

Klinische Sozialarbeit: Perspektiven aus der Schweiz

Matthias Hüttemann und Simon Süsstrunk

In diesem Beitrag werden zunächst die Personalsituation „sozialer Berufe“ im Gesundheitswesen und die Entwicklung von (thematisch relevanten) Fachverbänden in der Schweiz skizziert. Vor dem Hintergrund landesspezifischer Beobachtungen werden dann einige Positionierungen zu allgemeinen Themen Klinischer Sozialarbeit vorgenommen. In diesem Sinne wird der Begriff der Klinischen Sozialarbeit bestimmt, und mit Sozialtherapie und Wirkungsforschung werden 2 aktuelle Brennpunkte der deutschsprachigen Debatte beleuchtet, bevor abschließend ein kurzer Ausblick erfolgt.

Zur Personalsituation „sozialer Berufe“ im Gesundheitswesen

Berechnungen auf Grundlage von Daten des schweizerischen Bundesamtes für Statistik (BFS) haben ergeben, dass rund 25.000 der insgesamt etwa 90.000 Berufstätigen in „sozialen Berufen“ im Gesundheitswesen tätig sind (etwa 25%). Unter „soziale Berufe“ werden sowohl grundständig ausgebildete Sozialarbeiter*innen gefasst als auch Berufsgruppen, die der Sozialen Arbeit aufgrund der Ausbildung oder des Tätigkeitsbereiches nahestehen. Exakte statistische Aussagen zum Personalbestand gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit können daher nicht getroffen werden. Trotz dieser Unschärfe zeigen die vorliegenden Daten die Relevanz sozialer Berufe im Gesundheitswesen. Im Vergleich zu den rund 400.000 Beschäftigten (2017) in „klassischen“ Gesundheitsberufen (ohne soziale Berufe) (BFS 2017), machen sie mit rund 25.000 Personen einen Anteil von 6 Prozent aus – ausgehend von einem breiter gefassten Verständnis gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit (siehe unten, zum Begriff der Klinischen Sozialarbeit). Es ist anzunehmen, dass Klinische Sozialarbeiter*innen im engeren Sinne und mit grundständiger (tertiärer) Ausbildung, nochmals deut-

lich weniger sind. Dazu ist auch zu sagen, dass in der Schweiz – unserer Einschätzung nach – das Konzept Klinischer Fachsozialarbeit in den Praxisfeldern zögerlich angeeignet wurde. In der Zwischenzeit ist Klinische Sozialarbeit bekannt, ohne jedoch besondere Produktivität freizusetzen. Das kann unter anderem an der Entwicklung der Fachverbände festgemacht werden.

Entwicklung von Fachverbänden

Bis 2017 war in der Schweiz in erster Linie der stationäre Bereich der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit in Fachverbänden organisiert. So bestanden der Schweizerische Fachverband Sozialdienst in Spitälern (SFSS) sowie der Verein Clinical Social Work Switzerland (CSWS), jedoch konnten dadurch weniger Professionelle der Klinischen Sozialarbeit erreicht werden als gewünscht. Außerdem hat sich wegen der Vielzahl von Handlungsfeldern und teils unklaren Zuständigkeiten im interprofessionellen Kontext der Wunsch nach einer Bündelung fachlicher Ressourcen entwickelt. Im Frühjahr 2017 wurde deshalb mit Fachpersonen aus den genannten Vorgängerverbänden sowie mit weiteren Professionellen der Schweizerische Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (sages) gegründet. sages vereint derzeit über 100 Organisationen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit und konnte so auch die ambulanten Bereiche des Gesundheitswesens integrieren und die Möglichkeit schaffen, in institutionalisierter Form den fachlichen Austausch zu fördern und die Positionierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen voranzubringen. Die Fachbereiche des Verbandes („Gesundheitsligen“, „integrierte Versorgung“, „Sucht“, „Psychiatrie“, „Rehabilitation“, „Spital“ sowie „Forschung und Bildung“) spiegeln die Breite der Handlungsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen in der Schweiz wider.

