Beraten, Behandeln und Begleiten in einem sich wandelnden Sozial- und Gesundheitswesen : ist klinische Sozialarbeit die Antwort?

Autor(en): **Carigiet, Erwin**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich**

Band (Jahr): **- (2005-2006)**

Heft 90

PDF erstellt am: **25.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-789920

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Dr. iur. Erwin Carigiet,
Präsident Schweizerische Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP)[1]
Departementssekretär Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich[2]

Beraten, Behandeln und Begleiten in einem sich wandelnden Sozial- und Gesundheitswesen: Ist klinische Sozialarbeit die Antwort?

Klinische Sozialarbeit aus gesundheitspolitischer Sicht

1. Gesundheitspolitik ist auch Sozialpolitik

Die Gesundheit zu definieren, stellt eine komplexe Aufgabe dar. Es gibt verschiedene Annäherungen an den Wert, an die Grösse der Gesundheit, eine individuelle, eine professionelle und eine gesellschaftliche. Auf der individuellen Ebene stimmt die Gesundheit mit dem Gleichgewicht überein zwischen dem, was das Individuum tun möchte und dem, was es tun kann. Vom medizinischen Standpunkt her gesehen, könnte die Gesundheit mit der Abwesenheit von Krankheit umschrieben werden. Gesellschaftspolitisch meint Gesundheit am ehesten die Möglichkeit zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Berühmt ist die Präambel in der Verfassung der WHO, wonach „Gesundheit [...] der Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit [ist]."

Jede Zeit, jede Gesellschaft definiert ihre Vorstellungen von Gesundheit. Die gefällten und weiterhin zu fällenden Entscheide politischer Art, welche Medizin wo angeboten werden soll, beruhen nicht allein auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, obwohl dieser Eindruck teilweise erweckt wird. Gesundheitsversorgung ist zudem ein enormer ökonomischer Faktor der Moderne geworden (in der Schweiz arbeiten 10% der Arbeitnehmenden in der Gesundheitsversorgung!). Gesundheitssysteme sind keine

---

[1] Mühlenplatz 3, 3000 Bern 13, Tel. 031 326 19 20, carigiet@svsp.ch, www.svsp.ch
[2] Walchestrasse 31, 8035 Zürich, Tel. 01 216 20 17, erwin.carigiet@gud.stzh.ch

unveränderlichen, naturgegebenen Tatbestände. Sie sind viel mehr als Teil einer komplexen sozialen Wirklichkeit zu verstehen. Ernst Bloch hat dies wie folgt umschrieben:

„Gesundheit wiederherstellen, heisst in Wahrheit: den Kranken zu jener Art von Gesundheit bringen, die in der jeweiligen Gesellschaft die jeweils anerkannte ist, ja in der Gesellschaft selbst erst gebildet wurde. [...] Gesundheit ist in der kapitalistischen Gesellschaft Erwerbsfähigkeit, unter Griechen war sie Genussfähigkeit, im Mittelalter Glaubensfähigkeit. Krankheit galt damals als Sünde (daher vor allem die furchtbare Behandlung der Irren, in Ketten und Kerker), also war der sündenarme Mensch der bestgeratene.“[3] Gesundheit war und ist also stets auch die Frucht mannigfaltiger Anstrengungen der Individuen wie auch der Gesellschaft als Ganzer. Entscheidend waren im 19. und 20. Jahrhundert die hygienischen Fortschritte, die verbesserte Ernährung für breite Bevölkerungsschichten. Hinzu kam in den letzten wenigen Jahrzehnten der als ungeheuer zu bezeichnende Fortschritt der medizinischen Wissenschaften.

Im medizinisch-industriellen Komplex der Krankenhäuser, aber auch im Bereich der Hausärztinnen und Hausärzte hat die Akutmedizin nicht alle, aber viele Krankheiten und Gebresten zu heilbaren Erscheinungen werden lassen können. Die Gesellschaften altern. Chronische und degenerative Erkrankungen werden weiter zunehmen. Die gegenwärtige Gesundheitsversorgung in den westlichen Industriestaaten ist hierauf noch nicht genügend vorbereitet.

