

SiT

MITTEILUNGSBLATT
DES TIROLER
BERUFSVERBANDES
DIPLOMIERTER
SOZIALARBEITER/INNEN

in Tirol

JUNI 1992
NUMMER 24

SOZIALARBEIT

Themen-Schwerpunkt

Sozialarbeit im Krankenhaus

→ St. Martin: Konzept

→ Fortbildung TBDS

→ Achtung Sozialstaat

→ JOBSERVICE

Inhalt

SIT • Nr. 24, Juni 1992

- 3 Aus dem Vorstand – Editorial
- 4 Fortbildungsveranstaltung des TBDS
- 5 Sozialpädagogisches Zentrum
St. Martin – Ideen und Konzept
- 8 Sozialarbeit im Krankenhaus –
ihre unverwechselbare, nicht substituierbare Funktion
- 17 Buchbesprechung:
Achtung Sozialstaat
- 18 Jobservice
- 18 Termine

*Liebe LeserInnen!
Liebe Mitglieder!*

Die Tagung unseres Berufsverbandes über Sozialarbeit in der Jugendwohlfahrt am 9. und 10. März 1992 war erfreulicherweise gut besucht und hat meiner Meinung nach auch inhaltlich einige interessante Perspektiven aufgezeigt.

Unsere Mitarbeit im Jugendwohlfahrtsbeirat empfinde ich in diesem Zusammenhang als sehr wichtig und positiv.

In einer Klausurtagung im September wollen wir unsere nächsten Aktivitäten diskutieren und festlegen.

Aber schon vorher wollen wir uns mit dem Kapitel "Fachhochschule" intensiver auseinandersetzen, da am 1.8.1992 in Wien eine außerordentliche Bundeskonferenz des ÖBDS zu diesem Thema stattfindet; dabei soll eine einheitliche ÖBDS-Meinung zu diesem Komplex diskutiert und beschlossen werden.

Ich persönlich glaube, daß ohne die EG-Beitrittshysterie die Einführung der vierjährigen Fachhochschule - d.h. die neuerliche Verlängerung der Ausbildung um ein Jahr - nicht so forciert würde. Ich denke, zuerst sollte wohl einmal die Verlängerung auf die dreijährige Ausbildung an der Sozialakademie einer genauen Evaluierung unterzogen werden. Zu diesem brisanten Thema wird in den nächsten Wochen und Monaten noch Einiges zu hören und zu lesen sein (Achtung: Zu diesem Thema findet am 29.6.1992

Impressum:

SIT - Mitteilungsblatt des Tiroler Berufsverbandes Diplomierter SozialarbeiterInnen.

Medieninhaber, Herausgeber, Redaktion:

Tiroler Berufsverband Diplomierter

SozialarbeiterInnen,

6021 Innsbruck, Postfach 775.

Satz: Rudolf•Hoideger

Druck: GIM

Erscheinungsort und Verlagspostamt

6020 Innsbruck

eine offene Vorstandssitzung im BTZ, Peter-Mayr-Strasse um 18 Uhr statt).

Vor zwei Wochen wurde mir wieder einmal bewußt, daß unsere Berufsgruppe nicht gerade zu den Beliebtesten gehört. Am 14.5.1992 fand in der Jesuitenkirche ein Bittgottesdienst mit Bischof DDr. Klaus Küng für die "Ungeborenen" statt, veranstaltet von einer dubiosen Aktionsgruppe "für das Leben" (Pro Vita), die insbesondere gegen die Abtreibung auftritt. Diese Gruppe tritt in diesem Zusammenhang unter anderem auch für Berufsverbote ein: "für all jene Frauenärzte, die - wie es leider oft geschieht - schwangeren Frauen über 40 Jahren und solchen, deren Kind behindert zur Welt kommen könnte, routinemäßig den Abbruch empfehlen, und für all jene Sozialarbeiter, deren Kreativität und Einsatzbereitschaft nicht weiter reicht, als Schwangeren in Not zur Abtreibung zu raten und für deren Finanzierung aus öffentlichen Geldern zu sorgen. (TT 16/17.5.1992, Seite 8)

Zufällig konnte ich mit zwei Proponenten dieser fundamentalistisch-religiösen Gruppe kürzlich ein Gespräch führen, das aber zu keinem Ergebnis führte. Mein persönlicher Eindruck: Es ist tragisch, daß der religiöse Fundamentalismus auch in Tirol sich immer stärker bemerkbar macht. Allerdings dürfte diese Gruppe mit ihren Forderungen nicht viel Unterstützung finden (die "Aktion Leben" hat sich mir gegenüber davon distanziert), weshalb wir im Vorstand der Meinung waren, keine großen Gegenaktionen setzen zu müssen. es zeigt sich aber auch, wie wichtig die Trennung von Kirche und Staat ist, auch wenn man nicht mit allen staatlichen Gesetzen einverstanden sein mag.

Zum Schluß wünsche ich allen Mitgliedern unseres Berufsverbandes einen schönen Sommer und einen erholsamen Urlaub. Der nächste Herbst kommt bestimmt.

Jossie Brettauer
Vorsitzender

Bericht zur Fortbildungsveranstaltung des TBDS am 9. und 10.3.1992*

Was "WOHLT" ihr da? Was "MACHT" ihr da?

Am ersten Vormittag referierte Frau Dr. Staub-Bernasconi zum Thema: Macht und soziale Arbeit. Überraschend verständlich (im Vergleich zu ihren bisher erschienenen Büchern) erläuterte sie ihre Machttheorie. Sie begann mit der Schwierigkeit herauszufinden, was Macht ist, auch anhand ihrer eigenen Machtbiographie. Der bewußte Umgang mit der Kritik an Machtstrukturen, den eigenen Machtwünschen, Machtabsichtserklärungen und das Reflektieren der Wirkungsweisen von Phantasien der Ohnmacht ist Grundlage für einen wesentlichen Bereich der Theorie der sozialen Arbeit. Die Unterscheidung in begrenzende und behindernde Macht (eine Weiterentwicklung der Unterscheidung positive und negative Macht) verlangte von den Teilnehmern an der Tagung große Aufmerksamkeit, um wirklich einordenbar zu sein. Frau Staub-Bernasconi plädierte dafür, daß man über Macht auch sprechen kann - sowohl was die Institutionen betrifft als auch was die Machtbiographien der Klienten betrifft.

Am Nachmittag fuhr Frau Hölzl mit einem Referat über ihre Einschätzung der Sozialarbeiter an den Jugendämtern fort. Sie fürchtet vor allem ein Abdriften in zeitgeistige Oberflächlichkeit bzw. Profilierung durch Professionalität in eine Richtung, die sich eigentlich mehr zur Therapie bewegt und weg von Sozialarbeit, die sich als Anwalt von sozial Benachteiligten versteht.

In der anschließenden Diskussion ohne spezielle Themenvorgabe wurden die Eindrücke dieser umfassenden Referate bearbeitet.

Am zweiten Vormittag referierte Peter Pantucek zum Thema: Organisationsformen im Jugendwohlfahrtsbereich. Ausgehend vom gesellschaftlichen Wandel über eine neutrale Analyse der Angebotsstruktur am sozialen Markt kam er zum veränderten Bedarf an sozialen Institutionen. Zum Jugendamt meinte Peter Pantucek, daß es im Bereich der sozialen Arbeit zumindest mittelfristig wohl ein Zentrum bleiben wird, da es eine starke Tradition hat, flächendeckend institutionalisiert ist, und allzuständig ist. Allerdings listete er auch einige vor allem strukturell bedingte Mängel auf. Daraus ergeben sich dann auch seine Vorstellungen, wo die Bürokratie reformierbar sein kann:

- Verabschiedung von Mythos, daß alle alles gleich gut können; Fachdebatte ermöglichen (österreichweite Zeitung, etc.)

- persönliche Profilierung soll möglich sein
- wirkliche Projektarbeit (definierte Aufgabe des Zeitraums, des Entscheidungsbereiches, des Ressourcenzuganges)
- Gemeinwesenorientierung

Am Nachmittag wurde in Gruppenarbeit und dann im Plenum über Klientenrechte gesprochen, was unmittelbar den Inhalt des ersten Referates wieder zum Thema machte. Mit einer Feedbackrunde endete die Tagung.

