischen individuumszentrierten und makrosozialen Vertiefungsrichtungen einen speziellen Weg beschritten, der von hoher Relevanz für das Selbstverständnis von Klinischer Sozialarbeit sein wird.

Matthias Hüttemann, Klaus Fetscher und Beat Leuthold reflektieren die „Klinische Sozialarbeit als forschungsbasierte Intervention“. Sie stellen heraus, dass eine evidenz-basierte Klinische Sozialarbeit einer eigenen, vom medizinischen Selbstverständnis sich unterscheidenden Ausrichtung bedarf, die den Prozess und den Inhalt von Interventionen berücksichtigt. Als wesentlich sehen die Autoren dabei auch die Bereitstellung einer Infrastruktur an, die eine zeitnahe und adäquate Vermittlung von Forschungsergebnissen in die Interventionspraxis und eine forschungsorientierte Bearbeitung praxisrelevanter Fragestellungen ermöglicht.

Brigitte Geißler-Piltz und Susanne Gerull stellen in ihrem Beitrag „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Subjektive Einschätzungen und Rahmenbedingungen professionellen Handelns“ vorläufige Ergebnisse einer komparativen europäischen Studie vor. Die Weiterentwicklung und Aufrechterhaltung von „Expertise“ verfügt den Ergebnissen der Studie zufolge nur bedingt über eine strukturelle Absicherung durch Supervision und kompetente Leitungsstrukturen. Dem entspricht die Forderung nach einer „research-mindedness“ sowohl bei Praktikern wie auch Lehrenden, die ihren Ursprung und ihre Verankerung in entsprechenden Ausbildungsbedingungen an den Hochschulen finden sollte.

„Man kann auch von der Erkenntnis ausgehen, daß bessere Methoden und klarere Grundsätze für die Wohlfahrtspflege erarbeitet werden müssen, daß internationale Zusammenkünfte und Organisationen dazu beitragen können, die Wissenschaft von der sozialen Arbeit zu fördern und dadurch eine besser begründete Wohlfahrtsarbeit herbeizuführen. Man kann sie als ein Mittel werten, um einer großen Zahl von Sozialarbeitern im Erfahrungsaustausch Kenntnis von den Methoden anderer Länder zu geben und daran den Wert der eigenen Methoden zu messen und zu prüfen.“ (Salomon 1930/2004: 467)

Für die Redaktion: Uwe Klein

Literatur

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2005). Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der europäischen Union. Brüssel: Europäische Gemeinschaft. Online verfügbar: www.eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2005/com2005_0484d_e01.pdf.

Moritz, K.P. (1998). Anton Reiser. Ein psychologischer Roman. Frankfurt: Insel.

Salomon, A. (1930/2004). Warum internationale Wohlfahrtspflege notwendig ist. In A. Salomon, Frauenemanzipation und soziale Verantwortung. Schriften. Bd. 3: 1919-1948 (S. 467-472). Neuwied: Luchterhand 2004. (Original 1930.)

Links zum Bologna-Prozess

www.eu.daad.de/eu/bologna/06970.html

www.bmbf.de/de/3336.php

www.hrk.de/bologna/de/home/1916.php

Weiterführende Literatur

Hamburger, F., Hirschler, S., Sander, D. & Wöbcke, M. (Hg.) (2004). Ausbildung für soziale Berufe in Europa. Bd 1. Mit Beiträgen über Island, Estland, Litauen, Großbritannien, Deutschland, Österreich, Serbien, Türkei und Portugal. Frankfurt: ISS.

Hamburger, F., Hirschler, S., Sander, G. & Wöbcke, M. (Hg.) (2005). Ausbildung für soziale Berufe in Europa. Bd 2. Mit Beiträgen über Norwegen, Schweden, Irland, Dänemark, Lettland, Polen, Slowakei, Kroatien, Bulgarien, Mazedonien, Griechenland und Spanien. Frankfurt: ISS.

Hamburger, F., Hirschler, S., Sander, G. & Wöbcke, M. (Hg.) (2005). Ausbildung für soziale Berufe in Europa. Bd 3. Mit Beiträgen über Finnland, Russland, Belgien (Flandern), Frankreich, Luxemburg, Tschechien, Ukraine, Ungarn, Rumänien, Moldawien, Lichtenstein. Frankfurt: ISS.

Hamburger, F., Hirschler, S., Sander, G. & Wöbcke, M. (Hg.) (2007). Ausbildung für soziale Berufe in Europa. Bd 4. Mit Beiträgen über Niederlande, Belgien (Wallonien), Schweiz, Italien (einschl. San Marino und Vatikanstaat), Slowenien, Bosnien-Herzegowina, Weißrussland, Monaco, Andorra, Malta, Zypern. Frankfurt: ISS-Eigenverlag

Klinische Sozialarbeit in Österreich

Heinz Wilfing

Fachhistorische Aspekte

Die „Österreichische Gesellschaft für psychische Hygiene“ veranstaltete zwischen 1970 und 1980 regelmäßig „Fachkurse für Vertiefte Einzelfallhilfe und psychiatrische Fürsorge“, welche sich gezielt an SozialarbeiterInnen wendeten und in intensiver Form eine Qualifikation als (damals noch nicht gendergerecht) „psychiatrisch geschulter Sozialarbeiter“ vermittelte. Innerhalb der sozialarbeiterischen Berufsgruppe wurde diese Ausbildung salopp als „psychiatrischer Kurs“ bezeichnet, sie genoss aber hohe Anerkennung, was auch daran zu sehen war, dass teilnehmende SozialarbeiterInnen dafür in der Regel für ein halbes Jahr bei vollen Bezügen vom Dienst freigestellt wurden.

Leiter dieser Kurse war der damals prominente Sozialpsychiater Hans Strotzka, der die Bedeutung der Sozialarbeit im Kontext der psychosozialen Versorgung in seinen Vorlesungen und Schriften stets betont hatte und mit dieser Position nicht immer den Beifall seiner ärztlichen FachkollegInnen gefunden hatte (Strotzka & Czerwenka-Wenkstetten 1995), aber in Österreich damit ein Berufsbild und eine Funktion der klinischen Sozialarbeit praktisch begründet hatte. Die Ausbildung fand am Institut für Tiefenpsychologie und Psychotherapie der Universität Wien statt, wies damit wohl einen sozialpsychiatrischen Fokus auf, der dort vertretene Gesundheitsbegriff war aber ein durchaus umfassender, so dass eine vielfältige klinische Einsetzbarkeit der AbsolventInnen erreicht werden konnte. Die Sozialarbeiterin Elfriede Montag war als wissenschaftliche Mitarbeiterin dieses Universitätsinstituts mit Organisation und curricularer Planung der Fachkurse betraut.

In der Folgezeit entwickelte sich die klinische Sozialarbeit in Österreich eher spontan und nicht in Form einer strukturierten Ausbildung mit präzise abgegrenzter Identität, wenngleich eine Reihe von SozialarbeiterInnen Funktionen ausübten, die einer solchen Spezialisierung durchaus entsprechen. SozialarbeiterInnen in Krankenanstalten, in ambulanten wie stationären psychiatrischen Einrichtungen, im öffentlichen Gesundheitsdienst, in der Geriatrie, in sozialpädagogischen und sozialtherapeutischen Einrichtungen, in der „child guidance“, der Familien- bzw. Paarberatung (auch „Scheidungsberatung“), im Umgang mit delinquenten KlientInnen

und deren Opfern und vielen anderen mehr. Versuche der Etablierung einer professionellen Identität über berufspolitische Initiativen klinischer SozialarbeiterInnen (BIKS) hat es gegeben, doch kam es dabei zu Konflikten mit dem Österreichischen Berufsverband Diplomierter SozialarbeiterInnen (ÖBDS) der dies als Spaltungstendenz kritisierte und mit dem Ausschluss drohte.

Der Begriff sozialarbeiterischer Behandlung bzw. auch eine therapeutische Bildung der SozialarbeiterInnen wird seit Jahrzehnten thematisiert (Eberhard 1977), allerdings hat sich der Begriff des „Klinischen“ weit über den ursprünglichen Kontext der Krankenanstalt hinaus erweitert, so ist auch das Begleiten von chronisch kranken KlientInnen und ihren Familien ein relevanter Ansatz (vgl. Spreng 2007).

Berufspolitischer Kontext

In diesem Zusammenhang ist wesentlich zu erwähnen, dass in Österreich die Grenzen zwischen Sozialer Arbeit und verschiedenen therapeutischen Ansätzen weniger deutlich markiert sind als in Deutschland, wo die gesetzlichen Bestimmungen etwa für psychotherapeutische Tätigkeit sowohl hinsichtlich der Methoden als auch der dazu berechtigten Berufsgruppen relativ enge Grenzen setzen. Das österreichische Psychotherapiegesetz verlangt wohl eine regulierte und aufwändige Ausbildung und anerkennt auch nur eine Reihe ausgewählter Methoden der Psychotherapie (derzeit wird über die Zulassung körpertherapeutischer Ansätze verhandelt, welche bislang gleichsam illegalisiert praktiziert werden mussten), als Quellenberuf für die Zulassung zu psychotherapeutischer Ausbildung und Praxis wird aber unter anderen die Sozialarbeit im Gesetz explizit angeführt. Diese Situation führt im Übrigen dazu, dass fallweise deutsche PsychotherapeutInnen ohne medizinischen oder psychologischen Grundberuf nach Österreich „flüchten“, um den ersehnten Beruf hier ausüben zu können, ähnlich wie Medizin- und PsychologiestudentInnen an österreichischen Universitäten dem deutschen Numerus Clausus zu entgehen trachten, auch für das Studium der Sozialen Arbeit gibt es vielfach deutsche BewerberInnen.