Zum Begriff Klinischer Sozialarbeit

Der Begriff der Klinischen Sozialarbeit scheint in der professionellen Praxis in der Schweiz (bisher noch) keine durchschlagende Wirkung erzielt zu haben, wird im Feld (mittlerweile) aber verstanden, und in der Sache zeichnet sich die Entwicklung einer gesundheitsbezogenen Fachsozialarbeit ab. Dieser Hintergrund soll als Anlass dienen, in Verbindung mit den begrifflichen Varianten oder Alternativen „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“ und „gesundheitsbezogene Sozialarbeit“ den Begriff der Klinischen Sozialarbeit kurz zu charakterisieren.

Um Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit zu definieren, leuchtet uns nach wie vor die Kombination arbeitsfeldspezifischer und handlungsmethodischer Spezialisierung am meisten ein: Die Arbeit mit Menschen, die behandlungsbedürftige gesundheitliche Beeinträchtigungen haben, erfordert eine spezialisierte Wissensbasis und vertiefte methodische Kompetenzen (vgl. Hüttemann, Rüegger und Wüsten 2015). Der Begriff „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“ stellt demgegenüber das gesellschaftliche Funktionssystem ins Zentrum. Dadurch wird eine konkretere Verortung geleistet, die strategisch funktional sein kann. Auf der anderen Seite erfolgt dadurch auch eine Begrenzung. Die Soziale Arbeit hat es nicht nur im Gesundheitswesen mit gesundheitlich beeinträchtigten Klient*innen zu tun. Auch in Beratungsstellen, Betreutem Wohnen, Heimkontexten und Arbeitsintegration können gesundheitliche Beeinträchtigungen für die Soziale Arbeit hochrelevant sein. Umfassender ist der Begriff „gesundheitsbezogene Sozialarbeit“; hier stellt sich eher die Frage, ob der Begriff zu weit greift, um hinreichend spezifische Aktivitäten zu beschreiben. Gesundheit und Krankheit können mit Antonovsky als Kontinuum verstanden

werden, wobei auch gute Gründe für ein „doppeltes Kontinuum“ sprechen, das Gesundheit und Krankheit als relativ unabhängig voneinander betrachtet (vgl. Willutzki 2013): Gesundheitlich beeinträchtigte Menschen können demnach ein hohes Maß an Wohlbefinden und Lebensqualität realisieren. Zusammenfassend schlagen wir vor, Klinische Sozialarbeit einerseits von Prävention und Gesundheitsförderung abzugrenzen (in Analogie etwa zur Unterscheidung von klinischer Psychologie und Gesundheitspsychologie) und insofern weniger umfassend als „gesundheitsbezogene Sozialarbeit“ zu verstehen. Andererseits umfasst Klinische Sozialarbeit nach unserem Verständnis auch die Unterstützung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen außerhalb des Gesundheitswesens.

Herausforderung Sozialtherapie

Zu den Methoden Klinischer Sozialarbeit, die aufgrund der Bezeichnung „Therapie“ einen starken Bezug zum Gesundheitswesen aufweisen, zählt die Sozialtherapie. In der Schweiz tragen etliche Organisationen „Sozialtherapie“ oder ähnliches im Namen. Diese Namensgebungen gehen auf die Blüteperiode der Sozialtherapie in den 60er- und 70er-Jahren zurück. Spezifische konzeptionelle Implikationen sind damit in der Praxis nicht (mehr) verbunden. Seit einigen Jahren wird Sozialtherapie nun in der deutschsprachigen Klinischen Sozialarbeit verstärkt wieder diskutiert, beispielsweise in den entsprechenden Themenheften dieser Zeitschrift. Dabei bringt die Ausgestaltung der Sozialtherapie offenbar spezifische Herausforderungen mit sich. Der Bezug zum Gesundheitswesen dürfte eine zentrale externe Bedingung sein, die die Etablierung der Sozialtherapie erschwert.