Georg Sponring

*** Von der Tagung wird ein Protokoll erstellt; die relevanten Passagen werden im nächsten SIT veröffentlicht.**

Ideen und grundsätzliche Überlegungen zum Konzept Sozialpädagogisches Zentrum St. Martin

Das Grundkonzept für diese Einrichtung ist schon seit einem Jahr ausgearbeitet und im engem Jugendwohlfahrtsbereich bekannt. Seit gut einem halben Jahr wird nun an der ganz konkreten Umsetzung dieses Konzeptes gearbeitet. Es wird umgebaut, adaptiert und überlegt wie das Haus als Ganzes zusammenwirken kann.

Die Ideen und grundsätzlichen Überlegungen, die es dazu gibt, möchten wir im folgenden - auszugsweise - einer breiteren Öffentlichkeit präsentieren.

1. Das "Haus St. Martin" soll ein offenes Haus mit verschiedenen Nutzungen sein. Kern des Hauses ist das "sozialpädagogische Zentrum". Der Direktor des Zentrums ist Verwalter des ganzen Hauses. Die anderen Nutzungen des Hauses müssen mit dem Zentrum vereinbar, besser noch, sie sollten ihm von Nutzen sein und das Image des Hauses fördern.

Im Moment wird das Haus durch eine Haushaltungsschule, einen privaten Kindergarten, und die Bezirksbildstelle mitbenützt.

Weitere Nutzungen müssen nach den oben genannten Kriterien geprüft werden. Die Hereinnahme eines Beschäftigungsprojektes eines privaten Vereines in Zusammenarbeit mit der Arbeitsmarktverwaltung war geplant. Sie kommt jetzt nicht zur Verwirklichung, zeigt aber die Richtung an, in die überlegt wird.

Einmal im Monat (bei Bedarf öfter) sollen sich die Leiter aller Einrichtungen im Haus zwecks Information und Koordination treffen.

2. Den Kernbereich bildet das Zentrum St. Martin. Dieses besteht aus Wohngruppen, Pool, Familienkrisenwohnung(en) und Übergangswohnmöglichkeiten für alleinstehende schwangere Mädchen und junge Mütter. Das Zentrum soll Seminare, Fortbildungs- und Kulturveranstaltungen sowie Arbeitstraining (Berufsfindung und soziales Kompetenztraining) durchführen bzw. anbieten. Solche Aktivitäten helfen den Jugendlichen, fördern das Image des Hauses und schaffen Verbundenheit mit dem Haus.

Für die Mitglieder der Wohngruppen stehen 15 Betten zur Verfügung. Im Moment sind zwei Wohngruppen für männliche Jugendliche installiert. Es soll 1993 zusätzlich eine dritte Wohngruppe für weibliche Jugendliche entstehen.

Der Pool verfügt über eine Reihe von Außenwohnungen (ein oder zwei Zimmer). Diese Wohnungen befinden sich nicht nur im Bereich Schwaz, sondern werden bei Bedarf auch in anderen Regionen Tirols angemietet. Der Pool bietet ein Bezugszentrum für die in den Außenwohnungen lebenden Jugendlichen im Haus. In diesem Bezugszentrum gibt es Kommunikation, Beratung, Berufsschulhilfe, Freizeitangebote (Tischtennis, TV, Teeküche, Spiele ...), Serviceangebote (Waschmaschine, Trockner, Nähmaschine ...), Krankenzimmer und Notschlafstelle. Die Betreuung der dezentral wohnenden Jugendlichen erfolgt vom Haus aus und/oder von außen (Sozialarbeiter der Bezirksverwaltungsbehörden, privater Verein), je nach Lage der Wohnung und Bedürfnissen des Jugendlichen. In den Außenwohnungen leben Jugendliche, die aus dem Heim schrittweise in die Selbständigkeit entlassen werden, aber auch Jugendliche, die direkt in die Wohnungen kommen, sei es, weil sie die intensive Heimbetreuung nicht brauchen, sei es, daß sie die Enge eines Heimes nicht ertragen. Die Jugendlichen in den Außenwohnungen gehören aber zum Zentrum. Weiters hat der Pool für die erforderlichen Lehrstellen und Arbeitsplätze zu sorgen. Eine entsprechende Infrastruktur ist durch Kontakt mit kooperationsbereiten Arbeitgebern zu schaffen.

Die Familienkrisenwohnung gewährt primär Unterkunft, die soziale Begleitung geschieht durch die einweisende Stelle.

Für die Mutter-Kind-Einheiten wird eine Betreuung, die Erfahrung im Umgang mit Säuglingen hat, erforderlich sein. Die erste dieser Einheiten wird noch heuer angeboten werden.

3. Die Entscheidungsträger des Zentrums sind der Direktor, das sozialpädagogische Leitungsgremium, die Erzieher.

Diese Entscheidungsträger sind in die Organisationsstruktur (Hierarchie) der Landesverwaltung eingebunden. Die Entscheidungen sollen soweit wie möglich in den unteren Ebenen getroffen werden.

Das sozialpädagogische Leitungsgremium besteht aus dem Direktor als Vorsitzenden, einem Vertreter der Abteilung Vb, zwei Vertretern der freien Jugendwohlfahrt (Verein für Soziale Arbeit, ARGE Wohngemeinschaften), zwei Vertretern von Bezirksverwaltungsbehörden (Stadtjugendamt, eine Bezirkshauptmannschaft), dem Psychotherapeuten und zwei Erziehern (je einer aus Wohngruppe und Pool). Das Gremium legt Rahmenrichtlinien für die Führung des Hauses fest, entscheidet in Fragen, die von Direktor oder Erzieherschaft herangetragen werden, und ist Kontrollinstanz.

4. Im Grundkonzept war noch geplant Mädchen und Burschen nach dem Pflichtschulalter aufzunehmen. Da es sehr viele Anfragen gab auch jüngere Jugendliche zu nehmen, wurde darauf reagiert. Jugendliche ab dem 12. Lebensjahr werden aufgenommen.

Die Entscheidung über die Aufnahme soll eine gemeinsame Entscheidung sein (Jugendlicher, Bezugsperson, Jugendamt, Direktor, Team). Wenn ein Jugendlicher nicht in das Zentrum aufgenommen werden oder nicht mehr dort bleiben kann (z.B. Drogensüchtiger), muß dies begründet und eine Alternative angeboten werden. Das Zentrum ist ein Serviceangebot, niemand kann mit Zwang im Haus gehalten werden, es gibt keine geschlossenen Bereiche. Eine Probezeit von drei Monaten, nach der wieder gemeinsam über den weiteren Verbleib entschieden wird, ist sinnvoll. Der Aufenthalt im Zentrum muß ständig indiziert sein, der zuständige Sozialarbeiter und die Herkunftsfamilie müssen einbezogen werden.

Die Zusammenstellung der Gruppen bzw. Belegung der Zimmer richtet sich nach den Bedürfnissen und Wünschen der Jugendlichen (mehrfach belegte Zimmer, oder Rückzug in Einzelzimmer). Es besteht kein Zwang, alle Betten zu belegen. Die Außenwohnungen erhöhen die Variationsmöglichkeiten. Mit sehr schwierigen Jugendlichen muß gerechnet werden, die verschiedenen Möglichkeiten werden Ablehnungen von Aufnahmen selten notwendig machen. Die Jugendlichen bleiben solange wie individuell nötig im Heim.

Selbständige Lebensführung, angemessene Mitbestimmung über Abläufe im Heim (Hausversammlung) und das Lernen von Konfliktbewältigung sind wichtige Erziehungsziele.

Die Eingliederung in den Arbeitsprozeß ist ein ganz wichtiges Ziel, aktives Bemühen des Personals in diese Richtung ist erforderlich, wobei aber Rückfälle von Jugendlichen zu akzeptieren sind. Beschäftigungstherapeutische Möglichkeiten als Vorbereitung für die Aufnahmen einer Arbeit sind im Haus anzubieten. Arbeitseinkommen vergrößert die Konsummöglichkeiten.