Viele SozialarbeiterInnen in Österreich verfügen daher über die Berechtigung zur Ausübung der Psychothe-

rapie, arbeiten damit in freier Praxis, sind aber auch in psychosozialen und sozialtherapeutischen Kontexten tätig, in denen diese Berechtigung als Bonus, wenn nicht mitunter als Voraussetzung für die Aufnahme gegolten hatte. Diese SozialarbeiterInnen weisen durchaus ein Selbstverständnis als „Klinische“ auf, weitgehend trifft das wohl auch zu, wenngleich sich klinische Sozialarbeit heute doch wesentlich erweitert hat und als fachliche Schwerpunktsetzung innerhalb des sozialarbeitswissenschaftlichen Spektrums definiert werden muss und nicht eigentlich als „Umstieg“ in eine zwar verwandte, letztlich aber eigenständig andere Disziplin, als die sich die Psychotherapiewissenschaft zunehmend versteht. Sohin besteht durchaus Bedarf nach weiterer Profilierung der „klinischen Sozialarbeit“ als eigenständige und von anderen Disziplinen abgegrenzte Fachlichkeit.

Eine für Oktober 2007 geplante Tagung an der Wagner-Jauregg Klinik in Linz: „40 Jahre Klinische Sozialarbeit“ wird dazu einen Beitrag leisten, dabei wird auch eine Evaluierungsstudie klinischer Sozialarbeit durch PatientInnen und andere BerufsrollenträgerInnen des Teams dieser Psychiatrischen Klinik präsentiert (www.gespag.at).

Exemplarische Tätigkeitsfelder

Eine wesentliche Entwicklungslinie der klinischen Sozialarbeit ist die in Wien geplante Optimierung des Entlassungsmanagements aus stationärer Behandlung, dafür werden spezifische units an den Krankenanstalten eingerichtet, die multidisziplinär konzipiert sind und in denen die klinische Sozialarbeit als wesentlicher Quellenberuf vertreten sein wird (Krajcic et al. 2007).

Als Schwerpunkt klinischer sozialer Arbeit in Österreich ist die Spezialisierung auf „non compliance“ bzw. auch „hard to reach“ KlientInnen anzusehen. Es geht dabei auch um den Bereich devianten KlientInnenverhaltens, eine forensische Thematik, die vielleicht nicht a priori als helfende Aktivität von SozialarbeiterInnen anerkannt werden mag, allerdings umfassende methodische Qualifikationen erfordert, zumal damit auch ein Schutz- und Sicherheitsbedürfnis dritter Personen Rechnung getragen werden muss. Kinderschutz und Opferhilfe etwa sind hier involviert (Gumpinger 2001; Kähler 2005). Beratung und Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter gehören

zu den frühen sozialklinischen Initiativen in Österreich (www.hpe.at), die „HPE“ stellt ein partizipatives Modell der Kooperation Betroffener mit klinischen SozialarbeiterInnen dar, das den Angehörigen einerseits Stütze und Beratung bietet, zum anderen aber auch die Autonomie der IndexklientInnen fördert und somit sozialmethodisch „praktische“ mit psychotherapienahen – in diesem Kontext systemischen – Interventionsformen verbindet (Bastian 2007; Müller-Schlotmann, 2007).

Das Master-Studium „Sozialraumorientierte und Klinische Soziale Arbeit“

Ein innovativer Schritt ist nunmehr der Beginn eines spezifischen Master-Studiums der klinischen Sozialarbeit, ein bisher in Österreich nicht verfügbares akademisches Bildungsangebot. Es bestehen zwar eine Reihe von Master-Studien, die Bologna-Reform des Bildungswesens wird auch im Sozialbereich zügig umgesetzt (Wilfing 2005), die überwiegende Mehrheit solcher Studien ist allerdings dem „Sozialmanagement“ oder ähnlichen, primär betriebswirtschaftlich-sozioökonomischen Themenbereichen gewidmet. Die Planung eines Master-Studiums der klinischen Sozialarbeit erfolgte daher wohl in erster Linie zur Deckung eines personellen Bedarfs, wie er empirisch erhoben worden war (Mayrhofer & Raab-Steiner 2007), es sollte jedoch auch für sozialarbeitswissenschaftliche und klientInnenbezogene Ansätze im engeren Sinne eine akademische Höherqualifizierung im Rahmen des gestuften Bildungssystems angeboten werden. Durch die Wahlmöglichkeit zwischen den Vertiefungsrichtungen:

„Sozialraum und Klinik“ wurde eine Integration individuozentrierter und makrosozialer Ansätze sowie ein breites wissenschaftliches Spektrum ermöglicht, aufbauend auf dem „Master“ kann auch ein Dissertationsstudium aufgenommen und eine Promotion erreicht werden. Mit einer entsprechenden employability der AbsolventInnen kann gerechnet werden.

Im Rahmen von „ERASMUS - life long learning“ bestehen Kontakte zu Studienprogrammen klinischer Sozialarbeit verschiedener Hochschulen, mit den Fachhochschulen ASFH und KHS in Berlin und der Fachhochschule Coburg oder auch mit der „Gesundheitssozialarbeit“ an den Universitäten Ostrava (Zdravotne socialni fakulta) und Zaragoza (estudios sociales - Trabajo Social y Salud), bei der Durchführung des Studiums sind mehrfache Austauschaktivitäten geplant.

Erwartet wird die Einsetzbarkeit klinischer SozialarbeiterInnen (Master of Arts in Social Sciences) in leitender oder Stabsstellenfunktion und als SpezialistInnen in vertiefter KlientInnenarbeit, auch auf freiberuflicher Basis, sozialtherapeutische Betreuung und „behandelnde“ Interventionen stehen dabei im Vordergrund. Wichtige Bereiche sind Planungs- und Entwicklungsarbeit bei gesundheitspräventiven Projekten, in der Lehre und Weiterbildung wie in der sozialen Diagnostik. Hinweise und Erläuterungen zum Studienangebot können der Hochschulwebsite (www.fh-campuswien.ac.at) entnommen werden.

Im internationalen Vergleich ist hier von einem österreichischen Nachvollzug in zeitlicher Hinsicht, nicht aber von einer Nachahmung zu sprechen. Vor-

erst in Wien und Vorarlberg soll für die Disziplin „Klinische Soziale Arbeit“ eine höherwertige akademische Ausbildung und eine diesbezügliche Lehr- und Forschungstradition begründet werden. Inhaltlich soll durch dieses Studium die soziale Dimension der Gesundheit repräsentiert und die „dritte Säule der Gesundheit“ im Sinne der WHO Definition neben Medizin und Psychologie bildungsmäßig gesichert und weiterentwickelt werden.

Literatur

- Bastian, P. (2007). Vom Sündenbock zum Partner – Angehörigen professionell begegnen. *hpe-Kontakt*, 1, 1417.
- Eberhard, K. (1977). Therapeutische Ausbildung in den Fachhochschulen für Sozialarbeit/ Sozialpädagogik. In N. Hoffmann (Hg.), *Therapeutische Methoden in der Sozialarbeit* (S. 173-189). Salzburg: Müller.
- Gumpinger, M. (2001). *Soziale Arbeit mit unfreiwilligen KlientInnen*. Linz: Pro mente.
- Kähler, H.D. (2005) *Soziale Arbeit in Zwangskontexten*. München: Reinhardt.
- Krajic, K. et al. (2007). *Indirektes Entlassungsmanagement*. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.
- Mayrhofer, H. & Raab-Steiner, E. (2007). *Wissens- und Kompetenzprofile von SozialarbeiterInnen*. Wien: Dep. Soziale Arbeit, FH Campus.
- Müller-Schlotmann, R. (2007). Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern. *Familiendynamik*, 32, 4-16.
- Spreng, G. (2007). Klinische Sozialarbeit bei chronischer Erkrankung. *Sozialmagazin*, 32 (4/4), 41-45.
- Strotzka, H. & Czerwenka-Wenkstetten, G. (1995). Wandel der klinischen Erscheinungsform psychischer Erkrankungen. Konsequenzen für Ausbildung, Berufsbildung und Supervision von Sozialarbeitern. In H. Wilfing (Hg.), *Konturen der Sozialarbeit*. Wien: WUV.
- Wilfing, H. (2005). Zur Ausbildung in Österreich – Evidence based social work. *Soziale Arbeit*, 5-6, 202-208.

