Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit HSA
Master of Arts in Sozialer Arbeit mit Schwerpunkt Soziale Innovation
Olten

# Funktion und Tätigkeitsprofil der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

## Eine diskursanalytische Untersuchung

Master Thesis von
Therese Straubhaar
Matrikelnummer 10-490-779

Eingereicht bei
Prof. Dr. Matthias Hüttemann
Olten, im Januar 2018

# Abstract

Der Gesundheitsbezug von Sozialer Arbeit hat eine bis zu ihren Pionierinnen und Pionieren zurückreichende Tradition. Im heutigen Gesundheitswesen ist Soziale Arbeit in einem von Medizin-, Psychologie- und Gesundheitsberufen dominierten Berufsfeld tätig. Die vorliegende Arbeit vertritt die These, dass Soziale Arbeit im Gesundheitswesen einen spezifischen Beitrag an die bio-psycho-soziale Begleitung von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen und ihren Angehörigen leistet. Um diesen näher zu bestimmen, fragt sie nach der Funktion und dem Tätigkeitsprofil von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen.

Eine diskursanalytische Untersuchung bestätigt die Kernfunktion von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen, soziale Integration bzw. Teilhabe benachteiligter Menschen zu fördern. Dies tut Soziale Arbeit durch die Bearbeitung der sozialen Dimension von Gesundheit, welche nebst der Ebene des Individuums auch jene seiner Lebensverhältnisse umfasst. Mit ihrer Fähigkeit, komplexe Situationen mehrdimensional zu gestalten, unterstützt Soziale Arbeit zudem das Versorgungssystem. Ihre konzeptionelle Nähe zum Sozialwesen prädestiniert die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Übergänge zwischen diesen Systemen lebensweltorientiert zu begleiten.

# Inhaltsverzeichnis

**1 Einleitung 1**
1.1 Ausgangslage 2
1.2 Zentrale Begriffe 5
1.2.1 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen 5
1.2.2 Funktion 11
1.2.3 Tätigkeitsprofil 15
1.3 Stand der Forschung 18
1.4 Fragestellung 22
1.5 Methodisches Vorgehen 23
1.6 Aufbau der Arbeit 24
**2 Theoretische und empirische Einbettung 25**
2.1 Professionstheoretischer Bezugsrahmen 25
2.1.1 Professionalisierung 26
2.1.2 Die «Krise des Professionalismus'» 30
2.2 Das Gesundheitswesen in Deutschland und in der Schweiz 31
2.2.1 Zahlen und Fakten 31
2.2.2 Organisation und Struktur 32
2.2.3 Handlungsfelder und Funktionsbereiche von Sozialer Arbeit 35
2.2.4 Entwicklungen und Perspektiven 36
2.3 Theoretische Begründungen der Sozialen Arbeit 39
2.3.1 Systematisierung für den deutschsprachigen Raum 39
2.3.2 Das Konzept der Integration und Lebensführung 43
2.3.3 Der Gesundheitsbegriff in der Sozialen Arbeit 45
2.3.4 Klinische Soziale Arbeit 48
**3 Analyse 50**
3.1 Datenkorpus 50
3.2 Heuristische Fragestellungen 53
3.3 Weitere Schritte 54
**4 Ergebnisse 55**
4.1 Funktionszuschreibungen 55
4.1.1 Gesellschaftliche Funktion(en) 55
4.1.2 Institutionelle Funktionen 58
4.1.3 Klientenbezogene Funktionen 59
4.2 Tätigkeitszuschreibungen 60
4.2.1 Personenbezogene Tätigkeiten 61
4.2.2 Sachbezogene Tätigkeiten 64
4.2.3 Übergeordnete Tätigkeiten 65
4.3 Rekonstruktion 67

4.3.1 Der Diskursraum innerhalb der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen 67
4.3.2 Der Diskursraum zwischen der Sozialen Arbeit und den anderen Professionen im Gesundheitswesen 70
4.3.3 Der Diskursraum zwischen der Sozialen Arbeit und dem Gesamtsystem 72
**5 Diskussion 74**
**6 Reflexion und Ausblick 80**
**7 Quellenverzeichnis 82**
**8 Anhang 99**
Anhang I – Global Definition of Social Work (GDSW) 100
Anhang II – Professionssoziologische Ansätze 101
Anhang III – Eine Vertiefung zu Stichweh 103
Anhang IV – Handlungsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen nach Franzkowiak 2009 105
Anhang V – Professionsverständnisse der Sozialen Arbeit nach Engelke et al. 2009 106
Anhang VI – Bibliografie zum Datenkorpus 107
Anhang VII – Heuristisches Fragesystem, Teil 2 111
Ehrenwörtliche Erklärung

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 – Heuristische Fragestellungen für die Oberflächenanalyse 53
Tabelle 2 – Professionssoziologische Ansätze im Überblick 102
Tabelle 3 – Vier Professionsverständnisse der Sozialen Arbeit 106
Tabelle 4 – Heuristische Fragestellungen für die Arbeitsschritte 5 bis 7 111

# Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| AHV | Alters- und Hinterlassenenversicherung |
| BAG | Bundesamt für Gesundheit |
| BIP | Bruttoinlandprodukt |
| BFS | Bundesamt für Statistik |
| BSV | Bundesamt für Sozialversicherungen |
| DBSH | Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. |
| DRG | Diagnosis Related Groups (Basis für Fallpauschalen-System) |
| DVSG | Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen |
| EASSW | European Association of Schools of Social Work |
| EDI | Eidgenössisches Departement des Innern |
| engl. | englisch |
| GDK | Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren |
| GFCH | Gesundheitsförderung Schweiz |
| GDSW | Global Definition of Social Work |
| insb. | insbesondere |
| IFSW | International Federation of Social Workers |
| IV | Invalidenversicherung |
| KVG | Bundesgesetz über die Krankenversicherung |
| Obsan | Schweizerisches Gesundheitsobservatorium |
| OECD | Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) |
| PrävG | Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) |
| SAMW | Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SpVG | Spitalversorgungsgesetz |
| WHO | World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation) |
| ZHAW | Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften |

«Gesundheit ist das, was dir das Gefühl gibt, dass jetzt die beste Zeit des Jahres ist.»
(Franklin Pierce)

# 1 Einleitung

Dass Soziale Arbeit sich mit gesundheitlichen Frage- und Problemstellungen befasst, hat eine lange Tradition. Beratung, Unterstützung und Hilfe, die gesundheitliche und soziale Aspekte der Lebensbedingungen ihrer Klientel miteinander verbinden – oder diese gar nicht erst als voneinander getrennt auffassen –, sind kein Novum. Die historischen Wurzeln einer Sozialen Arbeit, die in Zusammenarbeit mit ärztlich-medizinischem Fachpersonal «soziale Fürsorge» leistet und so zur «Wohlfahrt» eines Landes beiträgt, reichen zurück bis zu den Anfängen, oder anders formuliert: zu den Pionierinnen dieser Profession (vgl. Engelke/Borrmann/Spatscheck 2009: 199ff. [zu Addams] und 238, 243ff. [zu Salomon]; Reinicke 2003: 14ff. [zu Salomon, Schwerin u.a.m.]). Seither haben sich viele Aspekte der professionellen Tätigkeit Sozialer Arbeit, ihre Rahmenbedingungen, das Sozial- und Gesundheitssystem, ja, die Gesellschaft als Ganzes, wesentlich verändert. Doch weiterhin ist Soziale Arbeit *im Gesundheitswesen* eine zur Versorgung beitragenden Berufsgruppe bzw. Profession. In der Schweiz und in Deutschland sind beispielsweise, je nach Bemessung, etwa ein Fünftel oder bis zu einem Viertel aller Sozialarbeitenden in einem Feld des Gesundheitssystems tätig (vgl. für die Schweiz: Friedli 2016: 4; für Deutschland: Franzkowiak/Homfeldt/Mühlum 2011: 132; Homfeldt 2013: 17 und 2012: 489; Dettmers 2017: 9).
Dennoch ist die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen gerade in der Schweiz bisher wenig erforscht (vgl. Süsstrunk/Solèr/Hüttemann 2016; Süsstrunk 2014: 59). Und auch wenn berufsbefähigende Bachelor-Studiengänge in Sozialer Arbeit gesundheitsbezogenes Wissen vermitteln und auf das Gesundheitswesen ausgerichtete Kompetenzen fördern, besteht auch hier Handlungsbedarf (vgl. Friedli 2016: 7). Weiterbildungsangebote, beispielsweise in Klinischer Sozialarbeit, oder die Etablierung einer Fachsozialarbeit für dieses komplexe Berufsfeld (z.B. mit einem berufsbefähigenden Master-Abschluss) stehen in der Schweiz «erst am Anfang» (vgl. z.B. Werner/Bussmann 2012: 40).

Im Gesundheitswesen arbeiten Berufe und Professionen mit unterschiedlichen handlungsleitenden Paradigmata neben- und miteinander. Dies ist für Soziale Arbeit mit besonderen Herausforderungen verbunden; sie findet charakteristische interdisziplinäre bzw. inter- oder multiprofessionelle Arbeitsbedingungen vor (vgl. Hertl 2001: 104; Pauls 2001: 64; Reinicke 2008: 135; Geissler-Piltz/Gerull 2009b). Frühere Berufserfahrungen im Gesundheitswesen und damit verbundene feldspezifische Kenntnisse scheinen Absolvierenden von Diplom- oder Bachelor-Studiengängen in Sozialer Arbeit die Aufnahme einer Tätigkeit als Sozialarbeitende im multiprofessionellen Gesundheitswesen zu erleichtern. Ohne diesen Hintergrund gestaltet sich dieser Einstieg – so die Erfahrungen der Praxis – eher schwer.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen gilt heute als relevant und wird rege diskutiert (vgl. Bundesamt für Gesundheit, BAG 2016 und 2017; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, SAMW o.J.; Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, ZHAW 2017). Doch welchen «Standort» kann Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, in multiprofessionellen Settings und als Minderheit unter den involvierten Berufsgruppen, beziehen? Was ist der Kern ihrer Tätigkeit; was seine Reichweite? Wo liegen die Räume ihrer Zuständigkeit, und wie werden sie bestimmt? Fragen wie diesen geht die vorliegende Arbeit nach. Dabei verfolgt sie das Ziel, das Verständnis für die Aktivitäten von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen, mit Fokus auf ihre Funktion und ihr Tätigkeitsprofil, zu vertiefen. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen dann – soweit im Rahmen einer Qualifikationsarbeit möglich – interessierten Fachpersonen zur Verfügung stehen.

Der folgende Abschnitt ist der näheren Bestimmung der Ausgangslage gewidmet. Darauf folgen die Definition der zentralen Begriffe, die Ausarbeitung des Forschungsstandes und der Fragestellung sowie die Darlegung des methodischen Vorgehens.

## 1.1 Ausgangslage

Das Gesundheitswesen stellt eines der grössten Beschäftigungsfelder der Sozialen Arbeit dar – in Deutschland das zweitgrösste (vgl. Franzkowiak et al. 2011: 132). Laut Franzkowiak et al. (ebd.) sind rund ein Fünftel aller «Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen» Deutschlands im Gesundheitswesen tätig. Andere beziffern den Anteil Sozialarbeitender, die in Deutschland «in Feldern des Gesundheitswesens» beschäftigt sind, gar auf ungefähr 25 Prozent (vgl. Homfeldt 2012: 489; Dettmers 2017: 9). In der Schweiz arbeiten etwa 20 bis 25 Prozent aller Sozialarbeitenden in Institutionen des stationären, teilstationären oder ambulanten Gesundheitswesens (vgl. Friedli 2016: 4; Süsstrunk 2014: 59). Angesichts aktueller demografischer Entwicklungen, allen voran in der Altersstruktur der Gesellschaft, ist mit einem Anstieg dieser Werte zu rechnen (vgl. z.B. Clark/Graham/Centeno 2015: 697; Hüttemann et al. 2015: 335). Die Vereinigten Staaten halten denn auch fest, dass sie im Jahr 2024 etwa 19 Prozent mehr «healthcare social workers» benötigen werden als noch im 2014 (vgl. U.S. Bureau of Labor Statistics 2015), da die «aging baby boomer generation» zu einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdiensten – und damit auch zu einer höheren Nachfrage nach Sozialer Arbeit in «health care» und «health related services» – führe (vgl. Department for Professional Employees 2016: 2).
Im Gesundheitswesen sind Sozialarbeitende gewöhnlich gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern von Medizin-, Gesundheits- und Psychologieberufen «am selben Fall» tätig.

Aus Gründen der Patientensicherheit, der Wirtschaftlichkeit usw. stellt sich damit für alle Beteiligten die Frage nach einer gelingenden inter- oder transprofessionellen Gestaltung ihrer heterogenen Tätigkeiten. Der Bedarf, in unterschiedlichen Professionen stärker zusammenzuarbeiten, die Gesundheitsversorgung und -förderung besser zu koordinieren sowie strukturelle Übergänge (wie z.B. Klinikaustritte) für Betroffene sicherer zu gestalten, ist breit (an)erkannt (vgl. z.B. BAG 2013: 5 und 11; BAG/GDK 2016: 39; BAG/GDK/GFCH 2017: 21 und 24; BAG 2016 und 2017; SAMW o.J.). Diese Frage nach Sicherheit und Koordination wird im öffentlichen, politischen und fachlichen Diskurs häufig moderiert durch Stichworte wie Kostendruck, Fachkräftemangel sowie die zunehmende Spezialisierung und Fragmentierung des Gesundheits- bzw. Versorgungssystems. Die sogenannte «Integrierte Versorgung» kann als Bemühung verstanden werden, Prozessen der Zerstückelung und auch den massiv steigenden Gesundheitskosten zu begegnen (vgl. Schusselé Filliettaz et al. 2017: 8ff.; cash 2017; Franzkowiak et al. 2011: 76; Greuèl/Mennemann 2006: 24ff. und 34ff.; siehe auch Sozialgesetzbuch, SGB V §140a, das für Deutschland den Begriff der integrierten Versorgung aus juristischer Sicht definiert).