Es gelingt nicht, Menschen „in einem absoluten Sinne“ gesund zu machen oder zu erhalten. Gesundheit ist kein Felsen, zu allen Zeiten fest, zu allen Zeiten unangreifbar. Auch der stärkste Stein erodiert in Wind und Wetter im Laufe der Zeit. Ebenso ursächlich für degenerative Erkrankungen sind Verhaltensweisen breiter Bevölkerungskreise wie mangelnde Bewegung, häufiges Sitzen, unausgewogene Ernährung. Die sehr hohe Bedeutung der individuellen Lebensstile auf den Gesundheitszustand ist zwar grundsätzlich bekannt, wird aber – und dies nicht zuletzt auch vom medizinischen Fachbereich – verdrängt. Der Lebensstil, die Lebensumstände, die sozio-ökonomischen Verhältnisse haben einen drei- bis viermal stärkeren Einfluss

---

[3] Ernst Bloch, Das Prinzip Hoffnung, Band II, 4. Teil (Konstruktion): Grundrisse einer besseren Welt, Zürich 1959, S. 539/540.

auf die Gesundheit und das Wohlbefinden als die Summe aller medizinischen Massnahmen.

In der Gesundheitsversorgung verstärkt sich der Ruf nach einer Gesamtschau, nach einer interdisziplinären Betrachtungsweise. Hier liegen die Chancen der klinischen Sozialarbeit.

2. Klinische Sozialarbeit heute

Die in der klinischen Sozialarbeit tätigen Menschen – aber auch die Spitalleitungen - verfügen über keine einheitlichen Vorstellungen der Aufgaben der klinischen Sozialarbeit. Wo klinische Sozialarbeit geleistet wird, wird sie nur allzu oft als Hilfsdienst für Medizin, allenfalls auch für die Pflege verstanden. Zur Pflege kann die klinische Sozialarbeit zudem zusätzlich in einem Spannungsverhältnis stehen wie auch zu psychologischen Berufen.

Verfügt die heutige Sozialarbeit über eigene Handlungskonzepte in Fragen von Gesundheit und Krankheit? Wo sind die Gemeinsamkeiten, wo die Unterschiede zu anderen in der Gesundheitsversorgung tätigen Berufen? Die Vielfältigkeit der sozialen Betrachtungsweisen erschweren die Bildung eines unverwechselbaren Profils, und dies insbesondere in den virulent hierarchischen Strukturen von Spitälern und anderen Gesundheitseinrichtungen wie Pflegeheime, Spitex-Organisationen usw.

Sozialarbeit kann als „Navigationshilfe" für Menschen in ausserordentlichen Situationen verstanden werden.[4] Dies verlangt, dass die Sozialarbeitenden im Krankenhaus über ein breites Wissen verfügen und zwischen den verschiedenen Disziplinen des medizinisch-industriellen Komplexes zu navigieren vermögen: Es geht um medizinische, pflegerische, psychologische und sozialversicherungs-rechtliche Themen. Die zusätzliche Leistung der Sozialarbeitenden ist die spezielle Methodenkompetenz in sozialen Fragen. Hier ist aber die klinische Sozialarbeit auch darauf

---

[4] Vgl. Erwin Carigiet, Gesellschaftliche Solidarität, Prinzipien, Perspektiven und Weiterentwicklung der sozialen Sicherheit, Basel/München/Genf 2001, S. 225 f sowie S. 135 ff; Erwin Carigiet, Gesundheitswesen – Aspekte gesellschaftlicher Solidarität, in: Erwin Carigiet und Daniel Grob (Hrsg.), Der alte Mensch im Spital; Altersmedizin im Brennpunkt, Zürich 2003, S. 43 ff.

angewiesen, dass dies die anderen Disziplinen als wertvoll wahrnehmen und anerkennen. Hier ist noch viel zu tun.