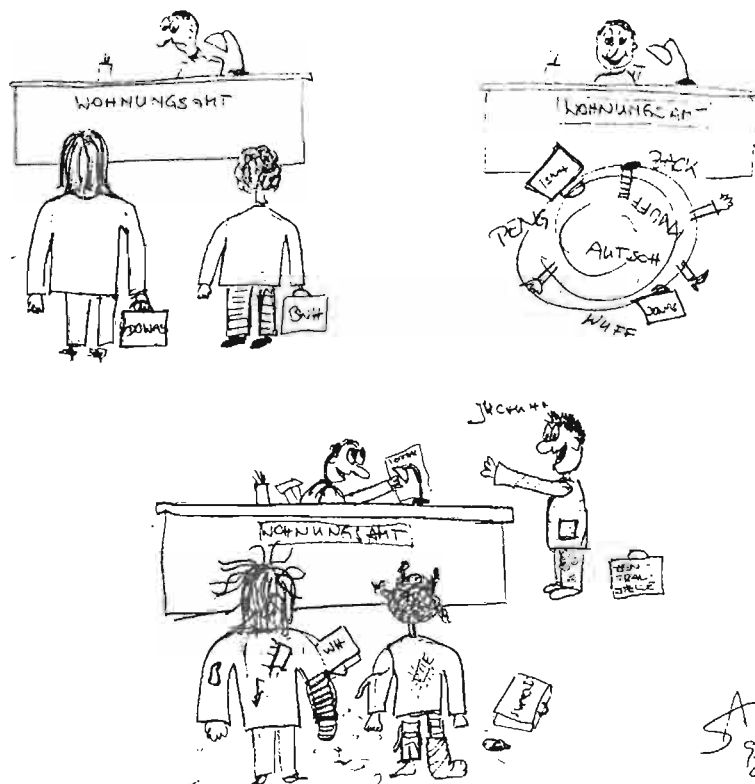
Die Erzieher haben mit Fachwissen und Einfühlung in die Probleme der Jugendlichen um eine heilsame Atmosphäre im Haus bemüht zu sein. Sie haben sich daher einer intensiven Fortbildung und Supervision zu unterziehen. Das Haus hat im erforderlichen Ausmaß einen ständigen systemisch ausgerichteten Psychotherapeuten beizuziehen, der sich regelmäßig auch im Haus aufhält und im Leitungsgremium vertreten ist. Damit ist aber nicht ausgeschlossen, daß, so dies zielführend ist, erforderliche therapeutische Hilfe im Einzelfall auch von einer anderen Person geleistet wird.

5. Im Rahmen des Heimbudgets ist ein Posten für Taschengeld, notwendige Kleidung und zur Finanzierung von Freizeitgestaltung vorzusehen. Die soll im Tagsatz Berücksichtigung finden.

6. Im Moment sind zehn Planposten für ErzieherInnen und zwei für Haushälterinnen vorhanden. Für 1993 sind zumindest vier weitere Posten angestrebt, um die dritte Wohngruppe und die Mutter-Kind-Einheit zu realisieren. Das pädagogische Personal muß einschlägig ausgebildet (Erzieherschule, Sozialakademie) und zu laufender Fortbildung und Supervision bereit sein. Der Direktor heißt Herr Kiechl, er vertritt in erster Instanz das Zentrum nach außen.

7. Dieses Konzept kann nichts Endgültiges sein. Weitere Überlegungen sowie die praktische Arbeit im Haus können Änderungen erforderlich machen. D.h. Wünsche und Vorstellungen für notwendige Einrichtungen im Jugendwohlfahrtsbereich können auch in St. Martin deponiert werden, denn dort gibt es zumindest die Bereitschaft und in geringerem Maße auch die Ressourcen das eine oder andere umzusetzen.

Der Text wurde zum großen Teil aus dem Konzeptpapier des Landes direkt zitiert, für Auslassungen und Aktualisierungen ist Christof Gstrein verantwortlich.



Wohnungssüchtige SozialarbeiterInnen – oder: wenn zwei sich streiten, dann...

Der unverwechselbare, nicht substituierbare Anteil von Sozialarbeit im Krankenhaus

Prof. Dr. Hans Ulrich Senftleben

Der Titel des Vortrages stammt in der vorliegenden Form nicht von mir, obgleich Bruchstücke meiner ursprünglichen Vorstellungen darin enthalten sind. Der vorgesehene Titel ist anspruchsvoller als mein eigener es sein sollte; ich will versuchen, ihm gerecht zu werden und ihn angemessen mit Inhalten zu füllen.

Wenn Ihnen einige Aussagen provokativ, schwierig-verwickelt oder gar utopisch erscheinen werden, dann sind sie auch so gemeint. Ich werde den Vortrag in drei Abschnitte einteilen: einen *beschreibenden*, einen länger *begründenden* und einen kurzen *postulatorischen*. Der beschreibende Teil soll Ihnen meine Einschätzung zur gegenwärtigen Situation der Sozialarbeit im Krankenhaus wiedergeben; der begründende stellt einen ersten Versuch dar, den Hintergrund zu erarbeiten, auf den hin sich klinische Sozialarbeit sich abbilden könnte. Der letzte Teil wird von mir "postulatorisch" genannt, weil er Forderungen enthält, die für mich aus dem Vorausgegangenen als sachlich notwendig angenommen werden, ohne daß sie in einfacher Weise empirisch-wissenschaftlich belegt werden können. Der postularische Teil wird kürzer ausfallen, da ich voraussetze, daß sie dessen Inhalte hinlänglich kennen.

Seit längerer Zeit gibt es im Krankenhausbereich engagierte SozialarbeiterInnen. Eine Initiativgruppe organisierte bereits zwei Bundestagungen (siehe Resolution im SIT Nr. 24), in denen schwerpunktmäßig der Stellenwert der Sozialarbeit im Klinikbereich und die spezielle Arbeitssituation der SozialarbeiterInnen behandelt wurden.

Der folgende Artikel ist dem Mitteilungsblatt "Sozialdienst in Krankenhaus" (Sonderdruck 1/89, Hrsg. Dt. Vereinigung für Sozialdienst im Krankenhaus e.V.) entnommen, und setzt sich mit den oben genannten Themen auseinander.

Prof. Dr. Hans U. Senftleben lehrt an der Fachhochschule Wiesbaden, Fachbereich Sozialwesen.

BESCHREIBENDER TEIL

Das gestellte Thema impliziert, daß es mindestens zwei Anteile von Sozialarbeit im Krankenhaus geben muß: einen verwechsel- und substituierbare und eben jenen anderen der Vortragsüberschrift. Ich nenne Ihnen dazu ein wohlbe-

kanntes Beispiel: Einleitungen von Anschlußheilverfahren stellen typische ärztliche Maßnahmen dar, werden aber in der Regel von Sozialarbeitern (1) durchgeführt. Diese Leistungen sind offensichtlich substituierbar. "Substituieren" heißt: "An die Stelle setzen". Die Sozialarbeiter handeln hier anstelle von Ärzten, die eine ihnen eigene Aufgabe an eine andere Berufsgruppe abgegeben haben. Der Arzt wird dadurch in doppeltem Sinne entlastet - zum einen entlastet für andere mediko-technische Aufgaben, zum anderen entlastet von der mediko-sozialen Verantwortung für seinen Patienten über das Medizinische und bloß Körperliche hinaus. Aufgaben von der Art der Überleitung in Anschlußheilverfahren könnten ebensogut angelernte "Stationssekretäre" erledigen. In der Möglichkeit der Substitution dieser Leistungen liegt berufsbezogen zugleich das Verwechselbare.

Vermittlungstätigkeiten solcher oder ähnlicher Art führen fast alle klinikgebundenen Sozialdienste durch. Im Durchschnitt verbringen sie damit 40 Minuten pro Arbeitstag; ein Sechstel von ihnen benötigt dafür täglich drei oder mehr Stunden. Durchschnittlich ein Fünftel der Arbeitszeit scheint der klinische Sozialdienst Telefonarbeit zu leisten, die mit diesen Vermittlungen in enger Beziehung steht (2). Es hieße, Eulen nach Athen tragen und sie mit Allzubekanntem zu langweilen, wenn ich versuchte, Ihnen darzulegen, welcher Art die Einzelarbeiten sind, die Sozialarbeiter im Krankenhaus ausführen. Aus der Aufzählung dessen, was der klinische Sozialdienst im einzelnen leistet - wie komplett eine solche Liste auch sein mag - läßt sich zudem nicht entnehmen, was darin unverwechselbar oder nicht substituierbar ist.