ANZEIGE

Buchtipps Sozialarbeit



Frederick Rotgers / Michael Maniaci (Hrsg.)
Die antisoziale Persönlichkeitsstörung
 Therapien im Vergleich: Ein Praxisführer

Mit einer Einführung von Franz Petermann.
 Aus dem Englischen übersetzt von Sandra Winkel.
 2007. S. 272, Abb., Kt
 € 29,95 / CHF 48,90
 ISBN 978-3-456-84403-9

Lange Zeit glaubte man, dass die antisoziale Persönlichkeitsstörung (APS) nur schwer oder gar nicht behandelbar sei. Aufgrund neuerer Entwicklungen in Forschung und Praxis hat sich diese Sichtweise jedoch geändert. Im vorliegenden Buch stellen Experten ihre jeweiligen Behandlungsweisen vor.



Thomas Maier / Ulrich Schnyder (Hrsg.)
Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern
 Ein praktisches Handbuch

Mit einem Vorwort von Norman Sartorius.
 2007. 283 S., 13 Abb., 5 Tab., Kt
 € 29,95 / CHF 48,90
 ISBN 978-3-456-84405-3

Dies ist das erste deutschsprachige Fachbuch zum Thema «Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern». Diese komplexe und anspruchsvolle Patientengruppe wird aufgrund zunehmender weltweiter Migration immer wichtiger und beschäftigt längst nicht mehr nur spezialisierte Institutionen.

HUBER

www.verlag-hanshuber.com

Klinische Sozialarbeit als forschungsbasierte Intervention

Internationale Perspektiven forschungsbasierter Praxis und die Situation Klinischer Sozialarbeit in der Schweiz

Matthias Hüttemann, Klaus Fetscher und Beat Leuthold

Klinische Professionalität muss sich in konkreten Handlungssituationen bewähren. Von klinisch arbeitenden Fachkräften Sozialer Arbeit wird erwartet, dass sie ihr Wissen und Können in „direkter Praxis“ (Allen-Meaers & Garvin 2000) kompetent zum Wohle der Leistungsnutzerinnen und -nutzer einsetzen. Darüber hinaus wird zunehmend erwartet, dass die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit von psychosozialen Interventionen ausgewiesen werden kann: „Nur auf der Basis empirischer Nachweise wird gegenüber Kostenträgern, politischen Gremien und der Öffentlichkeit die Bedeutung Klinischer Sozialarbeit in absehbarer Zukunft vermittelbar sein.“ (Pauls 2004: 29) Evaluations- und Wirkungsforschung gewinnt demnach an Bedeutung. Die *Clinical Social Work* kann bereits auf einen großen Bestand an relevanter Forschung zurückgreifen. Mit der Internationalisierung der Sozialen Arbeit und dem Anwachsen des Wissenskorporus auch im deutschsprachigen Raum muss neben der Produktion auch die Rezeption von Forschung thematisiert werden.

Professionelle haben die Pflicht, nach bestem Wissen und Gewissen zu handeln. Das impliziert die Forderung, die beste verfügbare Wissensbasis zu ermitteln und zur Verfügung zu stellen. Das gilt speziell für Fachkräfte klinischer Sozialarbeit, die in besonders schwierigen Beziehungs- und Behandlungskontexten tätig sind. Eine unzureichende oder fehlerhafte Wissensbasis kann buchstäblich zu einer Frage von Leben und Tod werden. Nutzerinnen und Nutzer haben das Recht, über die verschiedenen Behandlungsoptionen informiert zu werden und eine Auswahl treffen zu können. Nur auf dieser Grundlage ist eine informierte Übereinstimmung (informed consent) über die Behandlung möglich. Damit Forschungsergebnisse tatsächlich zur Optimierung der Praxis beitragen, sind Infrastrukturen und Kompetenzen zur Nutzung von Forschungswissen erforderlich. Eine Option, auf das Wachstum des Wissens sowie dessen technische Verfügbarkeit zu reagieren, wurde im Modell *Evidence-based Practice* (EBP) formuliert. In der Medizin entstanden, breitete sich EBP bald auf den gesamten Gesundheitssektor aus und

hat spätestens mit dem Erscheinen des *Journal of Evidence-Based Social Work*¹ im Jahr 2004 auch die Soziale Arbeit erreicht. In diesem Beitrag wird das Modell EBP knapp skizziert, die Bedeutung für die klinische Sozialarbeit diskutiert und ein Programm forschungsbasierter Interventionsentwicklung an der Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) vorgestellt. Abschließend wird die Klinische Sozialarbeit in der Schweiz in Ausblick genommen.

Das Modell evidenzbasierter Praxis

EBP hat historisch mehrere Ursprünge, etwa wegweisende Arbeiten des Epidemiologen Archibald Cochrane, des Namensgebers der „Cochrane Collaboration“ (www.cochrane.org), und der Forschungsgruppe um David L. Sackett, welche die meist zitierten Definitionen von EBP in der Medizin verfasst haben.² EBP ist aber nur verständlich vor dem Hintergrund des rapiden Anwachsens der wissenschaftlichen Informationen und deren Verfügbarkeit in elektronischen Literaturdatenbanken (Lauterbach & Schrappe 2004). Liegen zu einem Thema der Forschung mehrere Studien vor, besteht die Notwendigkeit, Forschungsergebnisse zusammenzuführen und durch eine systematische Analyse zu einer Entscheidung über die Grundlage für die Praxis im jeweiligen Handlungsfeld zu gelangen. Insbesondere in der Medizin wird EBP bereits seit vielen Jahren thematisiert und partiell umgesetzt. Die explosionsartige Vermehrung von Wissen gilt zunehmend aber nicht mehr nur für die Medizin, sondern betrifft auch andere Health Professionals, etwa aus Public Health, Pflege, Psychologie und Sozialer Arbeit. Im anglophonen und skandinavischen Raum erfolgt in der Sozialen Arbeit seit einigen Jahren verstärkt eine Hinwendung zu evidenzbasierter Praxis. EBP wird im internationalen Vergleich recht unterschiedlich gesehen, aber auch innerhalb der Länder zeichnet sich die Auseinandersetzung mit EBP durch Vielstimmigkeit aus (Gambrill 2006; Sommerfeld 2005). Für die Kritik an der EBP gilt ebenso, dass

unterschiedliche Aspekte akzentuiert werden (vgl. Hüttemann & Sommerfeld 2006).

In der Konzeptualisierung sowie in der Bewegung EBP gibt es problematische Momente, aber auch Aspekte, deren Aneignung einen wichtigen Beitrag zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit leisten kann. Zunächst werden einige Kritikpunkte formuliert, bevor ausgeführt wird, welche nützlichen Elemente EBP hat bzw. haben könnte. Die Hierarchisierung von Forschung in levels of evidence (1. *Systematic Reviews/Meta-Analyses*; 2. *Randomized Controlled Trials*; 3. *Quasi-Experimental Studies*; 4. *Case-Control and Cohort Studies*; 5. *Pre-Experimental Group Studies*; 6. *Surveys*; 7. *Qualitative Studies*), die in der Erstausgabe des *Journal of Evidence-based Social Work* deklariert wurde (McNeece & Thyer 2004: 10), wurde aus der Medizin entlehnt und kann in dieser Form nicht auf die Soziale Arbeit übertragen werden. Die Angemessenheit der Methode wird durch den Gegenstand bestimmt. Für Medizin und Soziale Arbeit kann jedoch nicht der gleiche Gegenstandsbereich unterstellt werden. Problematisch wäre auch eine einseitige Outcome-Orientierung. Outcome-Orientierung wird häufig als Kennzeichen evidenzbasierter Praxis benannt: Programme, die sich in „harter“ Forschung als wirksam erwiesen haben, werden als maßgebliche Grundlage der Interventionspraxis betrachtet. Gegenüber den erzielten Effekten werden Hypothesen über Wirkungsmechanismen von Interventionen vernachlässigt. Ohne Hypothesen über Wirkmechanismen kann in unübersichtlichen Situationen nicht sozialprofessionell gehandelt werden. Die realen Kontextbedingungen, in denen soziale Interventionen durchgeführt werden, sind variabel und können kaum in jedem Fall stabil gehalten werden. Prozess und Inhalt einer Intervention dürfen nicht zu Gunsten des Ergebnisses vernachlässigt werden. Was ebenfalls differenzierter verstanden werden muss, ist das Verhältnis von Wissenschaft und Praxis. Eine Annäherung von Forschenden und praktisch tätigen Fachkräften bis hin zu deren Identität wird als erstrebenswertes und realistisches Ziel an-

gesehen (Mullen, Bellamy & Bledsoe 2007). Wissenschaftliches Wissen verändert sich aber durch Applikation im Berufsfeld. Die unterschiedlichen Anforderungen von Wissenschaft und Praxis erfordern Differenzierung und Arbeitsteilung. Daher wird auch die Personalunion von Wissenschaftler und Praktiker eher die Ausnahme als die Regel bleiben, wenngleich eine Verbesserung der wechselseitigen Bezugnahme von Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit durchaus notwendig, wünschenswert und chancenreich ist.