In diesem Zusammenhang beansprucht Soziale Arbeit – auch gestützt auf das positive Fremdbild ihres Umfelds –, für Koordinationsaufgaben prädestiniert zu sein (vgl. Sommerfeld/Hollenstein/Krebs 2008: 5f., 18 und 20; Dällenbach/Sommerfeld/Rüegger 2012: 6; Süsstrunk 2015). Dennoch lässt eine flächendeckende Etablierung von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen auf sich warten. Stattdessen nimmt sie noch immer vielmehr eine Art «Hilfsfunktion» wahr (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 13; Dällenbach et al. 2012: 2; Sommerfeld et al. 2008: 9) oder kämpft in einigen Institutionen gar um das «Überleben» (vgl. z.B. Müller 2017). Auch existiert im Gesundheitswesen bislang kein institutionalisierter Konsens, wer, wann, welche «psychosoziale» Dienstleistung erbringt oder sicherstellt. Stattdessen benötigen beteiligte Professionelle oft wertvolle Ressourcen, um diese Frage situativ (d.h. je Organisation und Kontext) zu klären. Für die Soziale Arbeit könnte sich dies negativ auszahlen, da sie im Gesundheitssystem über keine eigenständige Finanzierung verfügt (vgl. Daiminger/Hammerschmidt/Sagebiel 2015: 20 und 26).

Soziale Arbeit befasst sich mit Sozialstrukturen und deren Einwirken auf Individuen (vgl. AvenirSocial 2015) bzw. Ein- und Ausschlussmechanismen in sozialen Kontexten (vgl. Merten 1997). Damit beleuchtet sie Facetten der menschlichen Lebensführung, die von keiner anderen Profession (in dieser Tiefe) abgedeckt werden können (vgl. Sommerfeld et al. 2008: 8). Deshalb ist – gerade mit Blick auf die Versorgungsqualität und Patientensicherheit – zu fragen, was das Gesundheitswesen ohne Soziale Arbeit einbüssen würde. Aktuelle Entwicklungen können deshalb auch als Anknüpfungspunkt und Chance gesehen werden, den Beitrag von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen bzw. ihren Beitrag *an* die Versorgung durch das Gesundheitssystem näher zu beleuchten.

Zunächst ist es für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen aktuell relevant, Klarheit über ihre Funktion und ihr Tätigkeitsprofil zu haben und diese angesichts eines raschen strukturellen und technologischen Wandels immer wieder zu gewinnen. Sonst riskiert sie, wie Homfeldt und Sting vor rund zehn Jahren warnten, «Entwicklungsmöglichkeiten zu verspielen, die sich ihr aus aktuellen Akzentverschiebungen anbieten» (vgl. Homfeldt/Sting 2006, zit. in Daiminger et al. 2015: 27). In Anlehnung an Abbott (1988: 2) ist eine Profession gefordert, sich mit ihren spezifischen Kenntnissen und Anwendungen im nie abgeschlossenen «interprofessionellen Konkurrenzkampf» (engl.: *interprofessional competition*) zu behaupten, will sie sich nicht in einer untergeordneten Position gegenüber anderen Professionen wiederfinden. Soziale Arbeit hätte hier, so Nadai und Sommerfeld (2005: 192), die Möglichkeit, sich im Wettbewerb besser zu positionieren. Eine Voraussetzung dafür wäre allerdings, dass sie ihren professionellen Beitrag an Versorgung als *kollektive* Leistung der Sozialen Arbeit abbildet (vgl. ebd.: 201; Sommerfeld et al. 2016: 12). Erst dies schaffe die Grundlage für eine externe Anerkennung, im Sinne der «Ratifizierung» eines Zuständigkeitsanspruchs (vgl. ebd.: 203). Soziale Arbeit müsste, gestützt auf die Darlegung ihres Leistungskatalogs, Rechenschaft über ihre Aktivitäten ablegen und die von ihr erbrachten Leistungen überindividuell nachweisen (vgl. Nadai/Sommerfeld 2005: 202). Eine Institutionalisierung von Handlungslogiken im jeweiligen Kontext würde ihr schliesslich erlauben, sich effektiver an (sozialen) Problemlösungen zu beteiligen (vgl. Becker-Lenz 2017: 140).

Unabhängig von der überzeugenden Performanz Einzelner, die keineswegs in Frage gestellt wird, benötigt Soziale Arbeit also mehr «körperschaftliches Profil», um sich in einem Kontext wie dem Gesundheitswesen als kompetente Ansprechpartnerin und gleichwertiges Gegenüber für andere Professionen zu positionieren. Einzelne Professionelle sollten von einer gestärkten «Figur» Sozialer Arbeit insofern profitieren können, dass es nicht mehr so sehr ihrem individuellen Durchsetzungsvermögen geschuldet ist, welche Position Soziale Arbeit im Gesundheitswesen einnimmt. Und hier knüpft die vorliegende Arbeit an. Sie will einen Beitrag leisten zur Klärung der Frage, was die Funktion und das Tätigkeitsprofil von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen sind. Wissen und Kenntnis über Soziale Arbeit im Gesundheitswesen soll vertieft und interessierten Fachpersonen zur Verfügung gestellt werden. Die Untersuchung fokussiert bewusst den Abstraktionsgrad der Funktion und des Tätigkeitsprofils, und nicht die konkrete Ebene von Aufgaben(profilen) in diesem Setting. Auch zielt sie nicht auf die Genese neuer Funktionen oder Tätigkeiten, sondern möchte vielmehr das Vorhandene abbilden, verständlich machen und, wenn möglich, Spielräume zur Optimierung ausfindig machen. Eine umfassende funktionale Analyse, wie Merten (1997) sie zur Sozialen Arbeit insgesamt geleistet hat, ist in diesem Rahmen nicht möglich. Und gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im *Sozial*wesen wird nur insofern thematisiert, als es der Verständigung über die Schnittstelle zwischen den beiden Systemen dient.

## 1.2 Zentrale Begriffe

Die Bestimmung zentraler Begriffe ist eine wesentliche Voraussetzung zur Verständigung über eine Arbeit und ihre Themenstellung. Deshalb werden in einem nächsten Schritt die Begriffe *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*, *Funktion* und *Tätigkeitsprofil* definiert.

### 1.2.1 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Die Bezeichnung «**Soziale Arbeit**» hat sich in Deutschland etwa mit Beginn des 21. Jahrhunderts als Oberbegriff für die Bereiche Sozialarbeit und Sozialpädagogik durchgesetzt (vgl. Husi/Villiger 2012: 13f.; Thole 2012: 19f.). Otto und Thiersch (2011, zit. in Husi/Villiger 2012: 13) verstehen Soziale Arbeit in diesem Sinn als «integriertes Konzept von Sozialpädagogik und Sozialarbeit» und charakterisieren sie als «sozialwissenschaftlich orientiert, gesellschafts- und sozialpolitisch engagiert und interdisziplinär offen». Thole (2012: 19) weist darauf hin, dass zwar nach wie vor auf ältere Begriffe zurückgegriffen oder mit Alternativen «jongliert» werde, aber «Soziale Arbeit» heute fast immer für Sozialarbeit und Sozialpädagogik stehe (vgl. ebd.: 20). Diese Systematik erlaube, das «Feld der Sozialen Arbeit begrifflich zu rahmen und als einheitliches Funktionssystem gegenüber anderen, beispielsweise dem Gesundheits- und Rechtssystem, abzugrenzen» (vgl. ebd.: 19).
Das schweizerische Verständnis von Sozialer Arbeit unterscheidet sich vom deutschen insofern, dass das «Dach der Sozialen Arbeit» nebst Sozialarbeit und Sozialpädagogik auch die Soziokulturelle Animation vereint (vgl. Husi/Villiger 2012: 14).
Für die vorliegende Arbeit bietet sich mit Hochuli Freund und Stotz (2015) eine primär auf die Praxis ausgerichtete Begriffsbestimmung an. Sie bezeichnen «die Berufsgruppe der in der Sozialen Arbeit tätigen Personen, Sozialpädagogen und Sozialarbeiterinnen» als die Profession Soziale Arbeit (vgl. ebd.: 19) und verweisen ebenfalls auf den *Leitbegriff* Soziale Arbeit für die Gebiete Sozialpädagogik und Sozialarbeit (vgl. ebd.: 27). Zur einheitlichen Gegenstandsbestimmung reicht diese Verbindung jedoch nicht: eine «allgemein geteilte» Definition dessen, was unter Sozialer Arbeit inhaltlich zu verstehen sei, existiere noch nicht (vgl. ebd.: 24 und 27). Also formulieren sie trotz des *einen* Leitbegriffs zwei Gegenstandsbereiche: Sozialpädagogik befasse sich «mit dem Verhältnis von Individuum und Gemeinschaft» und frage nach Möglichkeiten und «praktischer Gestaltbarkeit», um zwischen diesen zu vermitteln (vgl. ebd.: 24). Sozialarbeit dagegen fokussiere die «soziale Frage» und bearbeite soziale Probleme auf materieller und immaterieller Ebene, auch unter dem Aspekt der Verbesserung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen (vgl. ebd.: 26f.).

Die Schwierigkeit, Soziale Arbeit und ihren Gegenstand einheitlich zu fassen, kommt auch in angelsächsischer und von da übersetzter Literatur zum Ausdruck. Die internationalen Vereinigungen Sozialer Arbeit beispielsweise klären den Begriff im Rahmen ihrer *Global Definition of Social Work* (vgl. International Federation of Social Workers, IFSW 2017; European Association of Schools of Social Work, EASSW 2011-2017a und 2011-2017b; AvenirSocial 2015: 2). Doch schon nur für den deutschsprachigen Raum gibt es hierzu zwei unterschiedliche Fassungen (siehe Anhang I).

Was zum **Gesundheitswesen** bzw. Gesundheitssystem (hier synonym verwendet) gehört, ist ebenfalls nicht einfach zu bestimmen. Borgetto und Kälble (2007: 92) gehen davon aus, dass es noch keine einheitliche Definition dieses Begriffs gibt. Franzkowiak et al. (2011: 129 und 135) halten zudem fest, dass das Sozial- und das Gesundheitswesen schwer bzw. ungenügend voneinander zu trennen sind. In der angelsächsischen Literatur wird ebenfalls auf diesen Umstand hingewiesen, z.B. bei Turner (2005):

> The line between some forms of rehabilitation services, counselling services, various aspects of after care or personal and family adjustment to physical conditions clearly fall into *a grey area between social services and health care*. (…) a service in one situation might be designated as a social service where a similar service elsewhere could be designated as health care. (Turner 2005: 379 [Hervorhebung durch die Verfasserin])

Turner (2005: 379) rechnete vor rund zehn Jahren ausserdem mit einer zunehmenden Schwächung der Grenzen zwischen den Systemen Gesundheit und Soziales, basierend auf einer sich etablierenden ganzheitlichen Perspektive von Gesundheit:

> As the movement of more holistic approaches to health, growth, and strength from a biopsychosocial perspective increase in importance, the division between health care and social service may disappear. (Turner 2005: 379)

Angesichts dieser postulierten geringen oder gar fehlenden Trennschärfe zwischen dem Sozial- und dem Gesundheitswesen ist zu klären, ob das Gesundheitswesen überhaupt als eigenes Berufsfeld Sozialer Arbeit, gesondert vom Sozialwesen, gesehen werden kann. Dies wird beispielsweise von Franzkowiak et al. (2011), Homfeldt (2012) sowie Richter und Hurrelmann (2016) bejaht – weil die «Beschaffenheit» des Gesundheitswesens tatsächlich eine andere sei als jene des Sozialwesens. Zwar bestünden Gemeinsamkeiten (z.B. die hohe Beteiligung nicht-staatlicher Akteurinnen und Akteure), aber diese Systeme unterschieden sich doch klar (vgl. Franzkowiak et al. 2011; Homfeldt 2012; Richter/Hurrelmann 2016). Gestützt auf diese Autoren – alle mit Blick auf Deutschland – wird zu einem späteren Zeitpunkt (siehe Seite 10) die Differenz zwischen dem Sozial- und dem Gesundheitswesen herausgearbeitet und mit einer Reflexion der «Logiken im Gesundheitswesen» verbunden werden.

Hier soll nunmehr die Bezeichnung «Gesundheitswesen» für das vorliegende Vorhaben weiter geschärft werden, im Hinblick auf eine Arbeitsdefinition des Begriffs «Soziale Arbeit im Gesundheitswesen». Busse, Schreyögg und Tiemann (2010, zit. in Franzkowiak 2014: 116) schlagen vor, unter dem «Gesundheitssystem (…) die Gesamtheit des gesellschaftlich organisierten Handelns zur Abwehr gesundheitlicher Gefahren und als Reaktion auf das Auftreten von Krankheit und chronischer gesundheitlicher Einschränkung» zu verstehen. Nach Homfeldt (2012: 489) umfasst dieses System Dienste, die «Gesundheit vorbeugend erhalten, fördern, wiederherstellen und in der Krankheitsbewältigung, der Rehabilitation sowie bei psychosozialer Beeinträchtigung Unterstützung geben». Diese Definition entspricht einem eher *institutionen*bezogenen Verständnis des Gesundheitssystems (vgl. Badura/ Strodtholz 2003, zit. in Borgetto/Kälble 2007: 93). Es nimmt primär «die Erbringung personenbezogener Versorgungsdienstleistungen für Heilberufe in verschiedenen Subsystemen» in den Blick und unterscheidet in der Regel (für deutsche Verhältnisse formuliert) den stationären und den ambulanten Versorgungssektor, sodann den Arzneimittelsektor, den zahnmedizinischen Sektor und den Öffentlichen Gesundheitsdienst (vgl. Borgetto/ Kälble 2007: 94). Da in der Schweiz die teilstationäre Versorgung zuletzt wesentlich an Bedeutung gewonnen hat, könnte diese als weiterer Sektor angefügt werden.
Diesem eher institutionenbezogenen Verständnis steht laut Badura und Strodtholz (2003, zit. ebd.: 93) ein eher *funktions*bezogenes Verständnis gegenüber. Es beschreibt das Gesundheitssystem anhand seiner «einzelnen Funktionsbereiche und Versorgungssektoren» (vgl. ebd.: 92ff.) und erscheint für die vorliegende Analyse insofern attraktiv, als dass es in Publikationen der/zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen regelmässig verwendet wird. Zudem weist es eine begriffliche Nähe zur Themenstellung auf. Die eher funktionsbezogene Sicht auf das Gesundheitswesen könnte zudem Akteurinnen/Akteuren (zumindest theoretisch) erlauben, sich stärker inhaltlich-fachlich (als institutionell) zu positionieren, womit Zuständigkeiten und Funktionen möglicherweise umso flexibler verhandelbar und die Frage nach ihnen damit umso virulenter wird. Aufgrund ihrer Bedeutung für die vorliegende Untersuchung werden die «Funktionsbereiche», die Borgetto und Kälble (2007: 92ff.) für das deutsche Gesundheitswesen präsentieren, sowie Ergänzungen dazu für die Schweiz ebenfalls später noch vertieft dargelegt (siehe Abschnitt 2.2.3).