Wenn für "nicht substituierbar" die Übertragung "nicht ersetzbar" gewählt wird, so bedeutet dies, daß zunächst eine "Setzung" vorhanden sein muß. "Unverwechselbar" steht für "nicht Platz machen" (denn ursprünglich stand das Wort "Wechsel" für "Weichen", "Platzmachen", d.h. der Sozialdienst im



Krankenhaus muß bereits seinen eigenen festen Platz gefunden haben. Nach der Studie zur klinischen Sozialarbeit in hessischen Krankenhäusern des somatischen Versorgungsbereichs (3) haben knapp zwei Drittel der Sozialdienste keine Stellenbeschreibung, d.h. es besteht in einer

Mehrzahl der Fälle keine "Setzung" (sprich "Satzung"); der Sozialdienst hat damit im Krankenhaus keinen klar umrissenen Platz. Er wird gleichsam in offizieller Unklarheit über seine Arbeitsfelder und Tätigkeitsbereiche gehalten. Wie tiefgreifend die Platzlosigkeit der Sozialarbeit im klinischen Bereich ist, läßt sich damit demonstrieren,

daß das zur Frankfurter Buchmesse 1989 vorgestellte "Lexikon Medizin-Ethik-Recht" (4) ein Stichwort "Sozialarbeit" nicht führt. Das wird Sie zunächst vielleicht nicht erstaunen. Wenn Sie jedoch erfahren, daß dasselbe Lexikon einen Artikel über klinische Seelsorge enthält und ein ver-

Der Arzt wird in doppeltem Sinne entlastet - zum einen entlastet für andere mediko-technische Aufgaben, zum anderen entlastet von der mediko-sozialen Verantwortung für seinen Patienten über das Medizinische und bloß Körperliche hinaus.

gleichbares englisches medizinethisches Lexikon (5) bereits vor zwölf Jahren einen Artikel zur Sozialarbeit als auch zur klinischen Seelsorge enthält, dann ist befremdendes Überraschtsein angezeigt. Im Vorwort zum deutschen Lexikon steht, daß es Verständigungsbrücken zwischen Ärzten, Patienten, Angehörigen, Krankenhausverwaltern, Seelsorgern, Sozialarbeiter u.s.w. bauen wolle. Ferner hebt es hervor, daß richtiges Handeln Faktenkenntnisse voraussetze. Da bestimmte Fakten (z.B. die soziale Dimension von Krankheit und Kranksein und die Sozialarbeit im Umfeld von Patienten) im Lexikon zur Medizinethik gar nicht erst erscheinen, hat es seinen Anspruch ethisch bereits unterschritten; denn die Antwort auf die Frage, was in einem bestimmten Zusammenhang richtiges Handeln sei, beantwortet auch immer gleichzeitig diejenige nach den ethischen Implikationen und Konsequenzen. Anders ausgedrückt: Eine Medizinethik, welche die Sozialarbeit aus ihrem Denken ausschließt, ist defizient, ja defekt.

Die erste "amtliche" Frage des Prüfungsauftrages zur Studie über den Sozialdienst in Hessen lautet: "Welche Leistungen können nur von einem Sozialdienst im Bereich der somatischen Medizin im Krankenhaus erbracht werden?" Gewiß wird auch hier die Frage nach der Nicht-Substituierbarkeit und Unverwechselbarkeit klinischer Sozialarbeit gestellt, aber in einer solchen Weise, daß man annehmen muß, sie unterstelle unmißverständlich, solche Leistungen gäbe es letztlich nicht. Damit haben Sie einen dritten Hinweis auf die Satzungs- und Platzlosigkeit der klinischen Sozialarbeit.

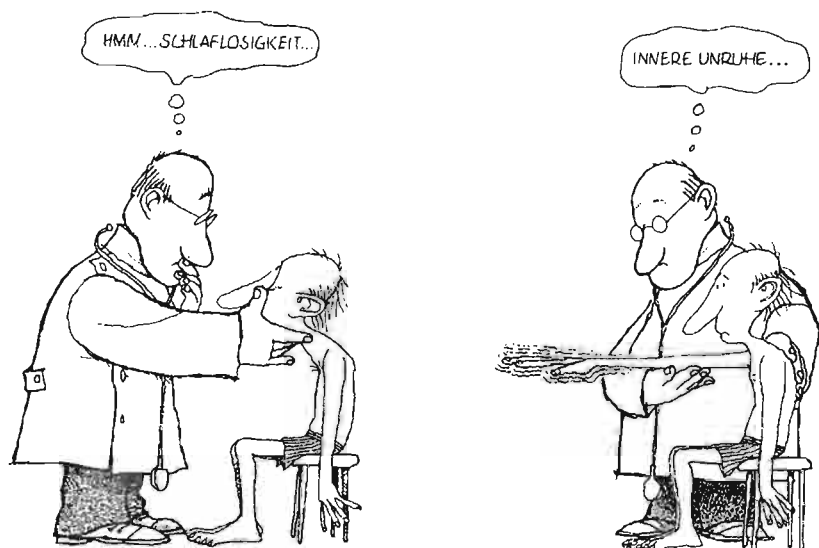
BEGRÜNDENDER TEIL

Da ich kein Sozialarbeiter bin und keine entsprechende Berufserfahrung aufweise, muß ich mich dem Grunde nach als unzuständig erklären, etwas über die Unverwechselbarkeit und Nicht-Substituierbarkeit von klinischer Sozialarbeit zu behaupten; dessenungeachtet will ich aus sozialmedizinischer Sicht (vielleicht nicht gänzlich utopische) Überlegungen zu diesem Thema anstellen. Als These stelle ich in den Raum, daß klinische Sozialarbeit **Kranksein** und "**bedingtes Gesundsein**" (6) zum Inhalt hat, im Krankenhaus jedoch fast ausschließlich mit **Krankheit** konfrontiert ist.

Krankheit und Gesundheit sind starre Begriffe, die uns vorgaukeln als handle es

sich um Gegensätze und als gewähre die Abwesenheit des einen die Anwesenheit des anderen und umgekehrt. Beide Begriffe sind vage, inkonsistent und mehrdeutig, obgleich jedermann glaubt zu wissen, was das eine oder das andere sei. Einen objektiv begründbaren Unterschied zwischen Gesundheit und Krankheit gibt es nicht. Beide "Zustände" (besser: Prozesse) beruhen auf gleichen Mechanismen. Streng betrachtet, sind Krankheit und Gesundheit bezogen auf den Normalitätsbegriff identisch; denn beide

Krankheit und Gesundheit sind starre Begriffe, die uns vorgaukeln als handle es sich um Gegensätze und als gewähre die Abwesenheit des einen die Anwesenheit des anderen und umgekehrt.



"Zustände" sind, da im menschlichen Lebensbereich stets auffindlich, normal. Krankheit ist so häufig, daß sie nicht als unnormale bezeichnet werden kann und die Krankheitsabläufe folgen zudem einer biologischen Norm (7). Die Feststellung eines beschreibbaren Ist-Zustandes (z.B. biologische Funktionsänderungen, die mit dem Krankheitsbegriff belegt werden), gibt keine Auskunft darüber, wie ein Lebensprozeß oder die subjektive Alltäglichkeit eines Individuums aussehen soll (8). Sollten die Krankheits- oder Gesundheitsbeschreibungen auch noch so präzise und detailliert sein, daraus lassen sich keinerlei Vorschriften herleiten, wie ein Patientenalltag, eine soziale Lebenslage oder ein (interventionales) Verhalten aussehen sollen. Alles "Soll" sind menschliche Zuschreibungen, das gilt auch für die Deskription von Krankheit, für die Forderung nach (einer wie auch immer gearteten) Gesundheit und die Förderung von medizinischen Therapien.