Zu den sachlich gut begründbaren Forderungen der EBP zählt die Nutzung von Forschung. In den letzten Jahren hat der Umfang empirischer Evidenz in der Sozialen Arbeit kräftig zugenommen. Resultate empirischer Forschung zu rezipieren und auf die Praxis zu beziehen, müsste tatsächlich schneller und systematischer als bisher geschehen, um im Interesse der Nutzerinnen und Nutzer nicht hinter dem *state of the art* zurückzubleiben und im Vergleich mit angrenzenden Professionen Schritt zu halten. In Bezug auf die Forschungsnutzung kann zwischen einer Mikro-Ebene der fallbezogenen Hilfe, einer Meso-Ebene der Praxis von Hilfeagenturen und einer Makro-Ebene der politischen Entscheidungsfindung unterschieden werden. Ob der EBP-Prozess in vergleichbarer Weise auf allen Ebenen methodisiert werden kann, muss bezweifelt werden. Mindestens aber für die fallbezogene Arbeit kann die Konzeptualisierung einer Schrittfolge des Hilfeprozesses eine nützliche Orientierung bieten:

1. „Klärung der professionellen Aufgabe,
2. Formulierung einer präzisen Frage mit praktischer Relevanz,
3. Recherche nach relevantem Forschungswissen auf der Grundlage der jeweiligen Fragestellung,
4. Kritische Beurteilung der gefundenen Erkenntnisse hinsichtlich Validität und praktischer Relevanz (Anwendbarkeit),
5. Implementierung der besten verfügbaren Evidence in die Praxis
6. Evaluation der Wirkung.“ (Meng 2006: 96)

Im Vergleich mit anderen Prozessmodellen wie beispielsweise dem Case Management weist dieses Modell durchaus Parallelen auf, zeichnet sich aber durch den systematischen Bezug zu Forschungswissen aus. Insbesondere dem Vorgang, eine beantwortbare Frage zu formulieren und Forschungswissen zu suchen („Client Oriented Practical Evidence Search“), wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt (Gibbs 2003). Die Nutzung der besten verfügbaren Evidenz wird in EBP zu Recht als ethische Verpflichtung

aufgefasst. Es ist prinzipiell auch unstrittig, dass Nutzerinnen und Nutzer sozialer Dienstleistungen Anspruch auf möglichst aktuelle und vollständige Informationen haben, sofern dadurch ein Beitrag zur Verbesserung ihrer Situation erwartbar ist.

Bedeutung evidenzbasierter Praxis für die Klinische Sozialarbeit

Das bio-psycho-soziale Verständnis von Gesundheit bildet die Grundlage klinischer Sozialarbeit. Als Fachdisziplin im Gesundheits- und Sozialwesen ist die Klinische Sozialarbeit mit der Aufgabenstellung psychosozialer Beratung, Sozialtherapie und Krisenintervention befasst (Geissler-Piltz, Mühlem & Pauls 2005). Die Diskussion um EBP hat insbesondere für den wissenschaftlichen Anteil der Fachlichkeit Bedeutung. Die Halbwertszeit jeglichen Forschungswissens verringert sich rapide. Neben Aus- und Weiterbildung, Supervision und kollegialer Beratung bieten Online-Ressourcen und elektronische Datenbanken eine Form der informationellen Unterstützung, die durch andere Quellen zunehmend weniger kompensiert werden kann. Über eine forschungsfreundliche Kultur und die Kompetenz zur Forschungsnutzung hinaus wird es zukünftig einer verbesserten Infrastruktur bedürfen, die systematisches

Reviewing und die Verbreitung von Forschungsergebnissen bereitstellt, sowie der technischen und organisatorischen Voraussetzungen, die Professionellen den Zugang dazu ermöglichen. Die Interventionspraxis im klinischen Kontext Sozialer Arbeit muss fortwährend durch den Stand der Forschung aktualisiert werden können. Die Kenntnis der empirischen Interventions- und Wirkungsforschung allein reicht natürlich nicht aus. Es ist profunde berufspraktische Expertise erforderlich, damit „Kliniker“ in den realen Alltagsbedingungen kompetent handeln können. Darüber hinaus muss sich eine soziale Dienstleistung daran messen lassen, inwieweit den Wünschen, Erwartungen und Werten der Nutzerinnen und Nutzer entsprochen wird. Damit sind die Grundkomponenten evidenzbasierter Praxis benannt (vgl. Abbildung 1). Um *best practice* zu erzielen, sind alle Komponenten gleichermaßen zu berücksichtigen.

Forschungsbasierte Interventionsentwicklung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass nicht alle Aspekte der EBP neu sind, aber neue Gewichtungen insbesondere der Relevanz empirischer Forschung für die Praxis erfolgen. Von EBP können wertvolle Impulse für die klinische Sozialarbeit ausgehen. Kritische Aspekte der EBP sind

ANZEIGE

AUSBILDUNG ZUM KINDER- UND JUGENDLICHEN-PSYCHOTHERAPEUTEN

Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Heidelberg e.V.

- Staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut der VAKJP
- Erwerb der Approbation
- Erwerb zweier Fachkundenachweise (in analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) in verkammerter Ausbildung



Zugelassen werden:

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pädagogen, Heilpädagogen, Erziehungswissenschaftler und Psychologen.
Die Ausbildung kann berufsbegleitend absolviert werden und dauert ca. 5 Jahre.

Nähere Informationen unter www.akjp-hd.de

klar zu benennen, können dann zu Modifikationen führen und für die weitere Modellbildung fruchtbar gemacht werden. Beispielsweise wird das Verhältnis von Wissenschaft und professioneller Praxis in EBP nicht selten unterkomplex im Sinne einer „naiven Transfermentalität“ (Dewe, Ferchhoff & Radtke 1992) konzeptualisiert. Austauschprozesse zwischen Wissenschaft und Praxis können realistischer als Kooperation unterschiedlicher sozialer Systeme beschrieben werden, die zu Innovationen und einer Erhöhung der Problemlösungskapazität führen können. Ein solcher Ansatz kooperativer Wissensbildung wird derzeit in einem F&E-Programm der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW in mehreren Projekten in jeweils unterschiedlichen Handlungsfeldern Sozialer Arbeit zugleich erprobt und erforscht. Das Programm zielt darauf, das Verfahren *forschungsbasierter Interventionsentwicklung* systematisch zu überprüfen und im Hinblick auf seine Bewährung für Prozesse sozialer Innovation zu untersuchen (vgl. Gredig 2005). Der konzeptionelle Rahmen des Programms, der hier nur in abgekürzter Form skizziert werden kann, sieht vor, dass Kooperationspartner aus Wissenschaft, Praxis und ggf. aus anderen Bereichen projektbezogen zusammenarbeiten, um ein innovatives Interventionskonzept zu entwickeln. Die gemeinsame Konzeptentwicklung erfolgt auf der Grundlage des relevanten Forschungswissens. Ziel ist, einen höheren Grad der Problembewältigung zu erzielen. Zu diesem gemeinsamen Interesse haben verschiedene Akteure einen spezifischen Zugang. Das Projektteam zeichnet sich also potentiell durch Heterogenität aus, was Ko-Produktion im Hinblick auf Problemlösungsstrategien erfordert. Auch die jeweils beteiligten Organisationen sind zu berücksichtigen. Die planvoll gestaltete Interventionsentwicklung arbeitet mit dem und ggf. auch an dem gegebenen organisationalen Kontext. Dadurch wird verhindert, dass das Interventionskonzept ein Artefakt wird, das durch aufwändige Kontrollmechanismen abgesichert werden muss (Rüegg-Stürm 2001). Nicht zuletzt wird der Versuch unternommen, Nutzerinnen und Nutzer bzw. ihre Vertretungen am Projektteam zu beteiligen. Zu Recht wird international zunehmend die Forderung erhoben, Nutzerinnen und Nutzer personenbezogener Dienstleistungen an Forschung und Entwicklung zu beteiligen, die in ihrem Interesse stattfindet. Im Folgenden werden zwei Teilprojekte, in welchen das Verfahren forschungsbasierter Interventionsentwicklung derzeit erprobt wird, kurz vorgestellt:

Das Projekt „Bodyguard“ – Gesundheitsförderung & HIV/AIDS Präven-

tion im Betrieb bei Männern“ wird in Kooperation mit den Aidshilfen der Kantone Zug, Luzern und Schwyz sowie einem Industrieunternehmen durchgeführt. Ausgehend von den Erkenntnissen zu Prädiktoren des HIV-Schutzverhaltens und der Tatsache, dass seit 1992 der heterosexuelle Übertragungsweg in der Schweiz der häufigste Weg von Neuansteckungen darstellt, zielt das Projekt darauf, in dem Unternehmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für die Belegschaft Maßnahmen zu entwickeln, die eine Auseinandersetzung mit dem Körper, dem Themenkreis HIV/AIDS fördern und eine Befähigung ermöglichen, HIV-Schutzstrategien in unterschiedlichen Situationen umzusetzen. (Nideröst, Hüttemann & Gredig 2007, im Erscheinen)

Das Projekt „Arbeitsfeldanalyse und Konzeptentwicklung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie“ ist Nachfolgeprojekt der Studie „Die Dynamiken von Integration und Ausschluss“ (Sommerfeld, Calzaferri & Hollenstein 2006). Diese Studie zeigt u.a., dass die Integration von Menschen nach stationären Aufenthalten in verschiedene „konkrete Handlungssysteme“ (vgl. Crozier & Friedberg 1993) sehr komplex und hoch voraussetzungsvoll ist, und dass zugleich von dieser Integration sowohl die psychische Entwicklung, als auch die Rückfallgefährdung direkt abhängt. Von Bedeutung für das geplante Interventionsprojekt im Rahmen des Programms ist, dass auf der Basis der Studie angenommen werden muss, dass die Hilfesysteme sowohl die systemische Komplexität als auch die zeitliche Dynamik der Fälle nicht adäquat erfassen und daher in den meisten Fällen wenig zur Problemlösung beitragen. Insbesondere konnten beim Übergang aus den stationären Einrichtungen mit der Segmentierung der Hilfesysteme verbundene strukturelle Probleme der Kontinuität und Koordination der Hilfen beobachtet werden. Geplant ist die Kooperation mit einem regionalen psychiatrischen Verbund.