Vorerst geht es darum, einer Arbeitsdefinition für «Soziale Arbeit im Gesundheitswesen» näher zu kommen. Dabei wird zum einen berücksichtigt, dass das Gesundheitswesen sich nicht nur um körperliche, seelische und soziale Auswirkungen (und Ursachen) von «Krankheit» kümmert, sondern auch um Konsequenzen des gesundheitsschädigenden Ereignisses «Unfall». Deshalb wird dieser Begriff in die Arbeitsdefinition integriert. Zum anderen wird die positive Sicht auf das Gesundheitssystem der bisher rezipierten Literatur relativiert.

Anlass dazu bietet der Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan), der auch das negative Potential des Gesundheitswesens thematisiert.

> Das Gesundheitssystem kann Strategien und Anstrengungen zur Selbstheilung, zur Rückeroberung von Lebensfreude und Wohlbefinden, zur Übernahme von Selbstverantwortung für das eigene Wohlergehen sowie zur Integration der Krankheit in den Alltag unterstützen oder aber auch hemmen. (Obsan 2015: 20)

Diese dichotome Sicht auf Wirkungen des Gesundheitswesens ist für Soziale Arbeit umso wichtiger, als dass sie als «wohlfahrtsstaatlich mit-konstituierte Profession» systematisch auf ihren Kontext «mit-verwiesen» ist (vgl. Merten 1997: 101). Eine kritische Reflexion desselben steht ihr also gut an. Die folgende, vorläufige Definition von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen nimmt diesen Aspekt auf und stützt sich sowohl auf Busse und Mitarbeiter (2010, zit. in Franzkowiak 2014: 116), Homfeldt (2012: 489), Borgetto und Kälble (2007: 92ff.) als auch auf das kritischere Obsan (2015: 20):

Das ***Gesundheitswesen*** ist das System, welches das gesellschaftlich organisierte Handeln zur Abwehr gesundheitlicher Gefahren und die Reaktionen auf das Auftreten von Krankheit und chronischer gesundheitlicher Einschränkung umfasst. Es beinhaltet stationäre, teilstationäre und ambulante Dienste, die einerseits zum Ziel haben, Gesundheit zu erhalten, zu fördern und wiederherzustellen. Andererseits bieten sie Unterstützung in der Krankheitsbewältigung, der Rehabilitation und bei psychosozialer Beeinträchtigung im Zusammenhang mit Krankheit und Unfall.

Wo immer das Gesundheitswesen dysfunktional ist, hat es das Negativpotential, Strategien und Anstrengungen zur Selbstheilung, zur Rückeroberung von Lebensfreude und Wohlbefinden, zur Übernahme von Selbstverantwortung für das eigene Wohlergehen sowie zur Integration von Krankheit in den Alltag zu hemmen.

***Soziale Arbeit*** ist ***im Gesundheitswesen*** eine Profession unter anderen und leistet einen spezifischen Beitrag an die bio-psycho-soziale Versorgung von Menschen, die manifeste gesundheitliche Beeinträchtigungen haben oder davon bedroht sind.

***Soziale Arbeit*** setzt sich auch im Gesundheitswesen aus unterschiedlichen Berufsprofilen zusammen, die nicht ohne ihre nationalen Kontexte zu fassen sind (vgl. Husi/Villiger 2012: 37): Sozialarbeit, Sozialpädagogik und – für die Schweiz – Soziokulturelle Animation (vgl. ebd.: 37f.). Weil die «Grenzlinien der Binnendifferenzierungen» Sozialer Arbeit «von Land zu Land unterschiedlich» verlaufen und sogar (sprach-)regional variieren können, ist eine klare begriffliche Trennung der Berufsprofile Sozialer Arbeit eher Wunschdenken (vgl. ebd.). Darum, und zur einfacheren Lesbarkeit (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2015: 20), werden **Soziale Arbeit im Gesundheitswesen** und **Sozialarbeit im Gesundheitswesen** in der vorliegenden Arbeit äquivalent verwendet.

Die Bestimmung des Begriffs «Soziale Arbeit im Gesundheitswesen» wäre allerdings nicht vollständig ohne einen Blick auf die **gesundheitsbezogene Soziale Arbeit**. Franzkowiak et al. (2011: 129) schlagen diese Bezeichnung als *Oberbegriff* für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und die Gesundheitsarbeit im Sozialwesen vor. Auch Daiminger et al. (2015: 16ff.) verwenden den Begriff für jegliche Soziale Arbeit mit Gesundheitsbezug, differenzieren dabei jedoch drei Gebiete: das Gesundheitswesen, die gesundheitsspezifischen Bereiche des Sozialwesens (z.B. Behindertenhilfe, Aids-Beratung, Drogen-/Suchthilfe, Schwangerschaftskonfliktberatung, Frühförderung und Hospizarbeit) sowie die gesundheits*un*spezifischen Bereiche des Sozialwesens. Homfeldt (2013) seinerseits sieht (mit Blick auf Forschung) sechs «Facetten» in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit beheimatet: Gesundheitsarbeit im Sozialwesen, Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Gesundheitsförderliche Settings mit Sozialer Arbeit, Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit, Gesundheitsselbsthilfe, Internationalität und Transnationalität gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. Auch wenn all diese Definitionen sich im Detail unterscheiden, ist doch ein gemeinsamer Nenner sichtbar, nämlich dass «gesundheitsbezogene Soziale Arbeit» den Oberbegriff darstellt für *Soziale Arbeit mit Gesundheitsbezug* in unterschiedlichen Settings, inner- und ausserhalb des Gesundheitswesens. Damit stellt **Soziale Arbeit im Gesundheitswesen** eine Teilmenge der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit dar.

Für die vorliegende Arbeit massgebend ist zudem, was die von Homfeldt und Mühlum 2003 bis 2006 herausgegebenen Buchreihe «Soziale Arbeit im Gesundheitswesen» (nachfolgend: «UTB-Reihe») unter Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen subsumiert. Anders als die voran zitierten Quellen weisen sie ihr zehn Bereiche zu: Suchtprävention (Sting/Blum 2003), Frühförderung (Weiss/Neuhäuser/Sohns 2004), Hospizarbeit (Student/Mühlum/Student 2016), Öffentlicher Gesundheitsdienst (Steen 2005), Klinische Sozialarbeit (Geissler-Piltz/Mühlum/Pauls 2005) und Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (Franzkowiak 2006). Die UTB-Reihe fasst «Soziale Arbeit im Gesundheitswesen» also so weit, dass sie nahezu mit den genannten Definitionen für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit übereinstimmt. Dieses Dilemma der Heterogenität und z.T. geringen Trennschärfe der Begriffe muss im Moment ungelöst stehen bleiben. Zentraler und im weiteren Verlauf zu vertiefen ist hingegen, dass **Klinische Sozialarbeit** als eine besondere Form von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen gesehen werden kann – und einen hohen Stellenwert für diesen Kontext hat. Ihr wird im Rahmen der Theorieformierung deshalb ein eigener Abschnitt (2.3.4) gewidmet.

### *Exkurs I: Die Differenz zwischen Sozial- und Gesundheitswesen*

Im Anschluss an die Frage, ob das Gesundheitswesen als eigenständiges Berufsfeld für Soziale Arbeit zu erachten sei (siehe Seite 6), stellt dieser Exkurs Unterschiede zwischen den beiden Systemen heraus und reflektiert sodann die Logik des *Gesundheits*wesens.

Nach Franzkowiak et al. (2011: 129) finden sich im Sozialwesen *weniger* markt- und gewinnorientierte Privatanbieter als im Gesundheitswesen. Also ist im Gesundheitssystem mit einer insgesamt stärkeren Ökonomisierung zu rechnen als im Sozialwesen (vgl. ebd.). Ein weiterer Unterschied zum Sozialwesen besteht darin, dass das Gesundheitswesen für die Soziale Arbeit sogenannt «sekundäre Settings» zur Verfügung stellt, die in erster Linie «pflege- bzw. gesundheitsbezogen» angelegt sind (vgl. Homfeldt 2012: 489). Für Sozialarbeitende, so Homfeldt (ebd.), sei die «Systemlogik» des Gesundheitswesens anders wahrzunehmen als jene des Sozialwesens. Der Alltag im Gesundheitswesen orientiert sich an den Logiken der Akut- und Notfallmedizin, Prävention und Rehabilitation (vgl. Franzkowiak et al. 2011: 36). Diese nähren sich nach Richter und Hurrelmann (2016: 11) aber kaum aus einem primären Bezug auf das Soziale, sondern vornehmlich auf die (Bio-)Medizin. Der Paradigmenwechsel zu einer «holistischen, biopsychosozialen Medizin» habe im Gesundheitswesen bisher noch «kaum stattgefunden» (vgl. ebd.).[1] Und auch Politik und Forschung konzentrierten sich so sehr «auf die biomedizinischen Parameter», dass z.B. soziologische, psychologische oder pädagogische Erkenntnisse unzureichend beachtet würden (vgl. Hurrelmann/Richter 2013: 22f.). So sehen Franzkowiak et al. (2011: 74) das deutsche Gesundheitswesen denn auch als ein System, das der Logik von «Störungserkennung und Krankheitsheilung» folgt. Darauf gestützt seien «Funktionsbereiche, Versorgungssektoren und ein Versorgungsablauf» entstanden, welche «pathogenetische Diagnostik, Therapie und Kuration» ins Zentrum stellten (vgl. ebd.). Die Anerkennung von Agency und gesundheitsbezogener Lebensbewältigung der Menschen, die auf Leistungen des Gesundheitssystems angewiesen sind, komme dagegen «systemlogisch» zu kurz (vgl. ebd.: 75).

Damit ist ein erhebliches Spannungsfeld für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen angesprochen. Sozialarbeitende bewegen sich hier unter dem «Horizont» unterschiedlicher Leitparadigmata, oder anders formuliert: in einem Wechselspiel, das sich zwischen ihrem Selbstverständnis und der Logik ihrer Organisation entfaltet (vgl. dazu Nadai/Sommerfeld 2005).

---

[1] Der Diskurs hierzu wird auch in der Schweiz geführt, beispielsweise durch Adler (2017: 1455), der festhält, dass der «Übergang von der Biomedizin zur biopsychosozialen Medizin (…) zum Wohl der Patienten und der Abflachung der Kostenkurve» zwingend/endlich stattfinden sollte. Das heutige biomedizinische Konzept stütze sich fälschlicherweise nur auf «mechanistisch-mathematische Evidenz» und lasse die «persönlich-geschichtliche Evidenz» ausser Acht.

### *Exkurs II: Gesundheitsarbeit im Sozialwesen*

Nachdem das Sozial- und das Gesundheitswesen also zwei getrennte Systeme mit je unterschiedlichen Logiken darstellen, ist nachvollziehbar, weshalb von einer Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und von einer Sozialen Arbeit im Sozialwesen die Rede ist. Auf den Vorschlag von Franzkowiak et al. (2011: 129) hin, zudem von einer *Gesundheitsarbeit* im Sozialwesen zu sprechen, stellt sich jedoch die Frage, worin diese besteht. Gesundheitsarbeit im Sozialwesen ist ihrer Ansicht nach in «allen Handlungsfeldern des Sozialwesens möglich» und umfasst Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention (vgl. ebd.: 156). Sie setze am Thema gesundheitliche Ungleichheit an und ziele darauf ab, diese zu lindern (vgl. ebd.). In eine ähnliche Richtung weist, was Daiminger et al. (2015: 17) für Soziale Arbeit in «gesundheitsunspezifischen Bereichen des Sozialwesens» (also Kindergärten, Kinder-, Jugend- und Altenhilfe, Schulen, Gemeinwesen- bzw. Stadtteilarbeit, Wohnungslosenhilfe und Erwachsenenpädagogik) formulieren. Hier stehe «Gesundheit» meist für ein (meso-)strukturelles Anliegen, wie beispielsweise dafür, über die individuelle Fallarbeit hinaus «Lebensbedingungen und Teilhabemöglichkeiten wie auch Versorgungsstrukturen zu verbessern» (vgl. Dettmers 2014, zit. ebd.).
Beide Sichtweisen erinnern an die Wertebasis Sozialer Arbeit, welche unter anderem in den Prinzipien der Menschenrechte besteht. Vor diesem Hintergrund könnte Gesundheitsarbeit im Sozialwesen als Querschnittaufgabe Sozialer Arbeit betrachtet werden, die zum Ziel hat, das Wohlbefinden von Individuen und Gruppen auf physischer, psychischer und sozialer Ebene zu fördern. Ob die Expertise Sozialer Arbeit im *Gesundheits*wesen von der Gesundheitsarbeit im *Sozial*wesen genutzt werden könnte, und umgekehrt? Franzkowiak et al. (2011: 155) empfehlen zumindest, die beiden Systeme nicht grundsätzlich zu trennen, sondern ein reges Bewusstsein zu haben für ihre Gemeinsamkeiten: «interprofessionelle Kooperation und die Bewältigung von Schnittstellenproblematiken».