Medizin hat in diesem Bereich - auch wenn sie es immer glaubt - kein Primat. Die Weltgesundheitsorganisation hat 1946 Gesundheit mit körperlichem, seelisch-geistigem und sozialem Wohlbefinden gleichgesetzt, ein Konzept, das bis in die Antike zurückreicht. Der Begriff "Hygiene" (heute: Wissenschaft vom Schutz der Gesundheit)

bedeutet in seinem ursprünglichem Wortsinn "wohl lebend". Dennoch wird dieses Konzept, welches für die klinische Sozialarbeit nicht unerheblich ist, bisweilen als grotesk bezeichnet (9). Gesundheit ist ein utopischer Begriff, nicht Wohlbefinden (= **Gesundsein**). Dieses Wohlbefinden ist es, welches den Orientierungshintergrund der klinischen Sozialarbeit ausmachen muß, und nicht die bloße Wiederherstellung eines Zustandes, welcher einem Menschen die notwendige Leistungsfähigkeit zurückgibt, damit er seinen

Dieses Wohlbefinden ist es, welches den Orientierungshintergrund der klinischen Sozialarbeit ausmachen muß, und nicht die bloße Wiederherstellung eines Zustandes, welcher einem Menschen die notwendige Leistungsfähigkeit zurückgibt, damit er seinen gesellschaftlichen Aufgaben und sozialen Rollen wieder nachkommen kann.

gesellschaftlichen Aufgaben und sozialen Rollen wieder nachkommen kann (10). Gerade dieses gesellschaftliche Umfeld ist - zumindest partiell - ein "krankmachender Nährboden". *Gesundheit* weist angeblich der Vermeidung von Alkohol, Nikotin, cholesterinreicher Nahrung, Salz, Bewegungsarmut, TV-Konsum, Übergewicht, Straßenverkehr u.v.a.m. auf. Gesundheit ist demnach gleichzusetzen mit Vermeidungsstrategien. Doch die

genannten Risiken sind Ausdruck unserer gesellschaftlichen Verhältnisse, und menschliches Risikoverhalten ist ihr ureigenes Produkt (11). Hier liegt ein Paradox vor, dem sich Sozialarbeit so nicht fügen sollte. Wer in präventiver Manier Risikovermeiden predigt, wirkt präskriptiv und repressiv auf eine soziale Umwelt ein und ist

eben paradoxerweise gleichzeitig status-quo-erhaltend (12). In diesem Gesundheitsbereich kann eine Sozialarbeit, die Hilfe zur Selbsthilfe und Hilfe zu eigenständigen Entwicklungen von Menschen als Methode postuliert, ihren Platz nicht sehen. Ein solcher systemerhaltender präventiv-medizinischer Gesundheitsansatz läßt Gesundheit zu einem Fetisch (13) verkommen, zu einem Mach- oder Blendwerk von Gesundheit.



Für den Klinikarzt hat der Mensch ein Leben (das es auf jeden Fall zu retten gilt) und einen Körperapparat, an dem mechanische, physikalische und chemische Eingriffe durchgeführt werden, um die Abwesenheit von Krankheit zu bewirken. Mit dieser Abwesenheit von Krankheit oder den möglicherweise durch die medizinische Intervention erreichten Folgezustände von chronischer Krankheit oder Behinderung ist für den Arzt - ganz ausbildungsgemäß - eine Art von *Gesundheit* erreicht. Der klinische Sozialarbeiter soll bei diesen Krankheitsinterventionsstrategien die ärztlichen und pflegerischen Leistungen ergänzen (14). Mit einer solchen Aufforderung wird die klinische Sozialarbeit zum nachgeordneten paramedizinischen Hilfsdienst "marginalisiert". Viele der Tätigkeiten der Krankenhaussozialdienste spiegeln diese nachrangige Funktion wider und machen einen eigenen Platz und jeden Versuch einer Unersetzbarkeit der klinischen Sozialarbeit von vornherein zunichte. Gestehen wir den Klinikärzten

ruhig die Krankheitsarbeit und das Recht zu definieren zu, was Krankheit sei. Die Ärzte sind (ebenso wie die Sozialarbeiter) - und das ist das wirklich Wesentliche - verpflichtet, ihre Patienten zu beraten, wobei ihr enormes Krankheitswissen sie keineswegs berechtigt, Entscheidungen für die Patienten über ihre Köpfe und Fähigkeiten hinweg zu treffen. **Entscheidungen trifft ausschließlich der Patient.** Gerade hier bei den Entscheidungshilfen und den Wahlmöglichkeiten liegt eine m.E. ein wichtiger unverwechselbarer Ansatzpunkt der klinischen Sozialarbeit, die - wie meine These ja behauptet - in Richtung auf des Patienten Kranksein oder (wie auch immer geartete) *Gesundsein* zielt und nicht auf die *Krankheit*, wie der Arzt sie sieht. Es steht dem Sozialdienst gut an, den Patienten als Subjekt im Krankenhaus einzuführen. Es soll hier nicht unerwähnt bleiben, daß es eine unverwechselbare (also nicht notwendige) Aufgabe der klinischen Sozialarbeit ist, Patienten für medizinische Interventionen zu motivieren. Der Arzt Cabot hat 1895 in dieser Hinsicht eine unglückliche Weichenstellung vorgenommen (15).

Die medizinische Wissenschaft prägt den Krankheitsbegriff für ärztliche Krankheitsarbeiter, nicht für Sozialdienste. Der unverwechselbare, nicht substituierbare Anteil der Sozialarbeit im Krankenhaus richtet sich am *Kranksein* aus, beginnt vor der medizinisch definierten Krankheit und besteht jenseits dieser Krankheit fort. Klinische Sozialarbeit ist in seiner Orientierung zwischen **Wohlergehen, Gesundheit, Gleichheit** und **Autonomie** angesiedelt (16). In einer leistungs-, profit- und konsumorientierten Gesellschaft erspüren ganz besonders Sozialarbeiter die

gesellschaftlichen Gegensätze, Widersprüche und Ungleichheiten (17). Wenn Gesundheit auch stets als ein ganz besonderer gesellschaftlicher "Wert" hervorgehoben wird, so stehen diesem Ethos dennoch eine Reihe wirtschaftlicher und politischer Interessen mit deutlich gesundheitsgefährdendem Potential entgegen. Das System der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist - übrigens wirtschaftsfördernd (!) -

Entscheidungen trifft ausschließlich der Patient. Gerade hier bei den Entscheidungshilfen und den Wahlmöglichkeiten liegt ein wichtiger unverwechselbarer Ansatzpunkt der klinischen Sozialarbeit...

Es steht dem Sozialdienst gut an, den Patienten als Subjekt im Krankenhaus einzuführen.

krankheitsorientiert. Das gilt selbst noch für den präventivmedizinischen Bereich (mit der Ausnahme eines unbedeutenden Anteils an unspezifischer primärer Prävention). Die enormen Ressourcen (die BRD nimmt dabei eine Spitzenposition in der Welt ein) werden zu einer Krankheitsbearbeitung und nicht für eine gesunde menschliche Umwelt verwendet. Klinische Sozialarbeit erscheint in diesem mächtigen Ressourcentopf als zu kostspielig. Für klinische Sozialdienste ergeben sich aus dieser Krankheitsorientierung unseres Gesundheitswesens nur Nachteile, da sich dem übermächtigen Krankheitsbearbeitungszeremoniell nur schwer entziehen oder ihm kaum etwas entgegensetzen können. Klinische Sozialarbeit nimmt sich in diesem Zusammenhang stets in einem zweifachen, jedoch tief widersprüchlichen Sinne als ergänzend-unterstützend wahr: (1.) helfend für die Patienten; (2.) stabilisierend für das System, also letztlich repressiv-kontrollierend. In diesem nicht förderlichen Umfeld bemüht die Krankenhaussozialarbeit sich, das Bewußtsein ihrer zugewiesenen Patienten zu erfassen

und herauszufinden, was ihre besondere sozioökonomische Lebenslage und die darin aufgetretene Krankheit für sie bedeuten (= Kranksein), welche Wahlmöglichkeiten sie erkennen, haben oder wahrnehmen könnten. Hier handelt es sich um Fragenkomplexe, die dem klinisch-medizinischen Betrieb im wesentlichen gleichgültig sind oder - wenn bemerkt - eher als störend-ärgerlich im Ablauf des Krankenhausbetriebes empfunden werden.

Kranke Menschen nehmen sich in der Regel (aber es soll schon viele Ausnahmen geben) nicht

Das System der medizinischen Versorgung ist - übrigens wirtschaftsfördernd (!) - krankheitsorientiert.