Die Interventionsentwicklung erfolgt nahe an den realen Kontextbedingungen. Die Produktion klinisch relevanten Wissens hat durch die Anlage der Projekte günstige Voraussetzungen.

Klinische Sozialarbeit in der Schweiz

Der Begriff Klinische Sozialarbeit ist in der Schweiz (noch) nicht weit verbreitet, wenngleich verschiedene Entwicklungen in Ausbildung, Weiterbildung, Forschung und professioneller Praxis bereits jetzt gut damit zusammengefasst werden könnten. In der Schweiz sind von 4.051 Millionen Erwerbs-

tätigen (SAKE 2006) etwa 430'000 Personen im Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigt (BFS 2003), wovon laut einer Anfrage beim Bundesamt für Statistik vom Mai 2007 3816 Personen (2615 Frauen, 1201 Männer) auf den Bereich der Sozialen Arbeit entfallen. Im Gesundheitswesen (stationäre, teilstationäre und ambulante Dienste) sind aktuell 693 Personen (554 Frauen, 139 Männer) als Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter tätig. Nimmt man diese Zahlen als Grundlage, ist davon auszugehen, dass schweizweit mehrere Hundert Fachkräfte in einem klinischen Kontext Sozialer Arbeit beschäftigt sind. Genauere Angaben zur Sozialen Arbeit im schweizerischen Gesundheitswesen sind noch ein Forschungsdesiderat.

Die Soziale Arbeit in der Schweiz steht vor der Herausforderung, im aktuellen Veränderungsprozess des Gesundheitswesens eine neue Position zu finden. Carigiet begründete die Notwendigkeit einer Spezialisierung der Sozialarbeit, welche adäquater auf die Problemlagen des Einzelnen reagieren kann (Carigiet 2005). Er fordert ein selbstbewusstes und sichtbares Auftreten der Klinischen Sozialarbeit im medizinisch-industrialisierten Komplex des heutigen Gesundheitssystems und bezeichnet fünf Maßnahmenziele:

1. Klinische Sozialarbeit als eigenständige Disziplin und Profession neben Medizin, Psychologie und Pflege
2. Die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit als zentraler Fokus
3. Beschäftigung mit sozialen Ursachen und Folgen von Erkrankungen
4. Aufbau einer beratenden Funktion für Medizin, Pflege und Psychologie
5. Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit als Wissenschaft zur Generierung von Wissen für die Praxis

Im November 2004 erfolgte mit der Arbeitstagung „Klinische Sozialarbeit und die Chance zur Professionalisierung“ der Auftakt zur Entwicklung einer Klinischen Sozialarbeit in der Schweiz (Fäh & Kaegi 2005). Die Gründung der Interessengemeinschaft Klinische Sozialarbeit (www.klinische-sozialarbeit.ch) sowie die Kooperation der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW mit dem Masterstudiengang „Klinische Sozialarbeit“ der Fachhochschule Coburg und der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin können als weitere Schritte genannt werden. Der Bedarf an einer klinischen Fachsozialarbeit ist in der Schweiz in ähnlicher Weise wie in Deutschland, Österreich und anderen europäischen Ländern gegeben. Eine weitere Vernetzung der verschiedenen Aktivitäten zur Profilbildung der Klinischen Sozialarbeit auf europäischer Ebene erscheint daher sinnvoll und aussichtsreich.

Anmerkungen

1. Journal of Evidence-Based Social Work. Ed. Marvin D. Feit, The Haworth Press, Inc.
2. „Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research.“ (Sackett et al. 1996: 71) „Evidence-based medicine (EBM) is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values“. (Sackett et al. 2000: 1)

Literatur

- Allen-Meares, P. & Garvin, C. (Eds.) (2000). *The Handbook of Social Work Direct Practice*. Thousand Oaks: Sage.
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2003). *Beschäftigte im Gesundheitswesen. Ergebnisse der Betriebszählung 2001*. Neuchâtel: BFS.
- Carigiet, E. (2005). Beraten, Behandeln und Begleiten in einem sich wandelnden Sozial- und Gesundheitswesen: Ist klinische Sozialarbeit eine Antwort? *Intercura*, 90, 23-29.
- Crozier, M. & Friedberg, E. (1993). *Macht und Organisation – die Zwänge kollektiven Handelns*. Frankfurt: Hain.
- Dewe, B., Ferchhoff, W. & Radtke, F.-O. (1992). Das „Professionswissen“ von Pädagogen. Ein wissenschaftlicher Rekonstruktionsversuch. In B. Dewe et al. (Hg.), *Erziehen als Profession* (S. 70-91). Opladen: Leske + Budrich.
- Fäh, B. & Kägi, U. (2005). Klinische Sozialarbeit an den Fachhochschulen für Soziale Arbeit Brugg und Basel. Entwicklungschance zur Professionalisierung Sozialer Arbeit. *Sozial Aktuell*, 1, 7-9.
- Gambrill, E. (2006). Evidence-Based Practice and

Policy. Choices Ahead. Research on *Social Work Practice*, 16 (3), 338-357.

Geissler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Reinhardt.

Gibbs, L.E. (2003). *Evidence based practice for the helping professions. A practical guide with integrated multimedia*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole-Thompson Learning.

Gredig, D. (2005). The Co-Evolution of Knowledge Production and Transfer. Evidence-based Intervention Development as an approach to improve the impact of evidence on social work practice. In P. Sommerfeld (Ed.), *Evidence-based Social Work – Towards a New Professionalism?* (pp. 175-200). Bern: Lang.

Hüttemann, M. & Sommerfeld, P. (2006). Evidence-based Social Work. In S. Dungs, U. Gerber, H. Schmidt & R. Zott (Hg.), *Ethik und Soziale Arbeit im 21. Jahrhundert*. Leipzig: Evg. Verlagshaus.

Lauterbach, K.W. & Schrappe, W. (2004). Evidence-based Medicine: Einführung und Begründung. In K.W. Lauterbach & W. Schrappe (Hg.), *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung* (S. 57-66). Stuttgart/New York: Schattauer.

McNeece, C.A. & Thyer, B.A. (2004). Evidence-Based Practice and Social Work. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 1, 7-25.

Meng, J. (2006). *Evidence-Based Social Work Practice. Wissenschaftlich fundierte Versorgungspraxis der Sozialen Arbeit*. Oldenburg: Paolo Freire.

Mullen, E.J., Bellamy, J.L. & Bledsoe S.E. (2007, in press). Evidence-based Social Work Practice. In R.M. Grinnell & Y.A. Unrau (Eds.), *Social Work Research and Evaluation* (8th ed.). New York: Oxford University Press.

Nideröst, S., Hüttemann, M. & Gredig, D. (2007, i.Dr.) Bodyguard – Gesundheitsförderung und HIV/

Aids-Prävention bei Männern. In E. Engelke et al. (Hg.), *Forschung für die Praxis. Zum gegenwärtigen Stand der Sozialarbeitsforschung*. Freiburg: Lambertus.

Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa .

Rüegg-Stürm, J. (2001). *Organisation und organisationaler Wandel. Eine theoretische Erkundung aus konstruktivistischer Sicht*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Sackett, D.L., Rosenberg, W., Gray, J.A.M., Haynes, R.B. & Richardson, S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.

Sackett, D.L., Straus, S., Richardson, S., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM*. Edinburgh: Elsevier .

Bundesamt für Statistik [BFS] (2007). *SAKE. Schweizerische Arbeitskräfteerhebung*. Neuchâtel: BFS.

Shlonsky, A. & Gibbs, L. (2004). Will the real evidence-based practice please stand up? Teaching the process of evidence-based practice to the helping professions. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4, 137-153.