Diese Gemeinsamkeiten werden im weiteren Verlauf tatsächlich eine grosse Rolle spielen; doch vorerst gilt es, sich den weiteren zentralen Begriffen dieser Arbeit zuzuwenden, der Funktion und dem Tätigkeitsprofil.

## 1.2.2 Funktion

Die Bezeichnung «Funktion» hat laut Wörterbuch Duden grundsätzlich vier Bedeutungen: 1. die Tätigkeit, das Arbeiten (z.B. eines Organs); 2. das Amt oder die Stellung, die jemand in einem grösseren Ganzen hat; 3. die (klar umrissene) Tätigkeit, Aufgabe innerhalb eines grösseren Zusammenhanges, die Rolle; und 4. wird in der Technik darunter die von einem Gerät, Programm usw. zu leistende Aufgabe, das zu liefernde Resultat verstanden (vgl.

Bibliographisches Institut GmbH 2017a). Und nach Schweitzer (2013: 116) kann unter «Funktion» der «Beitrag eines Subsystems zu Prozessen in einem umfassenderen System» verstanden werden, womit die Bezeichnung ähnlich sei mit «Leistung», «Ziel» oder «Zweck». Damit ist bereits aufgezeigt, wie im alltäglichen Sprachgebrauch die Begriffe Ziel, Zweck, Leistung, Rolle, Aufgabe, Funktion und Tätigkeit vermengt werden können. Umso wichtiger ist für das vorliegende Vorhaben, die zwei letztgenannten Begriffe davon wissenschaftlich abzugrenzen.

Die (sozial-)wissenschaftliche Definition des Begriffs «Funktion» ist direkt an das Konzept der *funktionalen Differenzierung* geknüpft, also an die Idee, dass Gesellschaften sich am Übergang zur Moderne nunmehr nach Funktionen in diverse Teilsysteme gliedern (vgl. z.B. Merten 1997: 20 und 28ff.; Pfadenhauer 2003: 46; Hafen 2013: 37ff.; daher auch der Begriff «moderne, funktional differenzierte Gesellschaft», vgl. Luhmann 1998, zit. in Windolf 2009: 12f.; Sommerfeld et al. 2016: 65f.; Merten 1997: 34; Pfadenhauer 2003: 46; Scherr 2001). In der sog. «systemtheoretischen Wende» (Schluchter 2015: 407) führte Talcott Parsons die Leitdifferenz «System-Umwelt» und das «four-function-paradigm» (Vier-Funktionen-Schema) ein (vgl. ebd.: 409 und 416). Damit verbunden war die Idee, dass die vier zentralen Funktionen innerhalb der Gesellschaft (Anpassung, Zielerreichung, Integration sowie Erhalt der Strukturmuster/Spannungsausgleich) jeweils von deren Teilsystemen übernommen würden (vgl. ebd.: 414 und 418f.). Die Teilsysteme wiederum gliederten sich in Subsysteme, die «jeweils eine dieser vier Funktionen erfüllen» (ebd.: 419), wodurch sich die gesamte funktionale Differenzierung ergibt (vgl. ebd.: 422).

Nicht nur für Parsons' strukturfunktionalistische «Theorie der gesellschaftlichen Evolution» (ebd.: 436) bzw. sein Verständnis von sozialen Systemen als Handlungssysteme (vgl. ebd.: 548) spielte der Funktionsbegriff eine zentrale Rolle. Nach der sog. «sprachtheoretischen Wende» (durch Mead und Habermas, vgl. ebd.: 441ff.) kam es mit Luhmann zu einer sog. «autopoietischen Wende» in der Systemtheorie (vgl. ebd.: 547). Er beschäftigte sich im Rahmen seiner «radikalisierten Systemtheorie» nun ausgehend vom Konzept, dass soziale Systeme Kommunikationssysteme sind, mit der funktionalen Differenzierung von Gesellschaften (vgl. ebd.: 535ff., 548 und 580ff.). Dabei verstand er die funktionale als eine von vier möglichen Differenzierungsformen (vgl. ebd.: 582f.). In Verbindung mit der Evolutionstheorie ist die funktionale Differenzierung als heterarchische Funktionsordnung auch bei Luhmann typisch für moderne Gesellschaften (vgl. ebd.: 584). Nach seinem Verständnis sind die Subsysteme dieser Gesellschaften allerdings nicht mehr multi-, sondern unifunktional, was ihnen eine Effizienzsteigerung erlaubt (vgl. ebd.: 585; Merten 1997: 36). Hingegen werden die «Folgen ihres autonomen Operierens» externalisiert (vgl. Schluchter 2015: 585), und die Heterarchie zwischen den autonomen, jedoch *nicht* autarken Teilsystemen kann sich belastend auswirken (vgl. Merten 1997: 20, 29 und 34f.; Hafen 2013: 39ff.).

In funktional differenzierten Gesellschaften findet die Einbindung (Inklusion) von Menschen nicht mehr via Geburt, sondern primär durch Leistung statt (vgl. Hafen 2013: 41). Nach Merten (1997: 87) hat sich gerade in der «ökonomischen Prosperität der Nachkriegszeit» der 1960er bzw. 1970er Jahre die Individualisierung verstärkt, wodurch die Bewältigung veränderter Integrationsanforderungen zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe wurde. Soziale Arbeit könne «als eine praktische Antwort» darauf gesehen werden (vgl. ebd.: 87f.). Allerdings warnt Scherr (2001: 84f.) davor, zwangsläufig von einem sozialen Problem auszugehen, wenn Menschen in irgendeiner Form exkludiert sind/werden. Personen können beispielsweise in Gefängnissen in spezifischer Weise in die Gesellschaft *inkludiert* sein, obwohl sie vom Rest der Gesellschaft ausgeschlossen sind (vgl. ebd.: 85). Exklusion dürfe nicht als Ersatzbegriff für soziale Probleme herhalten, sondern vielmehr sei zu klären, «unter welchen Bedingungen welche Formen von Exklusionen und Inklusionen zu einem sozialen Problem[2] (…) werden können (vgl. ebd.). Empirisch sei erhärtet, dass ein Sachverhalt nur erfolgreich soziales Problem oder problematische Exklusion genannt werden könne, «wenn die jeweiligen Problematisierungen an anerkannte Normierungen sozialer Mindeststandards anknüpfen» (vgl. ebd.). Also eigne sich nicht jede Form von menschlichem Leiden zur Kommunikation als soziales *Problem* (vgl. ebd.).

> Alter, Krankheiten und Sterben etwa sind (…) universelle soziale Phänomene. Sie werden dann als soziale Probleme kommuniziert, wenn unter Beanspruchung normativer Standards die sozialen Bedingungen skandalisiert werden können und sollen, die Alten, Kranken und Sterbenden zugemutet werden. (Scherr 2001: 85)

Nach Scherr (2001: 85) ist nur eine «Theorie der Lebensführung» in der modernen Gesellschaft in der Lage, «Gesichtspunkte anzugeben, die es erlauben theoretisch zu bestimmen, welche Exklusionen unter welchen Bedingungen mit Einschränkungen und Belastungen für Individuen, Familien und soziale Gruppen einhergehen». Damit ist zugleich der Kern der Entstehung gesellschaftlicher Funktionssystemen angesprochen. Stellt ein Phänomen nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Gesellschaft ein Problem dar, kann ein zentraler Wert «in der Semantik der Gesellschaft eine (…) grosse Relevanz auf sich laden» und «als Kristallisationspunkt für die Emergenz eines Funktionssystems wirksam» werden (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 69). So strukturiere z.B. der Wert «Gerechtigkeit» das Rechtssystem bzw. der Wert «Gesundheit» das Gesundheitssystem (vgl. ebd.). Schrödter (2007: 5) legt dar, dass die «Zuständigkeit für einen zentralen gesellschaftlichen Bereich» (z.B. Zentralwert, Problem, Funktion) ein wesentliches Merkmal von Professionen darstelle. Für die Soziale Arbeit sei in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass ihr in Parsons' Tradition (siehe oben) höchstens die Rolle [sic!] einer «Brokerin» zugewiesen wurde, die zwischen

---

[2] Soziales Problem verstanden als ein sozialer Sachverhalt, «der öffentliche Empörung und/oder staatliche oder sonstige Interventionen erfordert» (vgl. Scherr 2001: 85).

den bereits besetzten Funktionsfeldern der Gesellschaft vermittelte (vgl. ebd.). Auch neuere systemtheoretische Überlegungen, beispielsweise von Stichweh (1996) oder Bommes und Scherr (1996; 2000), wiesen Sozialer Arbeit eine vermittelnde Funktion *zwischen* den Funktionssystemen zu (vgl. ebd.). Bei Baecker (1994, zit. in Schrödter 2007: 5) betreue Soziale Arbeit in der Gesellschaft und stellvertretend für sie «Inklusionsprobleme der Bevölkerung», die von anderen Funktionssystemen nicht mehr bearbeitet werden können. Ähnlich wird bei Merten (1997: 86ff.) oder Sommerfeld et al. (2011: 27; 2016: 70) Soziale Arbeit als zuständig für die Integration in die Gesellschaft erachtet.
Dass auch hier die Bezeichnung «Rolle» verwendet wird, führt zurück zur Frage, inwiefern diese Begriffe voneinander zu unterscheiden sind. Die Antwort fällt kurz aus: In der professionsbezogenen Literatur finden sich regelmässig solche synonymen Verwendungen wie das obenstehende Beispiel von Schrödter (2007: 5) oder auch jenes von Beckett und Horner (2016: 32 [Hervorhebung durch die Verfasserin]): «Actually few social workers perform just one single *function*. Even within a single job de-scription, most carry out various combinations of different *roles*.» Aus diesem Grund wird die vorliegende Untersuchung eine synonyme *Interpretation* der beiden Begriffe nicht ausschliessen. Doch wird die Verfasserin diese Begriffe nicht synonym *verwenden*, um einer Verwechslung des hier präsentierten Funktionsbegriffs mit dem sozialpsychologischen Rollenkonzept vorzubeugen.

Eine scharfe Trennung ist auch möglich zwischen den Begriffen Funktion und Zweck. Schrödter (2007: 6) spricht von «zwei Bedeutungen des Zweckbegriffs», nämlich dem «Erreichen» oder «Verfolgen» eines Zwecks einerseits und dessen «Erfüllen» andererseits. Subjekte könnten Zwecke verfolgen – Dinge, Organismen oder Ereignisse lediglich solche erfüllen (vgl. ebd.). Ein «Zweck» weise also «entweder auf einen intentional gesetzten *Auftrag* oder eine von Intentionen unabhängige *Funktion*» hin (vgl. ebd. [Hervorhebung im Original]). Soziale Arbeit kann demnach eine «(kollektiv-)intentionale Zwecksetzung im Sinne eines gesellschaftlichen Auftrags» als Funktion erfüllen, die sie zugleich nicht als Zweck verfolgt – und wird andererseits im Sinne selbstgesetzter Zwecke auch Funktionen erfüllen, die nicht ihrem gesellschaftlichen Auftrag entsprechen (vgl. ebd.: 6f.). Weil zudem unterschiedliche soziale Systeme dieselben gesellschaftlichen Funktionen (wie z.B. die Wiederherstellung von Autonomie oder Steigerung des Wohlbefindens) erfüllen könnten, ist nach Schrödter (2007: 7) das Alleinstellungsmerkmal einer Profession nicht allein auf dem Weg der Funktion zu bestimmen. Vielmehr sei dieses im selbstgesetzten Zweck, in der «Mission» oder eben im «Zentralwert» einer Profession zu sehen; im Falle von Sozialer Arbeit in der «Herstellung von sozialer Gerechtigkeit» (vgl. ebd.: 8). Erst nachdem die Frage nach der Orientierung auf einen Zentralwert geklärt sei, könne nach der Funktion der Profession gefragt werden, z.B. der Integrations- oder Vermittlungsfunktion (vgl. ebd.: 9).

Das bisher Gesagte führt nun zur Arbeitsdefinition von Funktion für die vorliegende Arbeit:

***Funktion*** wird in der vorliegenden Arbeit sozialwissenschaftlich verstanden als Begriff, der angewandt wird, um die Zuständigkeit von Professionen für bestimmte gesellschaftliche Aufträge zu bezeichnen. Die Funktionsbestimmungen für unterschiedliche Professionen wiederum sind als Phänomene moderner und differenzierter Gesellschaften zu sehen (vgl. dazu Sommerfeld 2016: 65). Nach Merten (1997: 9f.) birgt die Funktionsbestimmung für eine Profession die Chance, einen gemeinsamen und systematischen «Fluchtpunkt sowohl der disziplinären Theoriebildung als auch der professionellen Praxis» zu erkennen. Die Funktion bzw. Zuständigkeit einer Profession erlaubt ihre Abgrenzung von anderen Professionen in komplexen sozialen Systemen oder Organisationen.
Nach Schrödter (2007: 6) sind Funktionen unabhängig von den Intentionen der Profession. Dies heisst, im Gegensatz zu intentional gesetzten Aufträgen wird bei einer Funktion ein Zweck erfüllt, auch wenn die Profession dies nicht als eigene Zweckbestimmung erachtet.