3. Die klinische Sozialarbeit von morgen

Die Gesundheitsversorgung, die Medizin und die Pflege von morgen müssen ihre Tätigkeiten vermehrt in einen gesellschaftlichen, in einen gesellschaftspolitischen Zusammenhang stellen. Ich zitiere ein weiteres Mal Ernst Bloch, der bereits vor vielen Jahren darauf hingewiesen hat, dass die grandiosen Hoffnungen in die rein medizinische Heilbarkeit jeden körperlichen Leidens oft die sozialen Ursachen von Krankheit und Elend verdrängen:

„Vom lebendigen ganzen Leidträger wird weggesehen, besonders aber von den Umständen, worin er sich befindet. Von daher die Überschätzung der Bazillen, als der einzigen Seuchenerreger; die Mikrobe verdeckte vor allem andere Begleiterscheinungen der Krankheit, schlechtes Milieu und dergleichen; so enthob sie von der Pflicht, auch dort die Ursachen zu suchen.“[5] Der Philosoph fährt mit Beispielen weiter, die heute teilweise noch aktuell sind:

„Die Schwindsucht etwa wütet vorzugsweise unter den Armen, doch zöge man das in Rechnung, so müsste die Armut bekämpft werden, als besonders feuchter Fleck; wozu bürgerliche Heilkunde weniger Neigung zeigt. Einseitig ärztliche Abtreibung der Übel ist dergestalt oft nur ein absichtlich oder unabsichtlich oder unabsichtlich gewähltes Mittel, um die wirklichen Übel nicht beheben zu müssen.“[6] Unter diesem Blickwinkel ist Gesundheitspolitik stets auch Sozialpolitik. Damit wohl aber auch erfolgreicher, nachhaltiger!

Aus meiner Sicht braucht es ein sichtbareres, selbstbewussteres Auftreten der klinischen Sozialarbeit im medizinisch-industriellen Komplex. Dies kann mit fünf Annäherungen geschehen:

---

[5] Ernst Bloch, a.a.O. S. 544
[6] Ernst Bloch, a.a.O. S. 544

1. Klinische Sozialarbeit muss sich im medizinisch und pflegerischen Umfeld als *eigenständige Disziplin und Profession* darstellen, mit ihren spezifischen Denk- und Handlungsweisen. Unter Rückgriff auf ihr grosses Wissen und die bewährte Erfahrung. Noch wird sie von den in der Gesundheitsversorgung etablierten Disziplinen, der somatischen Medizin, der Psychologie, der Psychiatrie nicht als gleichwertig wahrgenommen. Von den sich in ihrem Verhältnis zur Medizin emanzipierenden Pflege- und übrigen Gesundheitswissenschaften wird sie in ihrer oft diffusen Darstellung teilweise als Konkurrenz, oder gar als überflüssig empfunden.

2. Die klinische Sozialarbeit muss Erklärens- und Verstehens-Modelle von Gesundheit und Krankheit entwickeln oder auf bestehende wie beispielsweise die Salutogenese zurückgreifen. Ihre Stärke wäre es eigentlich und muss es sein, die *sozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit in den Mittelpunkt* zu rücken und – in Ergänzung zu Medizin und Pflege – sozio-therapeutisch zu unterstützen. Das entscheidende Stichwort dazu ist Empowerment, ein in der Sozialarbeit in anderen Bereichen geläufiger Begriff.

   Mit einem derartigen auf die Ressourcen der Menschen ausgerichteten Gesundheitsverständnis könnte sich die klinische Sozialarbeit gesellschaftliche Anerkennung erarbeiten.

3. Klinische Sozialarbeit beschäftigt sich mit Krankheit und Gesundheit, welche bis heute noch keine zentralen Themen der Sozialarbeit geworden sind. Dies ist eigentlich erstaunlich, sind doch Krankheit und Gesundheit auch in der klassischen Sozialarbeit oft deutlich erkennbar mit den sozio-ökonomischen Verhältnissen, mit dem sozialen Status usw. verbunden.