Klinische Sozialarbeit erscheint in diesem mächtigen Ressourcentopf als zu kostspielig. Für klinische Sozialdienste ergeben sich aus dieser Krankheitsorientierung unseres Gesundheitswesens nur Nachteile, da sie sich dem übermächtigen Krankheitsbearbeitungszeremoniell nur schwer entziehen oder ihm kaum etwas entgegensetzen können.

als funktionsgestörte Körpermaschine wahr. Was sich für den Arzt zur objektiven Krankheit reduziert, ist für den Patienten *subjektiv* erlebtes Kranksein, welches sich u.a. aus Lebensgeschichte, Lebenslage, akuten Konflikten, Problemen, Empfindungen, Meinungen, Sorgen und Erwartungen zusammensetzt. Damit habe ich nun endlich die Unterschiede zwischen Krankheit und Kranksein und - analog - von Gesundheit und Gesundsein definiert. Was für den Patienten zählt, ist vom Kranksein in einen neuen Zustand von Gesundsein zu gelangen. Selbst im Falle von Defektheilungen oder chronischen Geschehen wird von den Betroffenen in der Regel versucht, eine "gesunde Art des Krankseins" (18) anzusteuern. Dahinter verbirgt sich, mehr oder weniger bewußt, jene Strategie, die häufig mit dem Begriff "coping" umschrieben wird.

Gesundheit/sein ist sowohl "eine bestimmte Toleranz gegenüber der Unverläßlichkeit der

Umwelt" als auch eine "Möglichkeit, die das augenblicklich Normale definierende Norm zu überschreiten", d.h. normativ zu sein (19). Menschliches Leben wird von verschiedenen (biologischen, gesellschaftlichen, kulturellen, geistigen) Normen bestimmt. Die Fähigkeit, diese Normen zu überschreiten, Reaktionsmöglichkeiten zu mobilisieren und neue Entwicklungen einzuleiten, also neue **Normen** zu setzen, heißt gesund sein. Diese Definition von Gesundsein muß als das Zentrum einer eigenständigen und unverwechselbaren klinischen Sozialarbeit angesehen werden, aus dem sich die nicht substituierbaren Aufgaben herleiten.

Bevor ich auf die konkrete Nennung dieser Aufgaben (= postulatorischer Teil) eingehe, will ich das Wichtigste aus dem bisher Gesagten zusammenfassen:

1. Unverwechselbarkeit bedeutet, einen festen Platz innehaben; Nicht-Substituierbarkeit heißt, eine "Setzung" eigenständiger Aufgaben zu bewirken. Klinische Sozialarbeit weist weder einen festen Platz noch eine eindeutige "Setzung" auf.
2. Der Klinikarzt ist Krankheitsarbeiter. Krankheit ist ein medizinisch besetzter Begriff, der außer der Krankheit selbst nichts erklärt und in bezug auf alltägliche Lebenswelten und Kranksein des Patienten nichts dem Verstehen näherbringt.
3. Klinische Sozialarbeit orientiert sich zunächst am Kranksein, überschreitet Krankheit zeitlich in beide Richtungen und bewegt sich im dazugehörigen Spannungsfeld von Wohlbefinden, Gesundsein, Gleichheit, Autonomie und der Wahrung von Wahlmöglichkeiten.
4. Ein präventivmedizinisches "Gesündeln" (20) in Richtung auf einen Fetisch "Gesundheit" gehört nicht zum unverwechselbaren Aufgabenbereich klinischer Sozialarbeit.
5. Zentrum klinischer Sozialarbeit ist es, normative Reserven der Patienten zu mobilisieren.

Postulatorischer Teil

Eine eigenständige, unverwechselbare und nicht-substituierbare klinische Sozialarbeit ist gekennzeichnet durch problemorientiertes Denken und Handeln. Sie ist zwischen Fragestellungen und Antworten sowohl der Patienten als auch der Sozialarbeiter selbst angesiedelt. Die Problemerkennung ist Ausgangspunkt einer guten Sozialarbeit im Krankenhaus. Problemerkennung heißt aber auch, deutlich zu sehen, daß jedes Problem in der Regel Teil einer umgreifenderen Problematik ist. Dieses Umgreifende gilt es mit einzubeziehen. Aus menschlichen Kapazitätsgründen wird die Problemerkennung sich dennoch nur selektiv auf überschaubares konzentrieren können, das jedoch im Gesamtrahmen der Lebenswelt des Patienten überprüft und erörtert werden sollte.

Problemerkennung bedeutet für den klinischen Sozialarbeiter besonders folgendes:

1. Er gesteht dem Patienten mehr Probleme zu als diejenigen, welche Klinikärzte aus ihrer Krankheitbetrachtung heraus bereit sind, zu akzeptieren und zu bearbeiten.
2. Er muss davon ausgehen, daß des Patienten bisherige Antworten ein inadäquates Wissen darstellen.
3. Er akzeptiert für den Patienten und für sich selbst den Zweifel als vernünftiges Moment für mögliche neue Antworten und Handlungen.
4. Er versucht, die tatsächlich zugrunde liegenden motivierenden Zielvorstellungen des Patienten zu erfassen und neue Reaktionsmöglichkeiten und Aktivierungsprozesse zur Lebensgestaltung zu beleben.
5. Er wird seinen Patienten, die im Hinblick auf die sozialen Dimensionen ihrer medizinisch definierten Krankheit wesentlich betroffen sind, dazu verhelfen, alltagsnahe Entwicklungsmöglichkeiten zu erkennen, zu ergreifen oder zu erwirken.
6. Er arbeitet nicht wie der Klinikarzt *am*, sondern *mit* dem Patienten und mit seinen verschiedenen sozialen Verknüpfungspunkten. Er trifft keine Anordnungen und paßt den Patienten an kein vorgefertigtes (Medizin-)konzept an; er versucht, sich im "Lebensschema" seines Patienten verstehend einzu-

passen und mit ihm zu verhandeln - handelt somit grundsätzlich nicht arztähnlich.

7. Er nimmt die Patientenprobleme und damit seinen Auftrag liegezeit- und institutionsüberschreitend wahr; denn er muß aus dem Verstehen von vor- und nachstationärer Alltäglichkeit des Patienten heraus interagieren, d.h. dort ansetzen, wo die Krankheit entstanden ist und wo sie und ihre Folgen künftig bewältigt werden müssen.
8. Er muß helfen, im Falle medizinisch gestalter oder krankheitsimmanenter veränderter Lebensweise ein Weiterleben zumindest in ein "bedingtes Gesundsein" einmünden zu lassen.

Aus den genannten Thesen zur Problemerkennung und den Überlegungen zu Gesundheit/Krankheit und Kranksein/Gesundsein ergeben sich m.E. für den unverwechselbaren und nicht substituierbaren Anteil von Krankenhaussozialdiensten folgende **Aufgaben**:

- biographisch erweiterte Sozialanamnese im Hinblick auf die Sozialprognose
- diagnostisch beratende Sozialarbeit unter Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte und Problemfelder:
 - Coping-Mechanismen
 - Selbsthilfe, Selbstbestimmung, Autonomie
 - Kenntnis gesellschaftlicher Zumutungen
 - soziale Alltäglichkeit
 - rechtliche, soziale, finanzielle und materielle Aspekte
 - Lebensweltgestaltung; Willensstärkung; Bewußtmachungsprozesse; Erarbeitung von Wahlmöglichkeiten
- Aufnahme von Beziehungen zu anderen Einrichtungen der Sozialhilfe; Nutzung sozialer Netze
- Suizidentenbetreuung
- Suchtkrankenbetreuung

Voraussetzungen für diesen Aufgabenkomplex sind die folgenden:

- weites Wissen zur sozialen Lebenswelt
- eine soziale Feldkompetenz als Diskriminationsmerkmal gegenüber dem medizinischen Interventionsprozeß
- kommunikativ-verhandelnde pädagogische Fähigkeiten
- professionelles Selbstbewußtsein und professioneller Zusammenhalt zur Durchsetzung der Eigenständigkeit.

Der verwechselbare und substituierbare Anteil von Sozialarbeit im Krankenhaus umfaßt folgendes:

- die Motivationsarbeit für medizinisch-technische oder - chemische Eingriffe (eine solche Motivationsarbeit können per Ausbildung die Klinikärzte sinnvollerweise durchführen; es kann auch nicht die Aufgabe einer anderen Berufsgruppe sein, der Ärzte Tun zu begründen und zu rechtfertigen.)
- das sozialdienstliche Freischaffen von Krankenhausbetten
- die Einleitung medizinisch-rehabilitativer Maßnahmen
- die Mithilfe bei medizinisch orientierter spezifischer Präventivmaßnahmen (lifestyle Änderungen).

Nicht der Einstieg in das "medizinische Objektmodell" in bezug auf das Subjekt "Patient", sondern die konsequente Unterstützung bei der Lebensweltgestaltung und Gemeinwesenorientierung sind die Kennzeichen einer unverwechselbaren Sozialarbeit im Krankenhaus.