### 1.2.3 Tätigkeitsprofil

Nun soll der Begriff «Tätigkeitsprofil» bestimmt werden. Dies bedeutet erst einmal, darauf zurück zu greifen, was unter einer *Tätigkeit* verstanden wird. Gemäss dem Wörterbuch Duden meint sie entweder das «Tätigsein», das «Sichbeschäftigen mit etwas», die Gesamtheit der Verrichtungen, mit denen eine Person bei der Ausübung ihres Berufes zu tun hat, oder aber das In-Betrieb- oder In-Funktion-Sein (vgl. Bibliographisches Institut GmbH 2017b). Mögliche Synonyme für «Tätigkeit» sind «Tun, Verrichtung, Wirkung» oder «Arbeit, Beruf, Beschäftigung» und «Arbeitsablauf, Betrieb, Funktionsablauf» (vgl. ebd.). Als «Tätigkeitsprofil» bezeichnet Duden die «Gesamtheit der Tätigkeitsmerkmale für eine bestimmte berufliche Tätigkeit» (vgl. Bibliographisches Institut GmbH 2017c).
Nach Braun (2014: 36) ist Tätigkeit von Arbeit zu differenzieren. «Tätigkeit» beinhalte jede gegenständlich geprägte menschliche Aktivität, also auch nicht-produktive Aktivitäten ausserhalb von Arbeit, wie beispielsweise das «Spiel» (vgl. ebd.). Tätigkeit werde immer dann zu Arbeit, wenn Menschen «durch die Tätigkeit einen Beitrag zur Produktion und Reproduktion des gesellschaftlichen Lebens» leiste (vgl. Holzkamp-Osterkamp 1975/76, zit. in Braun 2014: 36). Darin schwingt ein materialistisches, auf die kulturhistorische Tradition der Psychologie zurückgehendes, Verständnis von Tätigkeit mit (vgl. Leont'ev 2012: 31). Tätigkeit wird dort als «sinnliche praktische Tätigkeit» gesehen, in der Menschen «praktischen Kontakt mit den Gegenständen der Umwelt aufnehmen, ihren Widerstand an sich selbst erfahren, auf sie einwirken und sich zugleich ihren objektiven Eigenschaften unterordnen»

(vgl. ebd.). Tätigkeit nimmt damit eine zentrale Bedeutung für die menschliche Entwicklung ein, weshalb Leont'evs Konzept auch «Tätigkeitstheorie» wird (vgl. ebd.: 14).

Auch sozialarbeiterische Literatur bietet Hinweise auf den Tätigkeitsbegriff; doch ist sie nicht eindeutig. Die Begriffe professionelles Handeln und/oder Intervention werden teilweise synonym zu professioneller Tätigkeit verwendet. Sommerfeld et al. (2016: 195ff.) unterscheiden in ihren Ausführungen zum professionellen Wissenskorpus der Sozialen Arbeit zwar das «Orientierungswissen» für die Fallkonstitution (d.h. Assessment, Diagnostik und Fallverstehen) vom «Handlungswissen» für «die eigentliche Intervention» (d.h. Interventionsmethoden). Doch weisen sie zugleich darauf hin, dass die erstgenannten Tätigkeiten nicht nur einen wichtigen Teil für die Interventionsplanung sind, sondern «selbst Interventionen bzw. einen wesentlichen Teil des agogischen Handelns darstellen» (vgl. ebd.: 266). Damit könnten der Interventions- und der Tätigkeitsbegriff gleichgesetzt werden.
Trotzdem handelt es sich für Sommerfeld et al. (ebd.) «bei der Diagnostik bzw. bei der Herstellung des Fallverständnisses» weiterhin um eine «spezifische Tätigkeit», die spezifische Überlegungen, Kompetenzen, Zugänge, Verfahren und Instrumente erfordert. Vor diesem Hintergrund, und mit Rückgriff auf gängige Prozessmodelle professionellen Handelns, ist damit zu rechnen, dass der Interventionsbegriff in der Literatur zuweilen als «eigentliche Intervention» oder «Interventionsmethoden» verstanden wird, teilweise aber auch als professionelle Tätigkeit im allgemeinen Sinn, der z.B. diagnostische und evaluierende Tätigkeiten mit einschliesst.

Zur Klärung, was mit einem Tätigkeitsprofil gemeint ist, finden sich Anhaltspunkte bei Ansen (2001). Da er jedoch keine explizite Begriffsbestimmung vornimmt, erscheinen zwei Lesarten seines Beitrags möglich: 1. dass er darunter die Tätigkeitsbereiche und das Berufsbild von Sozialarbeit subsumiert, eventuell auch eine Palette ihrer Arbeitsformen (vgl. ebd.: 63).; oder 2. dass er «Tätigkeitsprofil» versteht als den Zusammenzug der folgenden Komponenten: Rahmenbedingungen und gesetzlicher Auftrag, Arbeitsformen, Themenstellungen bzw. Lebensbedingungen der Klientel, Beratungsbeziehung, Problemerfassung bzw. Diagnostik, Interventionsformen sowie Kenntnisse und Kompetenzen (vgl. ebd.: 63ff.). Dies erinnert an das, was andere unter Begriffen wie «Berufsbild» (vgl. z.B. AvenirSocial 2014), «Fachprofil» (sinngemäss: Rademaker 2016), «Handlungspanorama» (vgl. ebd.: 38) oder «Qualifikationsprofil» (vgl. Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V., DVSG 2015b) diskutieren.

Geissler-Piltz et al. (2005: 85) klären bei ihren Ausführungen zum Tätigkeitsprofil Sozialer Arbeit in der Psychiatrie den Begriff auch nicht explizit. Ihr Beitrag legt jedoch nahe, dass

es sich dabei um ein allgemeines «Tätigkeitsbündel» handelt, wobei die einzelnen Tätigkeiten nicht nur von einer, sondern von verschiedenen Berufsgruppen desselben Arbeitsfeldes ausgeführt werden können (vgl. ebd.: 89). «Tätigkeitsprofil» könnte also verstanden werden als das – auf eine Berufsgruppe oder Profession zugeschnittene – Bündel von (möglichen) Tätigkeiten innerhalb eines Arbeitsfeldes.

Eine soziologische Betrachtung von Begriffen zum Thema Tätigkeit liefern Husi und Villiger (2012: 22ff.). Weil Professionen «in sich differenziert sein» können, sprechen sie von «Teilprofessionen» bzw. im Falle von Sozialer Arbeit von einzelnen «Berufsprofilen oder Berufsfeldern» (vgl. ebd.: 22). «Berufsprofile» sind «abgrenzbare Mengen von Kompetenzen (…), die in einem Berufsfeld der Sozialen Arbeit nachgefragt werden» (vgl. ebd.). Dagegen sind «Berufsfelder (…) abgrenzbare Handlungszusammenhänge innerhalb des Lebensbereichs Soziale Arbeit, in denen Erwerbstätige für die Erfüllung besonderer gesellschaftlicher Aufgaben zuständig sind» (vgl. ebd.). Berufsfelder lassen sich unterteilen in «Arbeitsfelder» (vgl. ebd.); und diese wiederum lassen sich mit Heiner (2007, zit. ebd.: 49) in die drei Ebenen «Tätigkeitsfelder», «Tätigkeitsgruppen» und «Tätigkeitsformen» gliedern. Heiners Modell, von ihr exemplarisch für die Jugendhilfe entfaltet, erlaubt eine präzise Fassung dieser Begriffe, weshalb nachfolgend ein Auszug aus ihrem Modell rezipiert wird (siehe Abbildung 1). Ein Tätigkeitsprofil könnte demnach Bündelung und Kontur dessen sein, was sie (2007, zit. ebd.) als Tätigkeitsfelder, -gruppen und -formen fasst.

Die folgende Arbeitsdefinition für den Begriff «Tätigkeitsprofil» lehnt sich im Wesentlichen an das Wörterbuch Duden (vgl. Bibliographisches Institut GmbH 2017b; 2017e), Leont'ev (2012), Heiner (2007, zit. in Husi/Villiger 2011) sowie Geissler-Piltz et al. (2005) an.

Ein ***Tätigkeitsprofil*** ist das spezifische Bündel von Tätigkeitsmerkmalen, Tätigkeiten, Verrichtungen und Wirkungen eines Berufes oder einer Profession (nachfolgend: Profession). Tätigkeiten bestehen dabei aus konkreten Formen von Handlungen oder Handlungsketten und sind von (Handlungs-)Zielen motiviert, die im Einklang mit den Wertehaltungen, Zielen und Kompetenzen dieser Profession stehen.
Das Tätigkeitsprofil einer Profession ermöglicht, deren «Kontur» in Bezug auf ihr Handeln zu erkennen. Es visualisiert die Ränder (oder: Randregionen) der Aktivitäten, die dieser Gruppe professioneller Akteurinnen und Akteure zugeschrieben werden (können).
Ein Tätigkeitsprofil der Sozialen Arbeit setzt sich in Anlehnung an Heiner (2007) zusammen aus den drei Ebenen Tätigkeitsfelder, Tätigkeitsgruppen und Tätigkeitsformen.

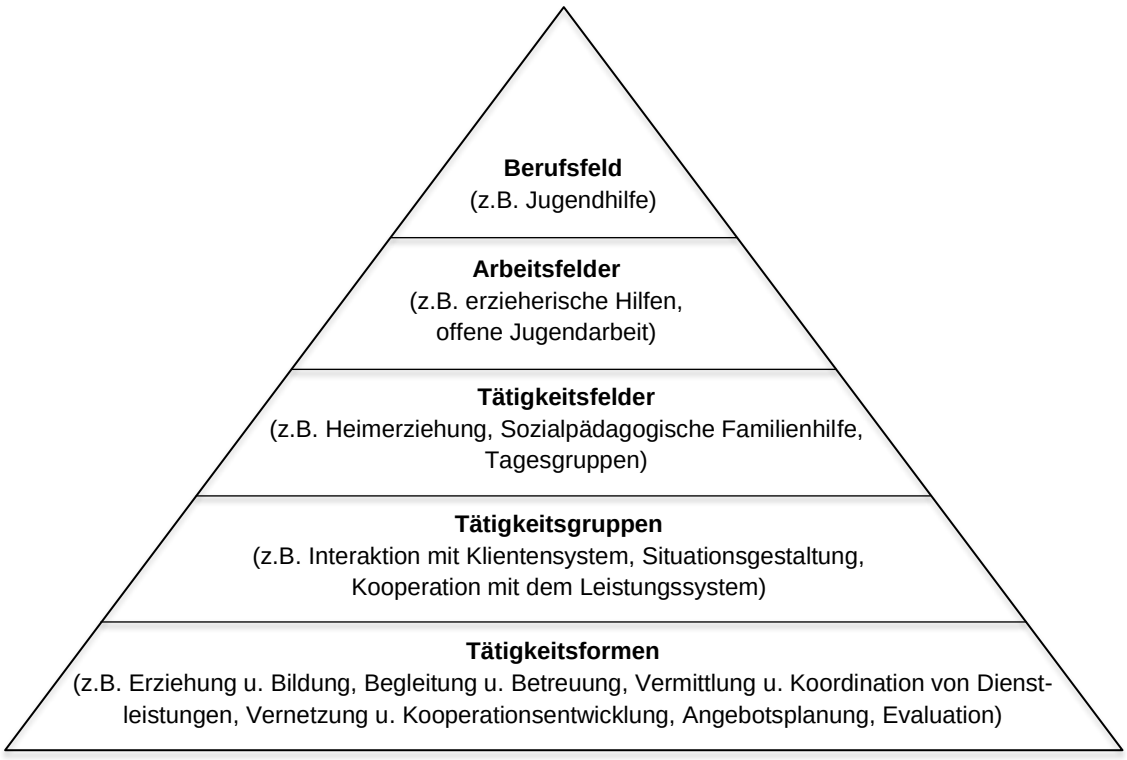


Abbildung 1 – Aufgaben und Tätigkeiten von Sozialer Arbeit nach Heiner (2007, zit. in Husi/Villiger 2012: 49 [Auszug]; eigene Darstellung)

Nach der Klärung der der zentralen Begriffe *Funktion*, *Tätigkeitsprofil* und *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*, geht es in einem nächsten Schritt darum, den Stand der Forschung zur Verknüpfung dieser Begriffe darzulegen.

## 1.3 Stand der Forschung

Ein Blick in die Geschichte der Sozialen Arbeit zeigt, dass gesundheitliche Themen in ihr seit jeher eine Rolle spielten (vgl. z.B. Engelke et al. 2009: 199ff., 238 und 243ff.; Reinicke 2003: 14ff.; siehe Einleitung). Zwischen dem Zweiten Weltkrieg und der zweiten Hälfte der 1980er Jahre fristete das Thema Gesundheit allerdings eher ein «Schattendasein», weil Gesundheitsbildung und gesellschaftliche Bezüge von Gesundheit und Krankheit nicht so sehr als Aufgaben oder Ressorts Sozialer Arbeit betrachtet wurden (vgl. Homfeldt 2013: 15f.). Der «Körper respektive Leib als soziale Realitäten» stehen nach Homfeldt (ebd.: 16) auch heute noch kaum «im Blick einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit», wenngleich ihre Bedeutung für die Profession nicht zu übersehen sei. Immerhin gab die Ottawa-Charta in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit etwas Vorschub (vgl. ebd.). Und Berichterstattungen zur Gesundheit steigerten den Stellenwert der Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. ebd.: 17). Damit wurde das fachpolitische Interesse Sozialer Arbeit zwar stärker auf das Gesundheitswesen ausgeweitet, aber «die

Bedeutung von Gesundheit» ist in ihrem «disziplinären Selbstverständnis» noch nicht so systematisch verankert wie zur Zeit ihrer Pionierinnen (vgl. ebd.).

Inzwischen weist «eine beeindruckende Anzahl von Studien» die sozialen Effekte auf die Gesundheit nach (vgl. Pauls 2013: 20). Mit Bezug auf diese Zusammenhänge schreibt Homfeldt (2013: 31) der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit die Funktion zu, gesundheitliche Ungleichheit, die sich im Zuge der «Verschärfung sozialer Ungleichheit» ebenfalls zuspitze, zu bekämpfen. Analog sehen Geissler-Piltz und Gerull (2009a: 157) die Linderung von sozialen Problemen und sozialer Ungleichheit als Kern Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen. Dennoch bleibt offen, welchen «Standort» sie dort, in multiprofessionellen Settings und als Minorität unter den involvierten Berufsgruppen, konkret beziehen müsste. Vielmehr finden sich in der deutschsprachigen Literatur Unsicherheiten über ihre Zukunft (vgl. Pauls 2013: 21). Und seit Jahren kristallisiert sich das Bild heraus, dass Soziale Arbeit im Gesundheitswesen bzw. in dessen Teilbereichen (wie z.B. Krankenhaus oder Psychiatrie) sich schwertut, ihre Fachlichkeit klar zu vermitteln (vgl. Otto/Bauer 2005: 19). Dadurch nehmen andere Berufsgruppen ihr Handlungsfeld eher diffus und unspezifisch wahr (vgl. ebd.) und schreiben ihr teils widersprüchliche Rollen/Zuständigkeiten zu (vgl. Eichenberger 2004).