   Klinische Sozialarbeit könnte als *Mittlerin zwischen den Angeboten von Medizin und Pflege und den Ressourcen des Kranken zu Hause* auftreten. Eingebettet in das Team, das sich um die Kranken kümmert. In der Geriatrie beispielsweise werden derartige sozial-medizinische Ansätze heute in der Schweiz zielstrebig verfolgt. Oft tun dies in Praxis Pflegende oder auch entsprechend sensibilisierte oder weitergebildete Ärztinnen und Ärzte.

Klinische Sozialarbeit muss auch in Zukunft *niederschwellig* sein. Klinische Sozialarbeit sucht auf, geht zu den Kranken, zu den Angehörigen, in die Wohnungen der Kranken und sucht dort, wo die Ressourcen vorhanden sind oder eben nicht vorhanden sind, nach Lösungen.

Klinische Sozialarbeit denkt *vernetzt*. Nicht nur vernetzt innerhalb der verschiedenen Disziplinen des medizinisch-industriellen Komplexes, sondern auch in den Netzwerken der Kranken und ihrer Umgebung. Klassische Familien sind hier lediglich eine unter vielen gleichwertigen Möglichkeiten.

Das macht die bereits heute in den Spitälern nachgefragten Tätigkeiten der Sozialarbeit nicht überflüssig. Ich denke da an die Vorbereitungen des Krankenhaus-Austrittes, die Beratung bei sozialversicherungsrechtlichen Fragen, die Vermittlung von Kur und Rehabilitationsaufenthalten oder Pflegeheimplatzierungen usw. Sie müssen aber ergänzt werden.

4. Klinische Sozialarbeit hat vor dem Hintergrund der *zunehmenden chronischen, degenerativen Krankheiten* vermehrt mit der Zerbrechlichkeit, der Gebrechlichkeit der Menschen zu tun. Oft werden nicht Heilung, sondern Linderung, Palliation oder Sterbenlassen die für die Patientinnen und Patienten relevante Frage sein.

   In der Bewältigung der schwierigen Grenzsituationen, von unheilbaren Krankheiten, des Sterbens, oder eben des Nichtsterbenkönnens - gerade infolge des medizinischen Fortschrittes - könnte die klinische Sozialarbeit auch zu einer beratenden Instanz für medizinische und pflegerische Fachpersonen werden. Selbstverständlich kann diese Aufgabe von Spitalseelsorgerinnen und -seelsorgern ausgeführt werden, aber auch dies ist heute, soweit ich es wenigstens überblicke, mehr oder weniger von Zufällen bzw. dem Zusammenspiel der Beteiligten abhängig.

5. *Klinische Sozialarbeit als Wissenschaft* hat gesundheits- und krankheitsbezogene Sozialarbeitsforschung zu betreiben und so eigenes Wissen zu generieren und der Praxis in geeigneter Form zur Verfügung zu stellen.

Gute Angebote der Fachhochschulen, wenn möglich in Kooperationen, auch mit Universitäten, können entscheidende Voraussetzung für den Erfolg werden. Es darf dabei aber nicht passieren, dass an den einzelnen Fachhochschulen verschiedenste Weiterbildungs-Studiengänge oder Ausbildungen angeboten werden. Unübersichtlichkeit und damit Entwertung des neuen Berufes wäre unausweichlich die Folge. Ich empfehle eine einheitliche landesweite Definition des Berufes in Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis bzw. den entsprechenden Verbänden.

Der Wissenschaftlichkeit messe ich besonderes Gewicht zu. Gerade wenn sich die klinische Sozialarbeit inskünftig im medizinisch-industriellen Komplex behaupten will, muss sie eigenes Wissen, eigene Behandlungskonzepte, eigene Methoden entwickeln, anbieten und deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegen können (der qualitative Aspekt spielt dabei eine ebenso wichtige Rolle wie quantitative Ergebnisse).

Forschung, Wissenschaft und Praxis bedürfen der gegenseitigen Inspiration und Erfahrung.