Sommerfeld, P. (Ed.) (2005). *Evidence-based Social Work – Towards a New Professionalism?* Bern: Lang

Sommerfeld, P., Calzaferri, R. & Hollenstein, L. (2006). *Die Dynamiken von Integration und Ausschluss. Studie zum Zusammenspiel von individuellen Aktivitäten und sozialen Systemen nach Entlassung aus stationären Einrichtungen*. Online-Publikation: www.fhnw.ch/sozialarbeit/ipw/forschung-und-entwicklung/abgeschlossene-projekte-1 [12.05.07].

ANZEIGE



MASTER-STUDIUM

„Sozialraumorientierte und Klinische Soziale Arbeit“

AUSWAHL

Im Oktober 2007 beginnt an der Fachhochschule Campus Wien ein Master-Studium mit der Wahlmöglichkeit zwischen zwei Vertiefungsrichtungen: „Sozialraumorientierte“ oder „Klinische“ Soziale Arbeit.

ABSCHLUSS

Das akkreditierte wissenschaftliche Studium schließt mit dem akademischen Grad: „Master of Arts in Social Sciences“ (M.A. oder MA) ab, der an österreichischen Universitäten und Fachhochschulen gleichermaßen verliehen wird und mit 300 ECTS-Punkten den Anerkennungsrichtlinien der Europäischen Union entspricht.

DAUER

Das Studium dauert vier Semester, es wird berufs begleitend und berufstätigenfreundlich durchgeführt, wesentliche Teile erfolgen in Fernlehre ohne erforderliche persönliche Anwesenheit.

KOSTEN

Die Kosten betragen 420.- Euro pro Semester (gesetzliche Studiengebühr und Materialbeitrag).

ZULASSUNG

Als Zulassungsvoraussetzung gilt ein abgeschlossenes Vorstudium von mindestens 6 Semestern (Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Gesundheitsbezogene-, Gesellschaftswissenschaftliche- oder Pädagogische Studien, etc).

FRIST

Das ausgefüllte und unterfertigte Bewerbungsformular ist bitte bis 31. August 2007 auf dem Postweg an die Fachhochschule FH Campus Wien, Master-Studium, Freytaggasse 32, 1210 Wien, Österreich, zu übermitteln. Bewerber/innen werden im September 2007 schriftlich zu einem Aufnahmeverfahren eingeladen werden.

KONTAKT

Nähere Informationen und Download des Bewerbungsformulars auf der Homepage der Hochschule www.fh-campuswien.ac.at, weitere Anfragen und Formularanforderungen auch per Email an sozialklinisch@fh-campuswien.ac.at.

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Subjektive Einschätzungen und Rahmenbedingungen professionellen Handelns

Brigitte Geißler-Piltz und Susanne Gerull

Vorbemerkung

Mit diesem Beitrag stellen wir die vorläufigen Ergebnisse einer Studie vor, die sich mit den Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen beschäftigt. Es handelt sich um eine komparative Studie mit Finnland, wobei wir hier nur die Ergebnisse der Befragung in Deutschland aufzeigen. Die zentrale Fragestellung unserer Studie ist, wie Kompetenzen und Wissen im beruflichen Alltag akquiriert und erweitert werden, welchen Stellenwert Wissen einnimmt und wie die eigene Kompetenz eingeschätzt wird. Nach einem kurzen Abriss über Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und einer kurzen Darstellung unseres methodischen Vorgehens im Rahmen der quantitativ und qualitativ durchgeführten Studie sowie allgemeinen Angaben zu unseren Befragten legen wir den Fokus auf drei Aspekte unserer Forschung:

- Supervision als eines der wichtigsten Instrumente von Praxisreflexion,
- den veränderten Wissensbegriff und die subjektive Definition unserer InterviewpartnerInnen hierzu sowie
- die Frage nach der beruflichen Identität von SozialarbeiterInnen.

Der Artikel endet mit vorläufigen Schlussfolgerungen aus unserer Forschungsarbeit.

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Gesundheitspolitische Entwicklungen tangieren die Arbeit der SozialarbeiterInnen im Gesundheitswesen, erfordern eine neue Definition ihrer Rolle sowie die Aneignung und Herausbildung entsprechender Kompetenzen. Nicht zufällig geraten AbsolventInnen von Studiengängen der Sozialen Arbeit zunehmend in Konkurrenz zu MitbewerberInnen, die einen Abschluss im Bereich der Pflege oder Psychologie vorweisen.

Gesundheitspolitische Entwicklungen und Strukturveränderungen im Gesundheitsbereich, welche Finanzierbarkeit und Leistungsfähigkeit zum Ziel haben, tangieren die Existenz der Sozialen Arbeit. Für die in den Kliniken Tätigen bedeutet dies verdichtete Arbeitszeiten und einen höheren Entlastungsdruck, für die PatientInnen frühere Entlassungen und eine entsprechend kürzere Verweildauer. Hier befindet sich die Sozialarbeit in einer schwierigen

Position: Erwartet wird, dass trotz steigender Arbeitsbelastung kranke Menschen effektiv behandelt, d.h. psychosoziale Interventionen verbessert werden. Gleichzeitig wird erwartet, dass die Soziale Arbeit die Wirksamkeit ihrer Leistungen gegenüber KooperationspartnerInnen und GeldgeberInnen nachweist. Da der Sozialen Arbeit, die in den Gesundheitsorganisationen eher im Hintergrund agiert, der geforderte Nachweis bisher nicht überzeugend gelingt, drängen andere helfende Berufe in die traditionellen Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit und verwischen damit die Grenzen zwischen den Professionen. SozialarbeiterInnen in Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens neigen zur Selbstabwertung (Sticher-Gil 1993: 6) und sind deshalb nicht genügend gerüstet, um sich im veränderten medizinischen System zu behaupten. Sie klagen darüber, methodisch nicht ausreichend für die Anforderungen der Praxis ausgebildet zu sein und sich gegenüber Berufsgruppen mit starker beruflicher Identität unterlegen zu fühlen.

Methodisches Vorgehen

Die empirische Erhebung fand in zwei Arbeitsphasen statt: Zunächst wurde ein umfangreicher Fragebogen an SozialarbeiterInnen im Gesundheitswesen verschickt, anschließend wurden (und werden noch) vertiefende Leitfadeninterviews mit derselben Zielgruppe durchgeführt. Bei der quantitativen Befragung konnten wir zunächst auf einen umfangreichen Fragebogen der Universität Helsinki, Abt. Soziale Arbeit (Leitung: Prof. Synnöve Karvinen-Niinikoski) zurückgreifen, den wir ins Deutsche übersetzt, um 1/3 gekürzt und mit dem Ziel, die Vergleichbarkeit zu belassen, methodisch und sprachlich überarbeitet haben. Der Fragebogen wurde von der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG), die wir als Kooperationspartner gewinnen konnten, an alle ihre Mitglieder verschickt. Der Rücklauf betrug 307 (47,6%); damit kann die Studie als repräsentativ für die in der DVSG engagierten SozialarbeiterInnen aus dem Gesundheitsbereich angesehen werden. Als Kontrollgruppe wurden 446 Alumni der ASFH gebeten, den Bogen auszufüllen. Insgesamt 113 Fragebögen kamen hier zurück. Die Auswertung der Daten erfolgte computergestützt mit der Software SPSS.

Nach der statistischen Auswertung der Fragebögen stellten wir fest, dass die Ergebnisse neue Fragen aufwarfen, die vor allem die subjektive Definition von Wissen und Expertise, aber auch die Einschätzung von Supervision und die übergreifende Frage nach der beruflichen Identität von SozialarbeiterInnen im Gesundheitsbereich berührten. Wir haben daher bisher sieben leitfadengestützte, problemzentrierte Interviews mit insgesamt 14 SozialarbeiterInnen geführt. Einige der Interviews wurden in Form von Gruppeninterviews geführt, wobei die Auswertung getrennt nach den einzelnen InterviewpartnerInnen erfolgte. Die InterviewpartnerInnen wurden nach einem theoretischen Sampling ausgewählt, um eine möglichst hohe Reichweite zu erzielen. So werden wir nach Abschluss der Interviewphase Frauen und Männer im Verhältnis 3/4 zu 1/4 befragt haben, SozialarbeiterInnen in den neuen und alten Bundesländern, mit langer und kurzer Berufserfahrung, mit und ohne Supervisionserfahrung. Die Interviews werden mit einem MD-Rekorder aufgezeichnet, vollständig transkribiert und in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die Auswertung erfolgt computergestützt mit der Software ATLAS.ti.

Allgemeine Angaben zu den Befragten

Insgesamt beteiligten sich 241 Frauen und 66 Männer an unserer quantitativen Befragung, dies entspricht einer Geschlechterverteilung von 78,5% zu 21,5%. Der Altersdurchschnitt betrug 46 Jahre. Es handelt sich dabei fast durchgängig um ausgebildete SozialarbeiterInnen, so ist der höchste Abschluss im sozialen Bereich bei 92,5% das Diplom, und 93,4% verfügen über eine staatliche Anerkennung als SozialarbeiterIn. Die durchschnittliche Dauer der Tätigkeit zum Zeitpunkt der Befragung betrug etwas mehr als 10 Jahre, die Dauer der berufsfachlichen Tätigkeit insgesamt sogar knapp 15 Jahre. 94,2% der Befragten waren fest angestellt, sie arbeiteten überwiegend mit KlientInnen und etwa 1/3 übte regelmäßig oder gelegentlich eine leitende Tätigkeit aus. Bei den Leitfadeninterviews haben wir bisher insgesamt 9 Frauen und 5 Männer befragt, zwei davon gehören unserer Kontrollgruppe der Alumni an und sind nicht im Gesundheitswesen tätig.