Denn die soziale Perspektive im Gesundheitswesen wurde in den vergangenen Jahrzehnten an den Rand gedrängt, und bio-medizinische Perspektiven, damit auch (im Sinne evidenzbasierter Medizin) enggeführte wissenschaftliche Anforderungen an Diagnosen und Therapien dominieren in einer Weise, dass ein anders ausgerichtetes Gesundheitswesen kaum noch vor-

stellbar scheint. Ausgeprägte soziale Ungleichheit, (soziale) Deprivation, Einsamkeit (Spitzer 2018), unfaire Kommunikation (beispielsweise Mobbing), Nicht-Anerkennung (Bereswill, Equit und Burmeister 2018), Hass (Encke 2016) und Gewalt beispielsweise stellen Sozial-Pathologien (Pauls 2011, S. 117 ff.) mit gravierenden gesundheitlichen Folgen dar, sind aber an die geltenden medizinischen Klassifikationssysteme (ICD10, DSM V) kaum anschlussfähig. Unter den gegenwärtigen Bedingungen des Gesundheitssystems scheint eine Klinische Sozialarbeit, die sich therapeutisch versteht, vor die zweifelhafte Wahl gestellt, sich entweder geltenden Standards anzupassen und sich stark selbst zu begrenzen. Damit wird allerdings nur ein Bruchteil der gesundheitsrelevanten Phänomene erfasst und sozial-professionell bearbeitbar. Oder aber das Gesundheitssystem wird – die Tradition fundamentaler Gesellschaftskritik in der Sozialtherapie fortsetzend – grundlegend in Frage gestellt. Damit wäre die Klinische Sozialarbeit aufgrund der herrschenden gesellschaftlichen Kräfteverhältnisse weitgehend zur Bedeutungslosigkeit verurteilt.

Als ein Hoffnungsschimmer kann in dieser (hier stark vereinfacht und zugespitzt dargestellten) Lage betrachtet werden, dass das Gesundheitssystem in seiner gegenwärtigen Form an Grenzen stößt und in die Krise geraten ist. Im Zuge der Reflexion über die zukünftige Ausrichtung und Gestaltung des Gesundheitssystems werden Begriffe wie „Lebensqualität“, „Alltagsorientierung“, „ungleiche Gesundheitschancen“ in Verbindung mit einem biopsychosozialen Verständnis von Krankheit und Gesundheit in bislang ungekanntem Ausmaß in gesundheitspolitischen Debatten verwendet – gerade auch in der Schweiz (BAG 2013; SAGW 2013). Dass Überlegungen dieser Art stark auch durch die Kostenexplosion im Gesundheitswesen motiviert erscheinen, heißt nicht, dass darin keine Chancen für die Klinische Sozialarbeit bestehen.

Um diese Gelegenheitsstruktur zu nutzen, sind auch fachinterne Herausforderungen zu bewältigen. Eine wichtige,

hier exemplarisch ausgewählte Aufgabe ist, den Gegenstandsbereich der Sozialtherapie zu bestimmen. Eine grobe Charakterisierung kann zunächst dahingehend erfolgen, das meso-soziale Aggregierungsniveau des Sozialen als typisch anzunehmen. Vermittlungen von <<Handlung>> und <<Struktur>>, Individuum und Gesellschaft, die die Soziale Arbeit generell ausmachen, vollziehen sich in meso-sozialen Räumen, *zwischen* mikro- und makrosozialer Ebene. Obwohl die mikro- und makrosozialen Ebenen sozialtherapeutisch relevant sind und durchlässige Grenzen dazu bestehen, trägt der meso-soziale Fokus zur Abgrenzung des Gegenstandsbereichs und damit auch zur Profilbildung bei. Sozialtherapie sollte sich – trotz unstrittig gegebener Anschlussstellen – einerseits von Psychotherapie und andererseits vom Anspruch der Gestaltung des Politischen hinreichend unterscheiden. Letztere Abgrenzung war vor allem in der Vergangenheit, erstere ist eher in der Gegenwart nicht durchgängig klar. Geeignete theoretische Konzepte, die zur näheren Bestimmung des Gegenstands der Sozialtherapie beitragen können, sind u. a. „Lebenslage“ (vgl. Hahn und Pauls 2015; Sieper und Petzold 2011), „soziale Netzwerke“ (Berkman und Krishna 2014; Fischer und Kosellek 2018) und „Lebensführung“ (Sommerfeld et al. 2011; Sommerfeld et al. 2016).