Von Sozialer Arbeit selbst wird postuliert, dass Sozialarbeitende im Gesundheitswesen dann tätig werden, wenn andere Professionen aufgrund der Komplexität ihre Tätigkeit eher beenden (vgl. Kleve 2009: 118). Oder dass sie herbeigerufen werden, wenn andere Professionen das Problem nicht lösen können (vgl. Gerull 2009: 127). Auch wird darauf hingewiesen, dass Sozialarbeit viele Fähigkeiten umfasse, die anderen nur schwer zu vermitteln seien (vgl. ebd.: 124). Und weil ausserdem die unscharfe Grenze zwischen professioneller und ehrenamtlicher bzw. Laienarbeit verunsichernd wirke, sei es umso wichtiger, herauszustellen was professionelle Soziale Arbeit tue (vgl. ebd.: 125). Dabei könne die Herausforderung des multiprofessionellen Kontextes und das damit verbundene Erfordernis, sich besonders klar abzugrenzen, gar die eigene Identitätsbildung anregen (vgl. ebd.: 129). Eine empirische Studie zeigt jedoch, dass Soziale Arbeit von anderen Professionen im Gesundheitswesen zwar wertgeschätzt, aber ihr nach wie vor lediglich eine untergeordnete «Hilfsfunktion» zugeschrieben wird – was zugleich bedeutet, dass «das Potential zur Bearbeitung der sozialen Dimension nicht ausgeschöpft» wird (vgl. «Arbeitsfeldstudie» Sommerfeld et al. 2008: 9; Dällenbach et al. 2012: 2). Auch nach Ningel (2011: 71) herrscht im Gesundheitswesen ein «Ungleichgewicht», was den psychosozialen Beitrag der Sozialen Arbeit und ihre Managementaufgabe oder Serviceleistungen betreffe. Ziel wäre eine «Balance zwischen der Bereitstellung von Strukturen und psychosozialen Hilfen», so dass der «psychosoziale Beitrag der Sozialen Arbeit» nicht mehr «im Hintergrund» bleibe (vgl. ebd.).

Das Anliegen, dass Soziale Arbeit sich als für die sozialen Belange von Gesundheit und Krankheit zuständige Profession im Sinne eines «jurisdictional claim» (vgl. Abbott 1988) und als gleichwertige Partnerin gegenüber den anderen Professionen im Gesundheitswesen einbringen möchte, ist in deutschsprachigen Publikationen (Klinischer) Sozialer Arbeit nicht zu übersehen. Doch laut Schmid und Hüttemann (2009: 141 und 154) ist die Zuweisung dieses «*Jurisdictional Claim*» und Alimentierung der Profession ist eine gesellschaftliche Aufgabe, und Expertin bzw. «Experte» zu sein, das Ergebnis eines sozialen Zuschreibungsprozesses (vgl.: 141). Die Nähe zu sozialen Problemen und randständigen Gruppen könnte dabei die Ursache für eine defensive Ausgangsposition sein (vgl. ebd.).
Eine untergeordnete Position und Schwierigkeiten bei der Darstellung der eigenen Leistung gegenüber einem «Publikum» beobachteten Nadai und Sommerfeld (2005: 201) auch für die Soziale Arbeit im Sozialwesen und stellten dabei fest, dass es für Soziale Arbeit typische Begebenheiten und Eigenschaften sind, die dies reproduzieren (beispielsweise der Einfluss nehmende organisationale Kontext, das «kulturelle Erbe» der «Bescheidenheit» und eine eher geringe Kompetenz zur Darstellung eigener Leistungen). Faktoren, die vermutlich im Gesundheitswesen nicht minder ausgeprägt sind, findet sich doch Soziale Arbeit dort zusätzlich dem Leitparadigma der (Bio-)Medizin und einer stark ausgeprägten Orientierung an der Evidenzbasierung gegenüber. Dies kann Soziale Arbeit dort, erst noch am Anfang ihrer Wirkungsforschung stehend (vgl. Süsstrunk et al. 2016), massiv unter Druck setzen.

Anknüpfend an die genannte «Arbeitsfeldstudie» trieben Sommerfeld und Mitarbeitende die Theoretisierung der Sozialen Arbeit (im Arbeitsfeld der Psychiatrie der Deutschschweiz) weiter voran und legten im 2016 eine «arbeitsfeldbezogene Handlungstheorie klinischer Sozialer Arbeit» vor (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 83ff.). Dabei formulierten sie nebst einer allgemeinen Funktionsbestimmung von Sozialer Arbeit (vgl. ebd.: 65) auch eine spezifische für Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie bzw. «im Grunde genommen im Gesundheitssystem» (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 171ff.). Die allgemeine Funktionsbestimmung im Zuge des Konzeptes zur Integration und Lebensführung (siehe Abschnitt 2.3.2) besagt, dass «viele Menschen mit den jeweiligen Verhältnissen zurechtkommen und keine Hilfe der Sozialen Arbeit benötigen, obwohl sie auch (soziale und psychische und biologische) Probleme bei ihrer Lebensführung haben». Doch bestehe die Aufgabe [sic!] von Sozialer Arbeit

> im Wesentlichen wohl darin (…), in belasteten Lebensführungssystemen, die sich in einer für ein betreffendes Individuum, für eine Gruppe von Individuen oder für ein Gemeinwesen schädlichen oder ungünstigen Dynamik reproduzieren, nach Entwicklungsmöglichkeiten hin zu einer «gelingenderen» Lebensführung im Sinne von Thierschs Alltagsbegriff (vgl. Thiersch, 1986) zu suchen und diese Entwicklung anzuregen, zu begleiten und zu unterstützen. (Sommerfeld et al. 2016: 65)

Die arbeitsfeldspezifische Funktion der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie («als klinische Soziale Arbeit») beziehen Sommerfeld et al. (2016: 174) auf die allgemeine Zielsetzung der

Sozialpsychiatrie, d.h. die Integration von psychisch Kranken in die Gesellschaft. Im Anschluss daran, gestützt auf die allgemeine Funktion von Sozialer Arbeit und das Konzept zur Integration und Lebensführung, sei die Funktion von Sozialer Arbeit in der Psychiatrie, «ihren Teil an dieser allgemeinen Zielsetzung der Sozialpsychiatrie (…) zu leisten, indem sie die psychisch Kranken in deren Lebenswelt unterstützt und begleitet» (vgl. ebd.: 173f.). Dabei gehe es darum, als Soziale Arbeit einen «möglichst gelingenden Integrationsprozess (…) zu strukturieren, zu unterstützen und über das (…) Versorgungs- und Behandlungssystem hinaus in der Lebenswelt der psychisch Kranken unterstützend und beratend zu begleiten» mit dem Ziel, dass «eine Form der Lebensführung entsteht, die vom Subjekt als 'gutes Leben' kodiert wird» (vgl. ebd.: 174f.). Indem sie dies tue, behandle Soziale Arbeit «die soziale Dimension der (psychischen) Krankheit» (vgl. ebd.: 175). Diese Konzeption stellt denn auch einen wichtigen Anknüpfungspunkt für die vorliegende Arbeit dar. Daneben befasste Merten (1997) sich in grundlegender Weise mit der Frage nach der Funktion und Autonomie der gesamten Sozialen Arbeit, und dies mit Fokus auf Profession *und* Disziplin. Diskursanalytische Untersuchungen dieses Gegenstandes liegen bislang noch nicht vor.

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist allgemein noch wenig erforscht (siehe Einleitung). Bisherige Untersuchungen, die in irgendeiner Weise dem «Profil» von Sozialer Arbeit in diesem Berufsfeld oder in Teilen davon nachspüren, befassten sich mit *der professionellen Identität* von Sozialarbeitenden (vgl. Gerull 2009), ihren *Aufgaben* und ihrer *Positionierung* (vgl. Daiminger et al. 2015), ihrem *Professions- und Rollenverständnis* (vgl. Eichenberger 2004) oder dem *Nutzen* (vgl. Friedli 2015) bzw. *Beitrag* (vgl. Süsstrunk 2014) von Sozialer Arbeit in Teilbereichen des Gesundheitswesens. Keine Untersuchung hatte die Funktion und das Tätigkeitsprofil von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen zum Gegenstand.
Andere Veröffentlichungen fokussierten den Gegenstand, die theoretische Begründung, die Methoden, die (Aus-)Bildung, die Identität, die Positionierung und Legitimation von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen und von Klinischer Sozialarbeit. Weitere forschten nach Befunden zur Wirksamkeit von Sozialer Arbeit in gesundheitsbezogenen Settings. Deutsch- oder englischsprachige Arbeiten hingegen, welche die Funktion und das Tätigkeitsprofil von Sozialer Arbeit im gesamten Gesundheitswesen fokussieren, finden sich weder in klassischen Bibliothekskatalogen und einschlägigen Datenbanken (SpringerLink, wiso, Google Scholar und swissuniversities.ch) noch in Forschungsnetzwerken (Research Gate, Academia.edu). Jedoch scheint ein forschender Zugang zu diesem Gegenstand interessant, um die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und die sie betreffenden Verhältnisse darin besser zu verstehen. Die vorliegende Arbeit nimmt dieses Thema auf und spürt ihm anhand des deutschsprachigen Diskurses nach.

## 1.4 Fragestellung

Das Erkenntnisinteresse und die Zielsetzungen der vorliegenden Arbeit lassen sich in drei Punkten zusammenfassen:

– Aufschluss über die Funktion und das Tätigkeitsprofil von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen und deren Begründungen gewinnen.
– Mehr dazu in Erfahrung bringen, welche Funktion die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen einnehmen und welche Tätigkeiten sie darin abdecken kann.
– Eine Grundlage zu schaffen für die Ableitung von Empfehlungen zur Gestaltung von interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen der Sozialen Arbeit und weiteren Professionen im Gesundheitswesen.

Deshalb geht die vorliegende Arbeit der Frage nach, *was die Funktion und das Tätigkeitsprofil von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen sind und womit diese begründet werden*. Zur Beantwortung dieser Fragestellung werden Perspektiven sowohl innerhalb als auch – zumindest fragmentarisch – ausserhalb der Sozialen Arbeit berücksichtigt. Ziel der Arbeit ist es, einen Beitrag zum Verständnis und zur Schärfung des Gesamtprofils von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen zu leisten. Ihre leitende Fragestellung wird durch die folgenden Unterfragestellungen konkretisiert:

– Welche Funktion und Tätigkeiten schreibt die Soziale Arbeit sich für das Berufsfeld Gesundheitswesen selbst zu?
– Welche Funktion und Tätigkeiten werden Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen von Dritten zugedacht (z.B. von weiteren Professionen, von Leistungsträgern, vom Staat)?
– Wie werden die genannten Zuschreibungen begründet?
– Welcher Beitrag von Sozialer Arbeit an die Versorgung im Gesundheitswesen lässt sich vor diesem Hintergrund identifizieren?
– Welche Ansätze sind erkennbar, an die Soziale Arbeit anknüpfen könnte bei der Gestaltung ihrer Zusammenarbeit mit anderen Professionen im Gesundheitswesen?

Mit welchem methodischen Vorgehen diese Fragestellung(en) bearbeitet werden, legt der folgende Abschnitt dar.

## 1.5 Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Untersuchung ist auf Erkundung, Deskription und Verstehen ausgerichtet. Sie möchte wissen, was die Funktion und das Tätigkeitsprofil von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen sind, und wie diese begründet werden. In ihren Unterfragestellungen sucht sie ebenfalls nach beschreibenden und verstehenden Antworten. Hierzu stehen nach Knoblauch (2012: 632) Methoden der qualitativen Sozialforschung zur Verfügung, die «mit den traditionell sozialwissenschaftlichen Grundbegriffen (…) wie Sinn, Verstehen oder Kommunikation» verbunden ist. Zu der Palette gehören auch die diskursanalytischen Verfahren.
Diskursanalysen sind eine Sammlung diverser «Ansätze zur Analyse von Text-, Sprach- und Wissensstrukturen» (vgl. Diaz-Bone 2010: 91). Die auf Foucault zurückgehenden Ansätze untersuchen *diskursive Praxis*, verstehen also Diskurse als Formen von strukturierter und strukturierender Praxis (vgl. ebd.: 71), sowie als «machtvolles» System von Aussagen (vgl. Kessl 2011: 328). Sie rücken über die Sprache bzw. Textstrukturen hinaus auch die soziale Praxis bzw. Sozialstrukturen in den Blick (vgl. Diaz-Bone 2010: 114; Kessl 2011: 319). Dies – und ihr Potenzial, reflektierende Forschung anzuregen, – macht sie für Soziale Arbeit grundsätzlich attraktiv (vgl. Kessl 2011: 313).
Im deutschen Sprachraum gibt es vier diskursanalytische Ansätze (vgl. Allolio-Näcke 2010). Einer von ihnen ist die Diskursanalyse nach Diaz-Bone (2005. Sie fusst auf den erkenntnistheoretischen Annahmen des französischen (Post-)Strukturalismus in der Foucaultschen Tradition (insb. dessen Lehrer Althusser und Schüler Pêcheux, vgl. Allolio-Näcke (2010 [9]) und integriert zugleich weitere diskursanalytische Ansätze sowie Wissen aus soziologischen Verbindungstheorien (Bourdieu). Von anderen Diskursanalysen unterscheidet sie sich vor allem durch die Möglichkeit, die Untersuchung auf Interdiskurs- und übergeordnete Dispositivanalysen zu erweitern (vgl. ebd.). Dies erscheint für das vorliegende Vorhaben insofern passend, um auch Perspektiven anderer Professionen mit einzubeziehen.