Supervision

Ein wichtiger Fokus unserer Studie ist Supervision. Professionelle Supervision nimmt u.a. für sich in Anspruch, berufliche Kompetenzen zu erweitern und die Entwicklung einer professionellen Identität durch Förderung der persönlichen Entwicklung anzustreben. Dabei kommt der Reflexion des Handelns eine entscheidende Bedeutung zu. Unsere Studie zeigt, dass gerade die Fähigkeit zur Reflexion persönlicher Haltungen, Wahrnehmungen und Fähigkeiten unter Einbeziehung von berufsspezifischen Wissensbeständen als ein Kriterium für die Validität von Theorien und für den Wirksamkeitsbezug professioneller Intervention verstanden werden könnte. Theorie und Erfahrungsprüfung sind komplexe Prozesse, die deutlich machen, dass professionelles Handeln neu bewertet werden muss. In diesem Verständnis ist Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich reflektierte Praxis, in der Supervision eine zentrale Aufgabe übernimmt, nämlich berufliches Handeln mit theoretischem und methodischem Wissen zu verknüpfen bzw. berufliches Handeln nach seiner Wirksamkeit zu befragen.

In diesem theoretischen Verständnis haben wir in zwanzig geschlossenen und halboffenen Fragen die Supervision unter die Lupe genommen und das Thema zentral in den Leitfadenterviews angesprochen. 31,4% aller TeilnehmerInnen hatten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung an einer Supervision teilgenommen. Nur wenige nahmen an mehreren Supervisionen gleichzeitig teil. Das heißt aber auch, dass eine Mehrheit von 65,4% der DVSG-Mitglieder an keiner Supervision teilgenommen hatte. Da die weiteren Fragen sich nur an diejenigen wandten, die an einer Supervision teilgenommen hatten, schrumpfte die Zahl der Befragten hier enorm: Es blieben noch insgesamt 106 DVSG-Mitglieder übrig. Bei der Art der Supervision überwiegt die Teamsupervision mit 56,8% vor der Gruppensupervision mit 30,7%. Die Einzelsupervision bleibt damit exklusiv, dies entspricht auch unserer Kontrollgruppe der Alumni.

Mehr als die Hälfte unserer Befragten muss die Supervisionserfahrung mit anderen Berufsgruppen teilen, da sie in multidisziplinären Teams arbeiten. Dabei überwiegen bei den im Krankenhaus Tätigen die medizinischen Berufsgruppen als Mitsupervisees: Nur 44,6% der Befragten reflektieren ihren beruflichen Alltag exklusiv mit anderen SozialarbeiterInnen. Es ist gerade diese multiprofessionelle Arbeit bzw. die Supervisionserfahrung in berufsgemischten Gruppen und Teams, die große Probleme hervorruft (etwa die Hierarchie der Berufe, die sich auch in der Supervisionsrunde widerspiegelt, so sprach

eine unserer InterviewpartnerInnen – nach dem eigentlichen Interview – von einer „Hierarchie des Schweigens“).

Ein ganz wesentlicher Hinweis auf die gesellschaftliche Bedeutung von Supervision in der Gesundheitsarbeit ergibt sich aus der Haltung der ArbeitgeberInnen bei der Frage der Kostenübernahme aus: 23% der DVSG-Mitglieder müssen ihre Supervision selber bezahlen, aber nur 4,5% der ASFH-Alumni.

Wenn wir uns den Inhalten der Supervision zuwenden, wird das Bild vielschichtiger. Aus den Antworten auf die offen gestellten Fragen ergibt sich in Bezug auf Inhalte und Methoden eine verwirrende Vielfalt von Angeboten, Vorgehensweisen und dem Verständnis von Supervision. Die Antworten weisen darauf hin, dass diese Vielfalt nicht nur positiv, sondern auch als ein Mangel an Transparenz und Qualität erfahren wird. So sind das theoretische Konzept der erfahrenen Supervision bzw. die dort angewandten Methoden nur 48,0% der Befragten bekannt. Dabei wird die Supervision von 63,1% als gut und von 30,0% als zufriedenstellend eingeschätzt. Die Frage nach der Zufriedenheit mit der Supervision bzw. den SupervisorInnen muss kritisch unter dem Gesichtspunkt ihrer Abhängigkeit betrachtet werden. Denn die SupervisorInnen-Tätigkeit ist abhängig von einer erfolgreichen Akquise, einem Honorar, das die KlientInnen auch zu zahlen bereit sind und nicht zuletzt von einer erfolgreichen Evaluation.

Umso wichtiger scheint es zu erfahren, ob die Supervision berufsnah oder berufsfremd erfolgt. 36,0% aller Befragten geben an, dass ihre SupervisorInnen berufsnah arbeiten können. Die Mehrheit von 57,0% weiß, dass die SupervisorInnen keine ausgebildete SozialarbeiterInnen ist, 7,0% können darüber keine Auskunft geben. Die meisten der berufsfremden SupervisorInnen sind mit 71,2% PsychologInnen bzw. mit 15,5% ÄrztInnen, was den Bezug zum Gesundheitssystem deutlich macht. Überwiegend haben die Befragten eine Ausbildung als SupervisorInnen (93%). Die Interviews können hier einige Fragen erhellen. Anders als von uns angenommen und in der Ausbildungssupervision an der Hochschule praktiziert, bevorzugen SozialarbeiterInnen nicht unbedingt ihre eigenen „feldkompetenten“ KollegInnen als SupervisorInnen. Wichtiger sind unseren Befragten Ausstrahlung, Persönlichkeit sowie Vertrauen und die Tatsache, dass die Person eine Externe ist. Wenn es auch kein/e SozialarbeiterInnen sein musste, so sollte sie doch über Berufserfahrung verfügen – egal in welchem Bereich. Darüber hinaus wird die Supervision in den Interviews sehr unterschiedlich beschrieben als:

■ unnützlich. Hörensagen von KollegInnen,

- nicht erwünscht für Leitungspersonen, damit keine Interna „nach außen“ dringen,
- äußerst hilfreich als Instrument der fachlichen Reflexion.

Wissen und Expertise

Ausgehend von der quantitativen Befragung, in der u.a. die *Wege* des Wissenserwerbs und mögliche Hindernisse bei der Akquirierung und Erweiterung des Berufswissens erhoben wurden, interessierte uns in den vertiefenden Interviews auch, welche *subjektive Definition* von Wissen die Befragten haben und wen sie als *ExpertInnen* für ihre Arbeit ansehen. Hintergrund war die Weiterentwicklung des Wissensbegriffs im Sinne eines Wandels von Wissen als ‚Ding‘ zum ‚Prozess‘, der personen- und kontextabhängig ist.

In den beginnenden 1990er Jahren wurde Wissen noch als Information, die man besitzen kann, angesehen (sog. Paketmetapher) (Seiler & Reinmann 2004: 11). WissenstheoretikerInnen unterscheiden mittlerweile implizites und explizites Wissen sowie Handlungswissen, intuitives Wissen, begriffliches Wissen, kollektives Wissen und formalisiertes Wissen (vgl. ebd.).

Auch die Soziale Arbeit braucht damit ein neues Verständnis von Wissen und Expertise. ExpertInnen vermeintlich rationaler Behandlungen und Beratungen sind überflüssig geworden, dafür muss ein Prozess angestrebt werden, der den Subjektstatus der AdressatInnen systematisch einbezieht und fördert (Merchel 2003). Dieses Verständnis von Expertise impliziert eine neue Haltung. Sie setzt schon in der Veränderung des organisatorischen Kontextes an, indem eine Interaktion, ein Dialog mit den KollegInnen und NutzerInnen gesucht wird.

In unseren Interviews haben wir SozialarbeiterInnen aus dem Gesundheitswesen nach ihrem ganz subjektiven Wissensbegriff gefragt. Ein Teil der Befragten hat „Wissen“ zunächst mit rein kognitiven Vorgängen verbunden, in denen Fakten gesammelt und angehäuft werden, „als wenn man ein Gedicht auswendig lernt“ (Interview 2: 188f.) bzw. Information besessen werden, „die für andere Menschen wichtig sein können“ (Interview 4: 150f.). Wissen wurde darüber hinaus aber auch als ein Prozess beschrieben, der mit Neugier, Interesse, Reflexion und Erfahrung zu tun hat, Oder, wie ein Interviewpartner es ausdrückte: „da ist ein nie endender Durst“ (Interview 3:168). In den Interviews zeichnete sich dabei der sich verändernde Fokus von ‚Wissen‘ auf ‚Können‘ ab. ‚Können‘ umfasst in diesem Zusammenhang auch unbewusstes, schweigendes Wissen (tacit knowledge/„explicit knowledge“) (Gruber et al. 2004: 84).