35% der hessischen Krankenhäuser des somatischen Versorgungsbereichs, das entspricht etwa 20% der vorhandenen Betten, haben keinen Sozialarbeiter. Nach der Studie zur klinischen Sozialarbeit in Hessen kommt auf 450 Betten ein Sozialarbeiter. 88% der klinischen Sozialarbeiter geben an, kein klar abgegrenztes Aufgabengebiet zu haben. Ein gleicher Prozentsatz hat keine Zeit, schwierige

Probleme zu lösen und 56% der klinischen Sozialarbeiter haben keine Möglichkeit, eigene Schwerpunkte zu setzen (21). Diese Situation ist Ausdruck davon, daß Krankenhaussozialarbeiter ihre Zeit mit verwechselbaren und substituierbaren Aufgaben verbringen müssen. Das liegt sicherlich nicht im Interesse der Patienten und der Sozialarbeiter. Der unverwechselbare Anteil von Sozialarbeit ist eine Randerscheinung geblieben.

Es muß schwer sein, Sozialarbeiter im Krankenhaus des medizinischen Versorgungsbereichs zu sein.

Anmerkungen nach gehaltenem Vortrag und nach erfolgter Diskussion

Widerspruch und Betroffenheit bei Teilen der Zuhörer aufgrund meiner Ausführungen mögen darin begründet sein, daß erhofft wurde, ich werde auf dem Datenhintergrund meiner Studie zur klinischen Sozialarbeit mit Sicherheit sagen können, was der unverwechselbare Anteil der klinischen Sozialarbeit sei. Wie ich in meinem Vortrag schon erwähnt habe, läßt eine auch noch so vollständige Liste aller Aufgaben der Krankenhaussozialdienste nicht zu, daß ein Berufsfremder daraus - gleichsam "ex cathedra" - entscheidet, was unverwechselbar sei und was nicht; denn vieles in einer solchen Aufgabenliste ist eher Ausdruck von Fremdzuweisung und nachfolgender Routine als Ergebnis eigenständiger "Setzung". Weder das Tun einer sozialarbeiterischen Mehrheit im Krankenhaus noch die zeitmäßig umfangreichsten Aufgaben im klinischen

Sozialdienst sind notwendigerweise Indikatoren für das Unverwechselbare im Krankenhaussozialdienst. Nur die klinischen Sozialarbeiter selbst werden - wenn sie nicht zu medizinischen Hilfsarbeitern herabsinken wollen - herausfinden können, wo ihr Platz ist und mit welchen "Setzungen" sie diesen sinnvoller Weise ausstatten müssen. Dazu aber bedarf es eines fundierten Hintergrunds, der zum überzeugenden Bezugspunkt des sozial-

arbeiterischen Handelns im Krankenhaus wird. Diesen gilt es zu bearbeiten und öffentlich darzustellen. Erst dann wird sich begründbar herauskristallisieren, was den unverwechselbaren und nicht substituierbaren Anteil von Sozialarbeit im Krankenhaus ausmacht. Mein kleiner Vortrag sollte lediglich ein Anstoß sein, in diese Richtung zu denken. Eine Nabelschau allein (Z.B. 60 Jahre Sozialdienst in Münchner Krankenhäusern) - so wichtig sie sein mag - hilft hier nicht weiter. Auch die oft gehörte Aussage, das Krankenhaus sei eine rein medizinische Einrichtung, in der sich Sozialarbeiter den ärztlichen Interventionen

Das Krankenhaus ist eine Einrichtung für Patienten, d.h. eine soziale Dienstleistungseinrichtung, der sich sowohl Ärzte als auch Sozialarbeiter in ihrem beruflichen Handeln anpassen müssen. Krankendienst sind schon immer soziale Dienste gewesen.

nachrangig und ergänzend zuordnen müssen, muß als grundfalsch und hinderlich angesehen werden. **Das Krankenhaus ist eine Einrichtung für Patienten**, d.h. eine soziale Dienstleistungseinrichtung, der sich sowohl Ärzte als auch Sozialarbeiter in ihrem beruflichen Handeln anpassen müssen. Krankendienst sind schon immer soziale Dienste gewesen. Es waren die Ärzte, die als historische Spätankömmlinge im Krankenhaus die soziale Dimension zugunsten medizinisch-technischer Tätigkeiten aus dieser Einrichtung vertrieben haben. Durch den Hinweis auf die Naturwissenschaften in der Medizin kann die soziale Dimension des Krankenhauses nicht desavouiert werden. Die Ärzte, die als medizinische Usurpatoren das Soziale aus dem Klinikbereich verdrängt haben, sollen nun keineswegs daraus nun wieder verjagt werden. Wenn ihre Leistungen auch häufig unverzichtbar sind, so berechtigt sie nichts dazu, das medizinisch-naturwissenschaftliche Menschenbild zum einzig gültigen zu erklären. (Ein Hinweis: Hier wird keine Medizinerschelte ausgeteilt. Die besondere Wortwahl soll nur die zu Unrecht bestehende Fehlbeurteilung des Krankenhauses auf den Punkt zu bringen.)

Der Wechsel im Spektrum der gegenwärtigen Krankheiten in Richtung auf Defektheilungen, chronische Krankheiten und Behinderungen mit der Folge von vielfachen und vielgestaltigen Benachteiligungen fordert geradezu verstärkt ein sozial und anthropologisch fundiertes Menschenbild. Erst wenn klinische Sozialarbeiter eine anwendungsfähige Hypothese von sozialpolitisch und sozial-alltäglich reflektiertem Krank- und Gesundsein mit ich- und lebensweltinduzierten Wahlmöglichkeiten anbieten, wird ihre Tätigkeit in der gleichen Weise unverwechselbar und nichtsubstituierbar sein, wie sie es für Ärzte und Pflegepersonal selbstverständlich und unbefragt ist. In dieser tätigkeitstragenden Hypothese (= Hintergrund, auf den hin sich Sozialarbeit abbildet) liegt die Zukunftsorientierung, wie sie als Tagungsleitsatz angekündigt wurde. Eine derart gestaltete (und damit unverwechselbare) Sozialarbeit wird für Ärzte und Pflegepersonal im Krankenhaus eine begehrte und unverzichtbare Kooperationsebene darstellen.

Anmerkungen und Literaturhinweise:

- (1) Der Begriff "Sozialarbeiter" schließt selbstverständlich Sozialarbeiterinnen, Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen ein.
- (2) Senftleben, H.U.: Klinische Sozialarbeit, Fachhochschule Wiesbaden, Wiesbaden 1988
- (3) Senftleben a.a.O.
- (4) Lexikon Medizin-Ethik-Recht (Hrsg. Albin Eser u.a.), Freiburg, Basel, Wien 1989
- (5) Dictionary of Medical Ethics (A.S. Duncan et al., Eds.), London 77
- (6) Hartmann, F.: Leben in bedingtem Gesundsein; in: Präventive Medizin (Hrsg.: H. Schaefer u.a.), Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1985
- (7) Canguilhem, G.: Das Normale und das Pathologische, München 74, auch Frankfurt/M., Berlin, Wien 1977
- (8) Wieland, W.: Grundlagen der Krankheitsbetrachtung; in: Geistige Grundlagen der Medizin (Hrsg. R. Gross), Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1985
- (9) Goerke, H.: Ist der Arzt noch Arzt? Münch. Med. Wschr. 131 (1989) 15, S. 294
- (10) Parsons, T.: Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas; in: Der Kranke in der modernen Gesellschaft (Hrsg.: A. Mitscherlich u.a.), Frankfurt/M. 1984
- (11) Wenzel, E.: Risikoverhalten. Einige Bemerkungen zu einem alltäglichen Phänomen; in: Der Mensch als Risiko (Hrsg.: M. Wambach), Frankfurt/M. 1983
- (12) Schüle, J.A.: Gesellschaftliche Entwicklung und Prävention; in: wie unter (11)
- (13) Will, H.: Fetisch Gesundheit, Kursbuch 88, Mai 1987, S. 7
- (14) Richtlinien für den Sozialdienst im Krankenhaus des Hessischen Sozialministers, StAnz. 44/1979 S. 2094; oder auch: § 6 Abs. 2 KHG Nordrhein-Westfalen vom 3.11.87
- (15) Rörig, R.: Die Entwicklung des Sozialdienstes im Krankenhaus; in: Sozialdienst im Krankenhaus (Hrsg.: M. Mehs und J. Glatzel), Freiburg 1978
- (16) Downie, R.S., Telfer, E.: Caring and Curing. A Philosophy of Medicine and Social Work, London, New York 1980
- (17) Radical Social Work (R. Bailey and Brake, Eds.), London 75
- (18) Hartmann a.a.O.
- (19) Canguilhem a.a.O.
- (20) Will a.a.O.
- (21) Senftleben a.a.O.