Neben der sozialtheoretischen Eingrenzung sind auch die eher interventionspraktischen Zugänge geeignet, den Gegenstand der Sozialtherapie zu präzisieren. Für die Entwicklung von Verfahren, Methoden und Instrumenten ist dabei die Zusammenarbeit von Disziplin und Profession unerlässlich. Dies gilt für eine Methode wie die Sozialtherapie, die sich im ausgeprägten Wissens-Macht-Dispositiv des Gesundheitssystems behaupten möchte, in besonderem Maße. Für Sozialarbeitende, die in klinischen Feldern tätig sind, ist die Arbeit, die geleistet wird, oft schwer auf den Begriff zu bringen, kann nicht gut gemessen und dargestellt werden. Daraus resultieren Aufgaben in Aus- und Weiterbildung, aber auch für die Forschung und Theoriebildung. Ein Forschungsbereich, der in

Wissenschaft und Praxis von besonderer Aktualität ist, ist die Wirkungsforschung.

Zukunftsfeld Wirkungsforschung

Im Jahr 2012 lud das Institut Soziale Arbeit und Gesundheit der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, im Gesundheitsbereich Sozialer Arbeit tätige Fach- und Führungskräfte zu einem Workshop ein, um sich fachlich auszutauschen und mögliche Themenbereiche für die Kooperation von Wissenschaft und Praxis zu identifizieren. Ohne thematische Vorgaben wurden dabei Interessen gesammelt, die die Praxisvertreter*innen in Verbindung mit der Hochschule haben. Im Bereich Forschung kristallisierte sich Wirkung als favorisiertes Themenfeld heraus. Der Zusammenhang dieses Interesses wurde deutlich: „Wir werden gemessen durch die Ökonomen“, brachte es eine Teilnehmerin auf den Punkt. Im Zuge der stupenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens gerät Soziale Arbeit zunehmend unter Legitimationsdruck. Unse-

re Position ist: Wenn Disziplin und Profession es nicht gemeinsam schaffen, definierte Interventionen und fachlich angemessene Wirkungsindikatoren zu entwickeln und zu implementieren, Daten im Sinne eines Monitorings zu sammeln und auszuwerten, sowie fachlich angemessene Wirksamkeitsnachweise zu erzielen und gegen extern zu vertreten, werden weiterhin und folgenreich fachfremde Maßstäbe an die Klinische Sozialarbeit angelegt werden. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wird derzeit am Institut Soziale Arbeit und Gesundheit eine Wirkungsstudie („ALIMEnt“, vgl. Hüttemann, Solèr, Süssstrunk und Sommerfeld 2017) durchgeführt, und es sind weitere Aktivitäten und Vernetzungen zu diesem Themenfeld geplant. Die Studie ist primär qualitativ ausgerichtet, hat aber auch einen quantitativen Teil. Im Folgenden sollen 2 ausgewählte Zwischenergebnisse kurz vorgestellt werden. Eines bezieht sich auf die Leistungserbringung, den Interventionskontext, das andere auf die Outcomes. Der Aspekt, der in Bezug auf den

Interventionskontext berichtet werden soll, wurde bei einer Einrichtung der Suchthilfe rekonstruiert. Menschen mit schweren Suchtkrankheiten haben in ihrer Biografie typischerweise massive Defizite, Belastungen und Störungen und im Zuge ihrer „Karriere“ rezidivierende Interventionen, Maßnahmen und Sanktionen erfahren. Diese schwer beeinträchtigen Menschen werden in der untersuchten Einrichtung erfolgreich begleitet. Erfolg bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Klient*innen in der Einrichtung verbleiben, längerfristig stabilisiert werden können und ein zufriedenstellendes bis gutes Maß an Lebensqualität erreichen. Als ein zentraler Wirkfaktor auf der organisationalen Ebene wurde rekonstruiert, dass die Organisation ein umfassendes, vernetztes Spektrum an Angeboten bereithält, das nahezu alle Lebensbereiche der Klient*innen abzudecken vermag. Somit wird ein dichtes (aber auch differenziert nutzbares) Milieu erzeugt, das zu den bisherigen, prekären Sozialisationserfahrungen ein stabilisierendes