Die Diskursanalyse nach Diaz-Bone (2005 [20] bis [26]) beinhaltet sieben Arbeitsschritte, wobei die Schritte (5) und (6) gemeinsam die «Interpretative Analytik» bilden. Es sind dies: (1) die Theorieformierung, (2) die Sondierungsphase, (3) die provisorische Bestimmung des Datenkorpus' und Formulierung heuristischer Fragen, (4) die Oberflächenanalyse, (5) der Beginn der Rekonstruktion der diskursiven Beziehungen, (6) die Fertigstellung der Rekonstruktion sowie (7) die Ergebnisaufbereitung und der Rückbezug. Kapitel 3 befasst sich im Detail mit den Schritten (3) bis (6), und Kapitel 4 und 5 sind Schritt (7) gewidmet. Um dem Anspruch des «methodologischen Holismus» zu folgen, der einen guten konzeptuellen Einklang zwischen Theorie(n) und Methode sucht (vgl. ebd. [4] und [6]), baut Kapitel 2 konsequent auf die Arbeitsschritte (1) und (2) auf. Also werden sie nachfolgend vorgestellt.

Jede diskursanalytische Forschung basiert grundsätzlich auf einem Erkenntnisinteresse und einer Fragestellung (vgl. Diaz-Bone (2005 [20]). Am Anfang der Analyse steht also nicht primär das Interesse an einem Diskurs, sondern eine *sozialwissenschaftliche Fragestellung*, bei der sich sodann zeigt, dass die Entstehung sozialer Phänomene «nur im Zusammenhang mit spezifischen diskursiven Praktiken zu verstehen ist» (vgl. ebd.). Die «Theorieformierung» kann als jene Arbeit verstanden werden, die zur Bestimmung des Erkenntnisinteresses, der leitenden Fragestellung sowie des zu untersuchenden Gegenstands oder Phänomens und seiner bisher bekannten Ausprägungen erforderlich ist.
Die «Sondierungsphase» dient sodann der Erkundung des Untersuchungsfeldes, seiner Struktur und Institutionen sowie der darin tätigen Akteurinnen und Akteure. Zum anderen wird die Frage geklärt, welche Datenbestände für das Untersuchungsfeld bereits vorliegen (vgl. ebd. [21]). Sie bereitet die Analyse vor und dient «der Beschaffung von Informationen», die unter anderem der Begründung des Datenkorpus' dienen (vgl. ebd.). Die Ergebnisse der Sondierungsphase stellen – in Anlehnung an Truschkat, Kaiser-Belz und Volkmann (2011: 374) gerade durch ihre Verschriftlichung – sensibilisierende Konzepte (engl.: *sensitizing concepts*)[3] für die weitere Analyse zur Verfügung, sorgen für Offenheit gegenüber dem Untersuchungsgegenstand, da sie keine fest gefügten Erklärungsmodelle darstellen (vgl. ebd.: 361) und leiten die Annäherung an den Gegenstand (vgl. Alheit 1999, zit. ebd.).

## 1.6 Aufbau der Arbeit

Ein Überblick über den weiteren Aufbau dieser Arbeit beschliesst das einleitende Kapitel. Die nachfolgenden Kapitel 2 bis 5 gliedern sich entlang der strukturalen Diskursanalyse nach Diaz-Bone (2005). Zuerst wird eine Einbettung in einen professionstheoretischen Rahmen, in empirische Daten zum Gesundheitswesen und in theoretische Begründungen der Sozialen Arbeit vorgenommen (Kapitel 2). Dann werden die weiteren Arbeitsschritte der Analyse vorgestellt (Kapitel 3). Darauf folgt die Präsentation der Untersuchungsergebnisse (Kapitel 4). Die anschliessende Diskussion stellt den Rückbezug zur theoretischen und empirischen Einbettung sicher und dient der Beantwortung der Fragestellung (Kapitel 5). Eine Reflexion und ein Ausblick auf mögliche nächste Schritte runden die Arbeit ab (Kapitel 6).

[3] Der Begriff des *sensitizing concept* geht auf Herbert Blumer zurück (vgl. Blumer 1954, zit. in Kelle 2011: 251; Blumer 1980 [1969], zit. in Clarke 2011: 222).

# 2 Theoretische und empirische Einbettung

Die folgenden theoretischen und empirischen Grundlagen sind das Ergebnis der «Theorieformierung» nach Diaz-Bone (2005). Die Untersuchung wird zuerst mit einem Überblick über professionssoziologische Ansätze (vgl. Pfadenhauer 2005; Motzke 2014) theoretisch gerahmt. Sodann ergänzen empirische Daten zum Gesundheitswesen in Deutschland und in der Schweiz die Einbettung. Theoretische Begründungen der Sozialen Arbeit runden den Bezugsrahmen ab, und zwar in Form einer Theoriesystematik (vgl. Sommerfeld/Amez-Droz 2015), und mit dem Konzept «Integration und Lebensführung» von Sommerfeld et al. (2011) sowie Grundlagen Klinischer Sozialarbeit (vgl. Pauls 2013; Franzkowiak et al. 2011).

## 2.1 Professionstheoretischer Bezugsrahmen

In Anlehnung an Kelle (2011: 254 und 352) stellen soziologische Theorien eine Art «Achse» für die vorliegende theoretische Einbettung dar. Mit Betscher-Ott et al. (2014: 140) ist dabei zu beachten, dass Soziologie heute durch eine «Vielzahl von Theorien mit teils kontroversen Positionen bestimmt» wird. Diese lassen sich gliedern in System-, Handlungs- und Gesellschaftstheorien (vgl. ebd.). Darüber hinaus können sogenannte «Verbindungstheorien» identifiziert werden, welche auf die Überwindung von Gegensätzen wie Struktur und Handeln (Giddens), Individuum und Gesellschaft (Bourdieu) usw. zielen (vgl. ebd.: 141).
Für die vorliegende Arbeit zentral sind professionssoziologische Theorien, die in erster Linie den Systemtheorien entstammen, inzwischen aber auch andere Hintergründe aufweisen. Ihr Gegenstandsbereich sind Berufe und Professionen (vgl. Motzke 2014: 72). Zu ihnen existieren zwei heterogene Entwicklungslinien, die sich im Laufe der Zeit auch gegenseitig beeinflussten (vgl. ebd.: 69f.). In England und in den Vereinigten Staaten entwickelten sich klassische Professionen, z.B. der Juristinnen und Ärzte, als «professions» aus sich selbst heraus, während auf dem europäischen Kontinent zentrale Berufsgruppen durch staatliche Steuerung «definiert» wurden (vgl. ebd.: 69). Heute ist nach Motzke (2014: 71f.) aber auch eine «Ablösung» von einem «statischen» Professionsverständnis und von der «klassischen Professionalisierungsdiskussion» zu beobachten, so dass sich Wege für eigenständige Professionsmodelle öffnen. Eine Übersicht zur gesamten Entwicklung bietet Pfadenhauer (2003). Sie wird in nachfolgend rezipiert und mit Aspekten von Motzke (2014) ergänzt.

### 2.1.1 Professionalisierung

Die Geschichte moderner Gesellschaften zeigt sich als «Geschichte der Ablösung von Laienlösungen durch Formen rationalisierter Expertenlösungen» (vgl. Luckmann/Sprondel 1972, zit. in Pfadenhauer 2003: 29). Für immer mehr Handlungs- und Lebensprobleme – bislang in der Familie, Verwandtschaft oder Nachbarschaft bewältigt – werden «Expertenlösungen nicht nur angeboten, sondern auch nachgefragt» (vgl. Pfadenhauer 2003: 29). Die Lösung lebenspraktischer Probleme wird an Personen übertragen, die dies «von Berufs wegen» (im Rahmen ihrer Existenzsicherung) und aufgrund von «Mandat und Lizenz» (gemäss ihrer Ausbildung) tun (vgl. ebd.). Die gesellschaftliche Hinwendung zu rationalisierten Expertenlösungen führt also zur Ausbildung von *Professionen.* Somit sind Professionen am Übergang von der Vormoderne zur Moderne entstanden, «als Reaktionen auf spezifische Probleme der modernen Gesellschaft», wie beispielsweise Komplexitätssteigerung oder Anonymisierung (vgl. Motzke 2014: 68; auch: Merten 1997: 87f.). *Professionelles Handeln* sodann bezieht sich «auf Wissen, über das *nicht* mehr jedermann» frei verfügt, sondern nur Personen, denen es vermittelt wurde; und «Professionalität» heisst, dass eine «Tätigkeit *fachmännisch* erledigt worden ist» (vgl. Pfadenhauer 2003: 12 [Hervorhebung im Original]; auch: Langer/Manzeschke 2009: 154). In der Professionssoziologie existieren unterschiedliche Ansätze, «Professionalisierung» zu fassen. Die folgenden Abschnitte sind drei dieser Ansätze gewidmet. Eine tabellarische Übersicht dazu, im Anschluss an Motzke (2014) und Pfadenhauer (2003), bietet zudem Anhang II.

#### Strukturtheoretische und funktionalistische Ansätze

*Parsons'* strukturfunktionalistischer Ansatz schreibt Professionen einen zentralen Stellenwert im gesellschaftlichen Modernisierungsprozess zu (vgl. Pfadenhauer 2003: 37). Für ihn sind Gesellschaften Systeme, die «einer fortschreitenden Ausdifferenzierung von (…) Funktionen und Leistungen unterliegen» (vgl. ebd.). Als «Dienstleistungsberufe mit einem hohen Niveau an Fachwissen» erfüllen Professionen hier eine «integrative gesellschaftliche Funktion der Wertverwirklichung und der Normenkontrolle» (vgl. ebd.: 38). Professionelle Berufe (Ärzte, Juristen, Universitätslehrer usw.) bilden den sog. «professional complex», der gewissermassen als Brücke – quer zu den ausdifferenzierten Teilbereichen moderner Gesellschaften – fungiert und das Bild der Gesellschaften bestimmt (vgl. ebd.: 39).

*Oevermanns* «revidierte Professionalisierungstheorie» nimmt an, dass Gesellschaften professionalisierte Tätigkeiten benötigen, die weder ökonomisch noch staatlich regulierbar sind (vgl. ebd.: 39f.). Er betont die «Autonomie professioneller Praxis», welche durch eine – auf Berufsethik gestützte – «kollegiale Selbstkontrolle» effektiv begrenzt wird (vgl. ebd.: 40).

Zentral in Oevermanns Theorie ist zudem das Konzept der stellvertretenden Deutung (vgl. ebd.: 82; Motzke 2014: 94).

Funktionale Differenzierung ist «Dreh- und Angelpunkt» im systemtheoretischen Verständnis von Professionen (vgl. Pfadenhauer 2003: 44). Nach *Luhmann* (o.J., zit. ebd.) kristallisiert diese gegensätzliche «Zustände» oder «Dualismen» heraus, wie z.B. «haben/nichthaben» oder «gesund/krank». In manchen Systemen werde der bevorzugte Zustand nun über klar definierte Modi und Medien erreicht (z.B. im Wirtschaftssystem über Bezahlen und «Geld»); in anderen sei dies nicht möglich, sondern funktionale Äquivalente erforderlich. Nach Luhmann (1981 und 1996, zit. ebd.) stellt «die professionell betreute Interaktion unter Anwesenden» in diesen Fällen die «Fortführung des Kommunikationsgeschehens» sicher. Professionen bilden sich also in Funktionssystemen aus, «deren Funktionserfüllung in der Änderung ihrer personalen Umwelt», im sog. «people processing», besteht (vgl. Luhmann o.J., zit. ebd.). Die «positive Seite der Unterscheidung» – wie «gesund statt krank im Gesundheitssystem» – muss in diesen Systemen professionell erarbeitet werden (vgl. Kurtz 2000, zit. ebd.: 44f.). Dies beinhaltet die Veränderung von Personen auf einen Zielwert hin, wobei Professionelle als Vermittelnde «zwischen dem positiven Wert der Unterscheidung» und ihrer Klientel fungieren, ohne je garantieren zu können, dass das angestrebte Ziel tatsächlich erreicht wird (vgl. Luhmann 1982, zit. ebd.: 45). Das «Risiko des Misslingens» begründe dabei die hohe gesellschaftliche Wertschätzung der professionellen Lösungen (vgl. Luhmann o.J., zit. ebd.). Während bei Parsons also ein Wertkonsens die Entstehung von Professionen erklären soll, wirkt im systemtheoretischen Ansatz die Problemtypik der professionellen Arbeit gewissermassen als «Katalysator» (vgl. Pfadenhauer 2003: 45).

Auch bei *Stichweh* (1994, zit. ebd.) vollzieht sich «Arbeit an Personen» stets unter dem Risiko des Misserfolgs. In den Handlungssituationen Professioneller bestehe Ungewissheit über die geeignete Lösungsstrategie, was von ihnen «Intuition, Urteilsfähigkeit, Risikofreudigkeit und Verantwortungsübernahme» verlange und von der Klientel «Vertrauen» (vgl. ebd.). Anders als Luhmann setzt Stichweh mit seiner Professionstheorie jedoch «an den Partizipationsformen» von Individuen an den Funktionen gesellschaftlicher Sozialsysteme an (vgl. Stichweh 1988, zit. ebd.). Ihm zufolge geht «die Ausdifferenzierung von Funktionssystemen mit dem Vollzug von Inklusion einher(…)», was bedeutet, dass jene Mitglieder der Gesellschaft, die nicht durch «Leistungsrollen an den Operationen eines Funktionssystems beteiligt sind», als Publikum in diesen Systemen präsent sind und als Konsumierende usw. eine «Komplementärrolle» in «*professionalisierten* Funktionssystemen» einnehmen (vgl. Stichweh 2000, zit. ebd. [Hervorhebung im Original). Eine Berufsgruppe ist für Stichweh (1992, zit. ebd.: 46) allerdings nur dann Profession, wenn sie «in ihrem beruflichen

Handeln die Anwendungsprobleme der für ein Funktionssystem konstitutiven Wissensbestände verwaltet», und zwar entweder monopolistisch oder dominant. Dies heisst, dass sie «den Einsatz der anderen in diesem Funktionsbereich tätigen Berufe» steuert oder dirigiert (vgl. ebd.). Ein Funktionssystem ist für ihn monoberuflich, wenn sein «Wissenskorpus» durch eine «Leitprofession» verwaltet wird, die das «Definitionsmonopol» innehat und gegenüber den anderen dort tätigen Berufen «weisungsbefugt» ist (vgl. ebd.).
Aufgrund der hohen Relevanz seiner Konzeption der «vermittelnden Professionen» für die Soziale Arbeit wird Stichweh über das hier Vorgestellte hinaus in Anhang III vertieft.