Ehrenfried Natter/Christof Reinprecht

ACHTUNG SOZIALSTAAT

Wem er nützt • Wen er vergißt • Wie man mit ihm zurechtkommt. Ein Handbuch

Unter Mitarbeit von Irmgard Hölmöller
Paperback, 548 Seiten mit zahlreichen Grafiken
1992, ISBN 3-203-51136-3, öS 398

Der Sozialstaat steht zur Diskussion, nicht nur wegen der drohenden Finanzierungskrise und der zunehmenden Komplexität und Schwerfälligkeit der Sozialbürokratie: Die technologische Entwicklung und der gesellschaftliche Wandel haben neue Probleme geschaffen (Schwarzarbeit, ungeschützte Arbeitsverhältnisse, Pflege im Alter, Flüchtlingsströme etc.) und alten Problemen neue Schärfe verliehen (Armut, Wohnungsnot, AlleinerzieherInnen etc.)

Ausgehend von einem an Lebensstufen und Lebenslagen orientierten Konzept (Jung sein – Eine Familie haben – Arbeit haben – Keine bezahlte Arbeit haben – Ein Einkommen beziehen – Krank sein – Ein Gebrechen haben – Alt sein) bietet »Achtung Sozialstaat« einen umfassenden, klar strukturierten Überblick über die Lebens- und Überlebensbedingungen der ÖsterreicherInnen und damit praktische Orientierung für jede Situation.

»Achtung Sozialstaat« zeigt auf, wer sozial benachteiligt bzw. von neuen sozialen Problemen betroffen ist, bietet eine übersichtliche Darstellung der relevanten sozialstaatlichen Maßnahmen und prüft das sozialpolitische Instrumentarium auf seine Brauchbarkeit hin. Es konfrontiert die soziale Lage der ÖsterreicherInnen mit dem sozialen Angebot: Stärken und Schwächen des Sozialsystems, Lücken und Fallen im Sozialnetz werden so sichtbar.

Die Autoren analysieren sozialpolitische Tendenzen und Trends und durchleuchten die aktuellen Reformvorhaben (Pensionsreform, Arbeitsmarktverwaltung, Familienförderung etc.), österreichbezogen und im internationalen Kontext.

Außerdem enthält das Buch einen umfangreichen Serviceteil: eine Zusammenschau aller wesentlichen sozialstaatlichen Einrichtungen und Sicherungssysteme, eine Beschreibung der zen-

tralen Sozialleistungen und Schutzgesetze in ihrer aktuellen Fassung, umfangreiche Literaturangaben, ein ausführliches Glossar und eine Adressenliste beratender Personen und Institutionen.

Die Autoren:

Ehrenfried Natter, geb. 1957, Studium der Volkswirtschaftslehre, Mitarbeiter der Katholischen Sozialakademie Österreichs; Mitarbeiter des sozialpolitischen Pressedienstes »Kontraste«; Chefredakteur der ÖSB-Informationen; Organisationsberater; Mitherausgeber des Buches *Zweitelgesellschaft* (Europaverlag 1988).

Christof Reinprecht, geb. 1957, Studium der Soziologie, Assistent am Institut für Soziologie der Universität Wien, zuletzt Redakteur der Monatszeitschrift »Wiener Tagebuch«; Vorsitzender des sozialpolitischen Pressedienstes »Kontraste«; Veröffentlichungen in verschiedenen Zeitungen und Fachpublikationen; Buchveröffentlichung: *Identität und Bruch in der Biografie österreichischer Juden*, Wien 1992



KURZTEXT

Kritische Bestandsaufnahme, Analyse der aktuellen Situation und Tendenzen sowie unverzichtbarer Wegweiser für alle, die sich im Labyrinth des österreichischen Sozialstaats zurechtfinden wollen und müssen.

JOB SERVICE

Wer schon lange
etwas Spezielles tun wollte,
hat nun die einmalige Gelegenheit
in einem besonders
innovativen Jugendamt
arbeiten zu können!

Die BH Innsbruck sucht 2 1/2 dipl.
SozialarbeiterInnen. Auch spezielle Schwer-
punktsetzungen sind möglich: z.B. Gruppenar-
beit, Pflegeelternarbeit, Gemein-
wesenorientierte Arbeit, ...

Kontaktadresse: Fr. Dr. Fuchs-Mair,
Hr. Achenrainer, Tel. 0512/5344 Kl. 256
oder 266.

Das Jugendzentrum Z6

sucht ab sofort Mitarbeiterin (40 Stunden).
Aufgabenbereiche: sozialpädagogisch orientierte
Arbeit mit Jugendlichen,

Mitwirkung bei der Planung und Durchführung
kreativitätsfördernder Freizeitgestaltung,
Mädchenarbeit, Mitarbeit bei der Organisation
verschiedenster Veranstaltungen (Vernissagen,
Konzerte,...), Öffentlichkeitsarbeit (Zeitung, etc.)
u. a. m. Interessentinnen bitte melden bei:

Michael Klingseis, Jugendzentrum Z6,
Dreiheiligenstr. 9, 6020 Innsbruck,
Tel.: 0512/580808, Di-Fr 9.00-12.00
und 17.00-22.00 Uhr.

Gesellschaft für psychische Hygiene

sucht dipl. SozialarbeiterInnen für die ver-
schiedenen Arbeitsbereiche.

Kontaktperson: Fr. Hafner
Tel. 0512/504-3658,
Anichstraße 35, Innsbruck.

Für die Kontaktstelle der Caritas für Flüchtlingsbetreuung

suchen wir ab 1.8.1992 eine/n MitarbeiterIn in der
Flüchtlingsberatung, 40 Stundenwoche.

Sie bringen mit: **Bereitschaft zum Engagement** in
der Flüchtlingsarbeit, **Teamfähigkeit**, **Erfahrung** in
der Beratungstätigkeit, **Englischkenntnisse**, **Führer-
schein B**, **Bereitschaft zur Mitarbeit** in einer kirchli-
chen Einrichtung.

Information: Fr. Pomberger, Tel. 0512/586836 Kl. 13.

Ihre schriftlichen Bewerbungen richten Sie bitte an
die Direktion der Caritas Innsbruck,
Erlersstraße 12, 6020 Innsbruck.

BH-Imst

sucht ab sofort eine/n SozialarbeiterIn für Außen-
dienst, 40 Stunden, zu melden bei

Hr. Krismer Erwin, Tel.: 05412/2487 Kl. 21

NEU

Bitte alle Hinweise und Meldungen über
offene, nachzubesetzende bzw. neu einzuzu-
richtende SozialarbeiterInnenstellen an
folgende Kontaktadresse weiterleiten

Monika Wallner

Tel. 0512/563141-2, Berufstrainingszentrum
Peter-Mayrstr. 1b, 6020 Innsbruck

•Achtung • Achtung • Achtung •

Redaktionsschluß für SIT Nr. 25:
31. August 1992

Artikel, Meinungen, Beiträge, Kritik an das Redakti-
onsteam: Christof Gstrein, BH Innsbruck, Gilmstr. 2,
Tel. 0512/5344-254

Monika Wallner, Berufstrainingszentrum
Peter-Mayrstr. 1b, Tel. 0512/563141

WICHTIGER TERMIN

Offene Vorstandssitzung

zum Thema

FACHHOCHSCHULE

am 29. Juni 1992, 18.00 Uhr im BTZ
Peter-Mayrstr. 1b

→ neues

→ interessantes

→ probleme

→ perspektiven

→ in der

→ sozialarbeit

→ in tirol

78

6021

Postfach 775

BUCHHÄNDLEREG 16
5400 INNSBRUCK
06245160062

P. b. b. Erscheinungsort und Verlagspostamt 6020 Innsbruck



6844 ALPACH
BOFEL 2 a