Anzeige

MASTER KLINISCHE SOZIALARBEIT

Berufsbegleitender postgradualer Masterstudiengang

Voraussetzungen:

berufsqualifizierender Abschluss eines Hochschulstudiums, mindestens einjährige einschlägige Berufspraxis

Studienumfang:

90 Credits

Studienkosten:

z. Zt. 7.000,- Euro

Bewerbungsschluss:

1. Juli 2020

Studienbeginn:

WS 2020/21

Kontakt/Informationen:

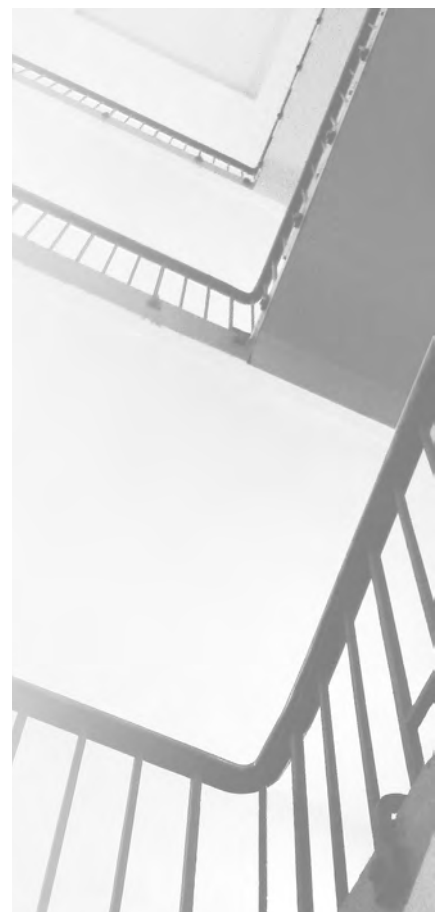
Katholische Hochschule für Sozialwesen
Köpenicker Allee 39-57
10318 Berlin

Ansprechpartnerin:

Margit Wagner
Tel. +49 (0)30. 50 10 10 - 47
margit.wagner@khsb-berlin.de



www.khsb-berlin.de

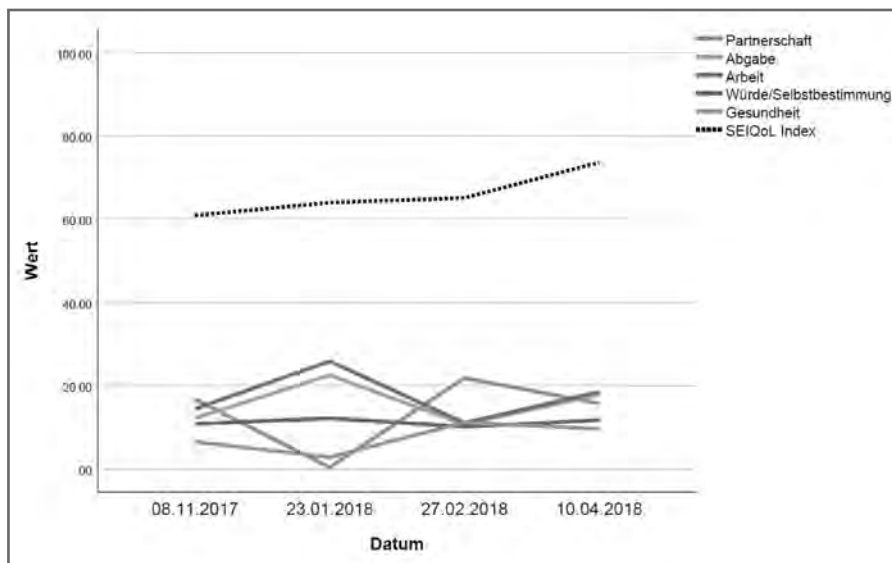


und korrigierendes Gegengewicht aufzubauen vermag. Voraussetzungen für dieses Angebot sind:

- günstige politische, gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen auf kantonaler Ebene, die
- zu einer quantitativ und qualitativ aufwendigen Personalentwicklung genutzt wurden, die
- in einem durch Partizipation, Kooperation und Arbeitszufriedenheit geprägten Betriebsklima umgesetzt werden.