Expertise meint in diesem Kontext den automatisierten Zugriff auf deklaratives Wissen (Bertholet & Spada 2004: 72). Neben dem hohen bereichsspezifischen Wissen, das Menschen als ExpertInnen auszeichnet, muss in der Sozialen Arbeit eine Wissensvernetzung erfolgen, die Erfahrungen kommuniziert und die subjektiven Realitäten der KlientInnen versteht und erfasst. Damit wendet sie sich ab von paternalistisch einseitig professionorientierten ExpertInnen, die für alle Probleme Lösungen wissen, notwendige Hilfen verordnen und meist defizitorientiert arbeiten. In unseren Interviews haben einige KollegInnen den Begriff des *Experten* daher auch weit von sich gewiesen. Als ExpertInnen bezeichneten sie andere KollegInnen, die in einem bestimmten fachlichen Gebiet besonders kompetent seien. Interessanterweise wurden die direkten Vorgesetzten fast nie als ExpertInnen erlebt. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass diese meist keine SozialarbeiterInnen sind, sondern ÄrztInnen oder TherapeutInnen. Diese werden von den Befragten lediglich als Dienstaufsicht anerkannt, aber nicht als ExpertInnen in fachlicher Hinsicht (z.B. Interview 4: 382-398). Dies korrespondiert mit unserer quantitativen Befragung, in der eins der frappierendsten Ergebnisse war, wie wenig Fachkompetenz die DVSG-KollegInnen ihren direkten Vorgesetzten zutrauen: Fast 2/3 aller Befragten billigen ihnen nur eine geringe Sachkenntnis zu. Der Grund hierfür scheint zu sein, dass in 74,6% der Fälle die unmittelbaren Vorgesetzten keine ausgebildeten SozialarbeiterInnen sind. Sind sie es aber, werden sie überproportional häufig um Hilfe gefragt.

Der neue Typus der ExpertInnen suggeriert dagegen keine Allmacht mehr, sondern vielmehr Unsicherheit als konstitutionelles Merkmal einer Problemsituation. Fähigkeiten der Verhandlung, Vernetzung und Mediation sind von größter Bedeutung. Diese Kompetenzen werden jedoch nicht nur im Umgang mit der Klientel benötigt. In einem multiprofessionellen Arbeitssetting muss ein Wissensaustausch gepflegt werden, der ein gemeinsames Verständnis des Problems und der Rahmenbedingungen voraussetzt: Jede/r ist ExpertIn in seinem und Novize im anderen Bereich. (Bertholet & Spada 2004: 73) Eine gemeinsame Reflexion im Netzwerk ist dabei erforderlich, um oftmals implizites Handlungswissen teilbar zu machen (Gruber et al. 2004: 84). Gleichzeitig muss das jeweils erworbene Faktenwissen mit dem in der Praxis erworbenen fallbezogenen Wissen kombiniert und ihm in gewisser Weise untergeordnet werden. Durch praktische Erfahrungen wird das bisherige theoretische Wissen umorganisiert und ergänzt (Wissenseinkapselung oder knowledge encapsulation).

(Bertholet & Spada 2004: 73)

Berufliche Identität

Spricht man über Wissen und Expertise in der Sozialen Arbeit, ist der Schritt zur Frage nach einer eigenständigen beruflichen Identität nicht weit. Speziell in multiprofessionellen Arbeitssettings müssen die verschiedenen Berufsgruppen jeweils klare professionelle Identitäten besitzen, um dann ein gemeinsames Verständnis des Problems entwickeln und sich fachlich austauschen zu können (s.o.). Dabei geht es im Idealfall nicht um Konkurrenz, sondern Ausnutzung der spezifischen Wissensbestände zum Wohle der zu beratenden, behandelnden und betreuenden Klientel.

Während bspw. ÄrztInnen und PsychologInnen eine auch gesellschaftlich anerkannte berufliche Identität besitzen, tun sich SozialarbeiterInnen seit jeher schwer, sich selbst und ihre Profession selbstbewusst zu definieren: „Es gibt kaum eine Profession, die wie die Soziale Arbeit so ausdauernd und voller Selbstzweifel nach dem ‚Eigentlichen‘ ihrer beruflichen Handlungen fragt“ (Effinger 2005: 223, H.i.O.). U.a. liegt dies an der Breite und Vielfalt der Arbeitsfelder, die als ein generelles Strukturproblem der Sozialen Arbeit angesehen wird (Karges & Lehner 2005: 450) statt als Vorteil gegenüber stärker eingegrenzten Berufsfeldern wie Medizin oder Psychologie. In unseren Interviews bestätigte sich diese Sichtweise, so sprach einer der Befragten von Sozialer Arbeit als einem „Bauchladen“: „Und da macht man einen Schieber auf, und irgendwas findet man“ (Interview 4: 1649f.). SozialarbeiterInnen fehle Selbstbewusstsein und Ehrgeiz, sie machten sich „klein“ (Interview 1: 1625). Soziale Arbeit in der Außendarstellung sei immer noch wenig mit Wissen und Expertise verknüpft: „So, und es ist immer noch so ein Bild: (...) ich betreue dann und berate und trinke Kaffee“ (ebd.: 1726-1728). So wird von Außenstehenden, aber auch von verwandten Berufsgruppen häufig unterstellt, „Soziale Arbeit sei eine Tätigkeit, die jeder oder jede kann“ (Karges & Lehner 2005: 450). Das eigene berufsspezifische Wissen und Können wird auch von den SozialarbeiterInnen eher gering geschätzt. Interessanterweise konnten wir hier in unseren Interviews regionale und geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen, so präsentierten sich die weiblichen KollegInnen aus den neuen Bundesländern sehr viel selbstbewusster als ihre männlichen Kollegen aus dem Westen. Auch spielte eine Rolle, ob nach dem Studium der Sozialarbeit noch weitere Qualifizierungen erfolgten.

Eine Weiterbildung oder ein Aufbaustudium führte bei einigen der Befragten nicht nur zur Professionalisierung ihrer Arbeit, sondern in diesem Zuge auch zu einem stärker ausgebildeten beruflichen Selbstverständnis.

Schlussfolgerungen

Soziale Arbeit steht unter massivem Druck sich zu legitimieren. Hierfür sind eine weitere Professionalisierung und die Ausbildung einer eigenständigen Identität erforderlich. Um dies erreichen zu können, muss die Soziale Arbeit ihr Wissen - auch und vor allem - durch Praxisreflexion und -evaluation weiterentwickeln und den Wissensaustausch untereinander und mit den verwandten Berufsgruppen optimieren. Wissen umfasst dabei auch Fähigkeiten wie Handlungs- und Kommunikationskompetenz. Der Erwerb einer sog. „research-mindedness“ durch Überwindung von Theorieblindheit der Praxis und Praxisignoranz der ForscherInnen ist damit längst überfällig. Eine herausragende Rolle spielen hier die Fachhochschulen für Sozialarbeit, die ihren Studierenden auch mit Hilfe von als „role models“ agierenden DozentInnen ein erstes berufliches Selbstverständnis vermitteln müssen.

Literatur

- Bertholet, M. & Spada, H. (2004). Wissen als Voraussetzung und Hindernis für Denken, Problemlösen und Entscheiden. In G. Rieman & H. Mandl (Hg.), *Psychologie des Wissensmanagements* (S. 66-78). Göttingen: Hogrefe.
- Effinger, H. (2005). Wissen, was man tut und tun, was man weiß. Die Entwicklung von Handlungskompetenzen im Studium der Sozialen Arbeit. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 6, 223-228.
- Gahleitner, S.B. (2005). Die Qualitative Inhaltsanalyse als flexible Auswertungsmethode in der Sozialarbeitsforschung. In S. Gahleitner et al. (Hg.), *Einführung in das Methodenspektrum sozialwissenschaftlicher Forschung* (S. 53-63). Uckerland: Schibri.
- Gruber, H., Hareis, C. & Rehl, M. (2004). Wissensmanagement und Expertise. In G. Rieman & H. Mandl (Hg.), *Psychologie des Wissensmanagements* (S. 79-90). Göttingen: Hogrefe.
- Karges, R. & Lehner, I.M. (2005). Zum Berufsbild in der Sozialen Arbeit. Das berufliche Selbstverständnis und seine Unschärfen. *Soziale Arbeit*, 12, 449-456.
- Mayring, P. (1993). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Merchel, J. (2003). „Diagnose“ in der Hilfeplanung: Anforderungen und Problemstellungen. *Neue Praxis*, 6, 527-542.
- Seiler, T. B. & Reinmann, G. (2004). Der Wissensbegriff im Wissensmanagement. Eine strukturalgenetische Sicht. In G. Rieman & H. Mandl (Hg.), *Psychologie des Wissensmanagements* (S. 11-24). Göttingen: Hogrefe.
- Sticher-Gil, B. (1993). Übergänge von der Sozialpsychiatrie zur Sozialarbeit. *Studium und Praxis*, 70, 3-7.