Deutlich wird in der Rekonstruktion, dass die Kompetenzen in der direkten Praxis (die aus Sicht der Forschenden methodisch durchaus Entwicklungspotenzial aufweisen) im Verbund mit Vernetzung, intra- und interprofessioneller Kooperation und Milieubildung und unter den Voraussetzungen bestimmter Rahmenbedingungen Hebelwirkungen erzielen. Dies lässt sich als eine charakteristische Figuration annehmen, wie in der Klinischen Sozialarbeit Wirkungen hervorgebracht werden. Die Leistungen, die für ein solch komplexes Angebot erbracht werden müssen, sind absolut betrachtet kostspielig, aber als (hoch)effiziente Mittelallokation einzuschätzen, wenn die Kosten vorheriger Maßnahmen für die Klient*innen mitbetrachtet werden.

Abbildung: Entwicklungsverlauf der Lebensqualität (SEIQoL) eines Klienten der Suchthilfe



Zur Messung der Outcomes bei den Klient*innen werden in der Studie 2 Instrumente – SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life; O’Boyle et al. 1993) und OxCAP (Oxford Capabilities Questionnaire; Simon et al. 2013) – eingesetzt, und zwar längsschnittlich zu 4 Erhebungszeitpunkten in einem halben Jahr. OxCAP ist ein Fragebogen zur Lebensqualität mit festgelegten 17 items; beim SEIQoL werden 5 persönlich bedeutsame Dimensionen von Lebensqualität von der befragten Person individuell benannt und in Bezug auf Zu-

friedenheit und subjektive Bedeutung eingeschätzt. OxCAP kann insofern eher als objektiver, SEIQoL eher als subjektiver Zugang zum grundsätzlich beide Aspekte umfassenden Konstrukt „Lebensqualität“ aufgefasst werden. In der vorliegenden, nicht repräsentativen Untersuchung verhalten sich die Indices beider Instrumente in den bisher ausgewerteten Entwicklungsverläufen ähnlich. Am Beispiel des Entwicklungsverlaufs eines Klienten soll die anwendungsbezogene Relevanz vor allem des SEIQoL aufgezeigt werden (siehe Abb.).

Literatur:

BAG, Bundesamt für Gesundheit (2013): **Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates**. Bern: Eigenverlag.

Bereswill, M.; Equit, C.; Burmeister, C. (Hg.) (2018): **Bewältigung von Nicht-Anerkennung. Modi von Ausgrenzung, Anerkennung und Zugehörigkeit**. Weinheim: Beltz Verlag.

Berkman, L. F.; Krishna, A. (2014): **Social Network Epidemiology**. In: Berkman, L. F.; Kawachi, I.; Glymour, M. (Hg.): *Social Epidemiology*. Oxford University Press, S. 234–289.

BFS, Bundesamt für Statistik (2017): **Beschäftigungsstatistik – Beschäftigte nach Wirtschaftsabteilung, Beschäftigungsgrad und Geschlecht**. Interaktive Tabellen STAT-TAB. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.

Emcke, C. (2016): **Gegen den Hass**. Frankfurt am Main: Verlag S. Fischer.

Fischer, J.; Kosellek, T. (2018): **Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen**. Weinheim: Beltz Verlag.

Pauls, H.; Hahn, G. (2015): **Sozialtherapie**. In: Lammel, U. A.; Jungbauer, J.; Trost, A. (Hg.): *Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit. Grundpositionen, Forschungsbefunde, Praxiskonzepte*. Dortmund: Verlag modernes lernen, S. 29–44.

Hüttemann, M.; Rügger, C.; Wüsten, G. (2015): **Klinische Sozialarbeit**. In: Aebi, D.; Benz Bartoletta, P.; Meier Kressig, M.; Riedi, A. M.; Zwilling, M. (Hg.): *Handbuch Sozialwesen Schweiz*, 2. Auflage, S. 334–339.

Hüttemann, M.; Solèr, M.; Süsstrunk, S.; Sommerfeld, P. (2017): **Wirkungsforschung und -evaluation in der Klinischen Sozialarbeit**. In: *Klinische Sozialarbeit*, Jg. 13, Heft 3, S. 4–6.

O’Boyle, C. A.; Browne, J.; Hickey, A.; McGee, H. M.; Joyce, C. R. B. (1993): **The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL): a Direct Weighting procedure for Quality of Life Domains (SEIQoL-DW)**. Administration Manual. Dublin: Department of Psychology. Royal College of Surgeons in Ireland.

Pauls, H. (2013): **Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung**. 3. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.

Petzold, H.; Sieper, J. (2011): **Soziotherapie/ Sozialtherapie – ein unverzichtbares Instrument gegen soziale Exklusion und für die psychosoziale Hilfeleistung in „prekären Lebenslagen“**. In: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, 3/2011.

SAGW, Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (2013):

Gesundheitsforschung. Perspektiven der Sozialwissenschaften

Simon, J.; Anand, P.; Gray, A.; Rugkåsa, J.; Yeeles, K.; Burns, T. (2013): **Operationalising the capability approach for outcome measurement in mental health research**. In: *Social Science & Medicine*, Jg. 98, S. 187–196.

Sommerfeld, P.; Solèr, M.; Süsstrunk, S. (2019, im Erscheinen): **Lebensverlauf, Kontext, Zeit und Wirkung sozialarbeiterischer Intervention**. In: *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit*, Jg. 13, Nr. 25/26, 1/2019.

Sommerfeld, P.; Hollenstein, L.; Calzaferrri, R. (2011): **Integration und Lebensführung**. Wiesbaden: Springer Link.

Sommerfeld, P.; Dällenbach, R.; Rügger, C.; Hollenstein, L. (2016): **Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie**. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer VS.

Spitzer, M. (2018): **Einsamkeit. Die unerkannte Krankheit**. München.

Willutzki, U. (2013): **Ressourcen: Einige Bemerkungen zur Begriffsklärung**. In: Schemmel, H.; Schaller, J. (Hg.): *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, S.61–82.

Im Untersuchungszeitraum ist beim Klienten ein Anstieg der individuell eingeschätzten Lebensqualität zu beobachten. Dieser Trend zeigt sich auch im OxCAP. Anhand des SEIQoL wird nun die Dynamik in den persönlich bedeutsamen Lebensbereichen deutlich. Die Stabilisierung der Lebensqualität wird erreicht, indem Einbußen von Lebensqualität in einem Lebensbereich (Partnerschaft) durch Verbesserungen in anderen Bereichen (Arbeit, Methadon-Abgabe) kompensiert werden. Solche Beobachtungen werden den Untersuchungsteilnehmenden im abschließenden Interview zurückgemeldet, werden von diesen nach unseren bisherigen Erfahrungen gut verstanden und führen

zu aufschlussreichen Erläuterungen der Klient*innen. Datenerhebungen und -auswertungen dieser Art sind damit interventionspraktisch in hohem Maß bedeutsam, für Forschung und Evaluation ergiebig, sowie für Management, Steuerung und Wirksamkeitsnachweise im politischen Kontext anschlussfähig.

Ausblick

Soweit wir es überblicken, sind die Herausforderungen und Chancen für die Klinische Sozialarbeit in der Schweiz ähnlich gelagert wie in Deutschland und Österreich. Dass es im Unterschied zu diesen Ländern in der Schweiz (bisher noch) keinen konsekutiven Master-Studiengang in Klinischer Sozialar-

beit gibt, könnte einer der Gründe dafür sein, dass Klinische Sozialarbeit in der Schweiz in der professionellen Praxis (bisher) keine prägende, identitätsstiftende Wirkung entfaltet zu haben scheint. Unseres Erachtens ist der Begriff Klinische Sozialarbeit gut geeignet. Wichtiger als die Bezeichnung ist aber, dass die anspruchsvolle Arbeit an und in der sozialen Dimension von Gesundheit von wissenschaftlich und methodisch hoch qualifizierten Fachpersonen Sozialer Arbeit ausgeübt wird. Die Option, diese Qualifikation auch in der Schweiz durch einen konsekutiven Master-Studiengang erreichen zu können, stellt insofern ein Desiderat dar.

Der österreichische Blick auf die Klinische Soziale Arbeit

Stand der Entwicklung, Verortung und Perspektiven

Elisabeth Steiner und Heinz Wilfing

Die Veränderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen führen zu einer Zunahme chronisch kranker, seelisch potenziell gefährdeter Personen in mehrfach belastenden Lebenssituationen. Dies erfordert eine spezialisierte psycho-soziale Behandlung, die sich disziplinar in der klinischen Behandlung verankert. Es herrscht weitgehend Konsens darüber, dass neben der oft rein somatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung eine „Ergänzung durch eine sozialtherapeutische Perspektive“ erforderlich ist, „die den Anspruch an komplexe Problemwahrnehmung und integrative Problembearbeitung, theoretisch, methodisch und praktisch einlöst“ (Lammel und Pauls 2017, S. 7). Hier setzt Klinische Sozialarbeit mit ihren spezifischen Zugängen ein.

Wie sich Klinische Soziale Arbeit aktuell verortet, auf welche historische Entwicklung sie in Österreich zurückgreift, wo sie disziplinar nach nunmehr 10-jährigem Ausbildungsangebot auf Master-

niveau steht und welche Perspektiven sie auf mehreren Ebenen entwickeln kann, soll in Folge dargestellt werden.

Historische Entwicklung aus österreichischer Perspektive

Auf die Gefahr hin, einer fachhistorischen Anmaßung bezichtigt zu werden, sei hier die These postuliert, dass die Klinische Sozialarbeit, auch in ihrer Form als Clinical Social Work in den USA, ihren Ursprung in Wien hat. Es wird nicht verwundern, dass sich bei der Suche nach den Anfängen schnell ein Bezug zu Freud findet: „Vielleicht kommt noch einmal ein Amerikaner auf den Einfall, es sich ein Stück Geld kosten zu lassen, um die social worker seines Landes analytisch zu schulen und eine Hilfstruppe zur Bekämpfung der kulturellen Neurosen aus ihnen zu machen“ (Freud 1926, S. 307).

Otto Rank, Sekretär der Psychoanalytischen Vereinigung und früher Anhänger und Wegbegleiter Freuds, betonte später in den USA die Bedeutung des „Agierens“ (vgl. Titscher 1994). In heutiger Terminologie meint dies ein inter-

venierendes Handeln, ausdrücklich auch durch nichtärztliche Professionen, was Ranks eigener Biografie entsprach. Der gelernte Kaufmann studierte im zweiten Bildungsweg Philosophie und Psychologie, er war somit kein Sozialarbeiter im Sinne einer spezifisch-professionellen Ausbildung, wie sie als „Akademie für Soziale Verwaltung“ schon damals in Wien existierte. Auch viele seiner späteren Gefolgsleute wiesen andere akademische Vorbildungen auf, ehe sie sich mit Konzepten einer (klinischen) sozialen Arbeit zu befassen begannen.

Diese Entwicklungslinie, auf Freuds Initiativen basierend, wurde fortgeführt. Die aktuelle Situation in Österreich lässt weiterhin einen Bezug zu diesen historischen Wurzeln erkennen. Der Ansatz einer behandelnden Sozialarbeit hat in der Folge jedoch gegenüber anderen europäischen Ländern einen längeren Entwicklungszeitraum in Anspruch genommen. Die nationalsozialistische Herrschaft pervertierte in Deutschland wie im angeschlossenen