### Interaktionistische und machtorientierte Ansätze

Den systemtheoretischen Ansätzen steht eine interaktionistische Tradition gegenüber, die «kollektive und individuelle Interessenlagen zum Ausgangspunkt professionssoziologischer Überlegungen» macht und so «Professionen in ihrer Rolle als politischen Kollektiv-Akteuren (stärker) Rechnung trägt» (vgl. Pfadenhauer 2003: 46f. und 54). *Hughes* gilt als Begründer dieser Theorietradition (vgl. ebd.: 47). Ihn interessiert die Frage, unter welchen Umständen Menschen einer Berufsgruppe diesen Beruf zu einer Profession und sich zu Professionellen machen wollen (vgl. Hughes 1963, zit. ebd.). Seine Perspektive ist kennzeichnend für einen «Paradigmenwechsel in der (…) Professionssoziologie» (vgl. Mac Donald 1995, zit. ebd.). Im Anschluss an die Chicagoer Schule fokussiert sein Ansatz die «Anforderungen, die an Akteure in ihrer Berufswelt gestellt sind, sowie deren kommunikative und interaktive Bewältigung» (vgl. Hughes 1958, Strauss et al. 1985, zit. ebd.).
*Strauss* (1991, zit. ebd.) definiert Berufe als «soziale Welten», die «formal nach Prinzipien der Arbeitsteilung, Statusdifferenzierung und Leistungsspezialisierung organisiert sind». Dies bildet für ihn den «Ausgangspunkt zur Beschreibung und Analyse von Wandlungsprozessen im Gefüge von Professionen, von Prozessen des Aushandelns der Arbeitsteilung, der Entstehung ‘neuer’ und der Verdrängung ‘alter’ Berufsgruppen» (vgl. ebd.).

Für den sogenannten «*power approach*» sind vor allem die «interaktiven Strategien, mit denen Professionen (Definitions-)Macht und Einfluss erringen und mit denen sie sich mehr oder weniger dauerhaft gegen die Konkurrenz anderer Berufsgruppen durchsetzen», von Interesse (vgl. Pfadenhauer 2003: 47 [Hervorhebung durch die Verfasserin]). Professionen und Berufe sind nach Brater (1983, zit. ebd.: 52) «soziale Konstrukte», und an ihrem Zustandekommen unterschiedliche «Parteien» interessiert und beteiligt. Vertreterinnen des «subjektorientierten Ansatzes» lehnen «eine strukturfunktionalistische Auffassung von Berufen als ‘sozialen Positionen’» ab, weil gesellschaftliche Arbeitsteilung sich nicht «gleichsam sachgesetzlich» auf rationaler Ebene und aus technischem Fortschritt ergebe (vgl.

Bolte 1983, zit. ebd.). In welcher Konstellation sich Berufe und Professionen ineinanderfügten, sei vielmehr «das Ergebnis sozialer Aushandlungsprozesse und berufspolitischer Strategien» (vgl. Pfadenhauer 2003: 52). Damit leisten interaktionistische Ansätze einen Beitrag zur «Entzauberung des 'harmonistischen' Professionsbildes» anderer Ansätze und fördern die Reflexion der «Ideologie und Selbstdarstellung von Professionen» (vgl. ebd.: 54).

Professionelle Tätigkeiten sind auch in interaktionistischen und machtorientierten Ansätzen personenverändernde Dienstleistungen (vgl. ebd.: 48). Doch wie können die Leistungen der professionellen Akteurinnen und Akteure wahrgenommen werden? Laut *Pfadenhauer* immer nur «als *Darstellung* einer solchen» (vgl. ebd.: 105 [Hervorhebung im Original]. Sie postuliert deshalb, «dass Professionalität immer (auch) als Inszenierungsproblem begriffen werden muss» (vgl. ebd.) Von einem «Publikum» würden nur jene Tätigkeiten registriert, «mit denen ein Akteur [sic!] andere Teilnehmer einer Situation dahingehend beeinflusst, dass sie einen bestimmten (…) Eindruck von ihm gewinnen, z.B. etwa den, dass er Leistung erbringt» (vgl. ebd.: 117). Ist der gewünschte Eindruck erzeugt, so kann «die Darstellung bereits als erfolgreich bezeichnet werden» (vgl. ebd.). Folgen dann noch «soziale Anerkennung» und «Wertschätzung», die sich «in Zugängen zu Optionen, Ressourcen, Positionen usw. niederschlagen» können, sind dies einfach «Steigerungsformen dieses Erfolgs» (vgl. ebd.). Eine überzeugende Darstellung setzt nach Dreitzel (1962, zit. ebd.) sogar «faktische Leistung nicht zwingend» voraus; denn ein «Handeln entsprechend den gesellschaftlich gültigen Leistungs- und Erfolgsnormen» bringe vermutlich so oder so Erfolg.

### *Und Abbott?*

Nach Pfadenhauer (2003: 46) liessen die systemtheoretischen Ansätze den «Macht-Aspekt von Professionen» und den Gedanken an eine «Konkurrenz um Zuständigkeiten zwischen Professionen» und an «Aushandlungskämpfe (…) innerhalb von Professionen» vermissen. *Abbott* (1988: 315f.) verweist jedoch in seinem Konzept eines «Systems von Professionen» auf interprofessionelle Konkurrenz und lieferte den Nachweis, dass Professionen strukturell so verbunden sind, dass sie sich in ihren Bewegungen gegenseitig tangieren. Sein Modell bejahe und erkläre interprofessionelle Konflikte (vgl. ebd.: 316). Doch hätten die «students of the professions lost sight of a fundamental fact of professional life – interprofessional competition» (vgl. ebd.: 2). Mit seinem Ansatz der «interprofessional conflicts» werde aber nachvollziehbar, weshalb Professionen sich in einer Position der Abhängigkeit oder Unterordnung befinden können, oder gar verschwinden (vgl. ebd.: 316).

### 2.1.2 Die «Krise des Professionalismus'»

Unter der «Krise des Professionalismus'» wird heute diskutiert, inwiefern das Konzept der Professionen weiterhin Bestand hat. Nach Pfadenhauer (2003: 174 und 2009: 13) ging der professionelle Kompetenzanspruch – geknüpft «an Zertifikate und (…) den Nachweis von Fachwissen» – bislang mit dem Anspruch «auf kognitive Überlegenheit» einher. Zugleich hätten Professionelle aufgrund ihrer «Definitionsmacht» (z.B. auch im Zusammenhang mit ihrem «Zentralwert») «*normative* Überlegenheit» beansprucht (vgl. Pfadenhauer 2003: 174 [Hervorhebung im Original]). Doch diese Überlegenheitsansprüche würden durch gesellschaftliche Entwicklungen der «Individualisierung» und «Pluralisierung» in Frage gestellt, was zur Verunsicherung der «postmodernen» Professionellen führe (vgl. ebd.).

Es wird postuliert, dass Professionen nur ein «Übergangsphänomen – von der ständisch organisierten zur funktional differenzierten Gesellschaft» darstellten und die Diskussion über sie obsolet werden könnte (vgl. z.B. Stichweh 2000, zit. ebd.: 13). Denkbar ist sogar, dass das «monoberufliche» Funktionssystem – heute durch eine Leitprofession dominiert – bald «der Vergangenheit angehört» und stattdessen ein System über eine Anzahl Berufsgruppen verfügen wird, «von denen aber keine in repräsentativer Weise die Wirklichkeit (…) [dieses Systems] nach aussen vertritt» (vgl. Stichweh 2000, zit. in Pfadenhauer 2003: 175; auch Motzke 2014: 118). Andere nehmen trotz der «prekären» Bedingungen für Professionen nicht an, dass professionelles Handeln seine Relevanz verliert (vgl. Kurtz 2003, zit. in Pfadenhauer 2003: 13). Vielmehr sei trotz der «Auflösung von Leitprofessionen» ein gleichzeitiger «Bedeutungszuwachs der (…) professionellen Leistung» zu beobachten (vgl. ebd.). Diese Entwicklung gehe einher mit der Zunahme sog. «Wissensberufe»[4] (vgl. Kurtz 2005: 250f.; Motzke 2014: 119) und einem Bedeutungszuwachs des «Nichtwissens» (vgl. Motzke 2014: 120). Pfadenhauer (2003: 13 und 210) rechnet gemäss ihrem inszenierungstheoretischen Ansatz mit einem wachsenden «Professionalitätspluralismus», also einer Vielfalt kompetenter Professionalitätsinszenierender.

Mit Bezug auf Abbott (1988) und Pfadenhauer (2003) sehen Nadai und Sommerfeld (2005: 201 [Hervorhebung im Original]) die Fähigkeit zur Darstellung der eigenen Leistung einer Profession als unverzichtbar für die Ratifizierung ihres sog. «*jurisdictional claims*» durch das Umfeld und somit für ihre Bestätigung als Profession. Dazu muss dieser Leistungsnachweis überindividuell, für die ganze Profession, erbracht werden (vgl. ebd.; siehe Abschnitt 1.1).

---

[4] «Wissensberufe» sind nach Kurtz (2005: 25) eine immer grösser werdende Berufsgruppe, die keine bestimmten Funktionssysteme repräsentieren, aber in ihren Handlungsstrukturen ähnlich sich wie Professionen. Bei beiden gehe es «nicht unbedingt um ein Mehr an Wissen», sondern «um die Unterscheidung von Wissen und Nichtwissen» (vgl. ebd.). Das «Nichtwissen und das Wissen um dieses Nichtwissen» seien dabei ebenso wichtig wie das Wissen (vgl. ebd.).

## 2.2 Das Gesundheitswesen in Deutschland und in der Schweiz

Mit der Darstellung der Gesundheitswesen wird dem Kontext, in dem Soziale Arbeit tätig ist, und so ihrer Kontingenz Rechnung getragen (vgl. McDonald/Harris/Wintersteen 2003: 181). Kontingenz heisst, dass die Profession die prinzipielle Offenheit hat, sich je nach Rahmenbedingungen unterschiedlich zu präsentieren. Zugleich ist dieser Begriff liiert mit einer grundsätzlichen Abhängigkeit: Soziale Arbeit ist «as a contingent activity, conditioned by and dependent on the context in which it engages», also «als kontingente Aktivität bedingt durch und abhängig von dem Kontext, in dem sie tätig ist» (vgl. ebd.: 192 [Übersetzung durch die Verfasserin]). Für McDonald et al. (2003: 204f.) «context matters» und «regimes of governance and regimes of welfare are extremely important in conditioning the manner in which social work as a professional project is constituted and enacted».

### 2.2.1 Zahlen und Fakten

In beiden Ländern stellt das Gesundheitswesen einen stark wachsenden Sektor dar, und die Gesundheitsausgaben liegen über dem OECD-Durchschnitt (vgl. OECD 2015: 1f.; OECD/WHO 2011: 35). Der Anteil der Finanzierung dieser Ausgaben aus der öffentlichen Hand beträgt in Deutschland rund drei Viertel, die Last der Privathaushalte (Stand 2013) rund 13 Prozent (vgl. OECD 2015: 2). In der Schweiz ist nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) jede im Land wohnhafte Person zum Abschluss einer Grundversicherung bei einer zugelassenen Krankenkasse verpflichtet (vgl. OECD/WHO 2011: 38). Gemeinsam mit der öffentlichen Hand kommen diese obligatorischen Krankenversicherungen (OKP) für rund ein Drittel der Gesundheitskosten auf (vgl. ebd.: 38f.). Die Selbstzahlungen betragen in der Schweiz insgesamt 31 Prozent aller Gesundheitskosten, womit sie innerhalb der OECD «einen der höchsten Selbstzahlungsanteile der Versicherten an den Gesamtgesundheitsausgaben» aufweist (vgl. ebd.: 40). Auch in Deutschland liegen die Gesundheitsausgaben pro Kopf über dem OECD-Durchschnitt (vgl. OECD 2015: 2). Das Verhältnis dieser Ausgaben zum Bruttoinlandprodukt (BIP) betrug 2015 in Deutschland rund 11,1 Prozent, in der Schweiz rund 12,1 Prozent (vgl. Bundesamt für Statistik, BFS 2017b).

Der Gesundheitssektor stellt für die Schweiz einen «der wichtigsten und am schnellsten wachsenden Arbeitgeber» dar (vgl. OECD/WHO 2011: 35). 2008 waren mehr als eine halbe Million Personen, d.h. rund 13,5 Prozent der Schweizer Bevölkerung dort tätig (vgl. ebd.). Die Zahl der in diesem Sektor Beschäftigten stieg zwischen 2001 und 2008 um 20 Prozent,

im Vergleich dazu die Gesamtwirtschaft der Schweiz um lediglich 9 Prozent (vgl. BFS 2010, zit. in OECD/WHO 2011: 35). Aktuellere Zahlen zur Entwicklung der Beschäftigung im Gesundheitssektor sind beim BFS (o.J.; «Alle Tabellen zu Gesundheit», Stand 15. Oktober 2017, Suchbegriff Gesundheit – Beschäftigte) nicht verfügbar. Allerdings zeigt eine Übersicht über den Wirtschaftsabschnitt «Q Gesundheits- u. Sozialwesen» im Vergleich der Gesamtzahlen von 1996 und 2016 ein Wachstum von rund 70 Prozent (von zirka 370 000 Erwerbstätigen im 1996 auf etwa 630 000 im 2016) (BFS 2017a). In Deutschland bilden rund 4,9 Millionen Beschäftigte aus etwa 800 Berufen den Gesundheitssektor; zirka 2,8 Millionen von ihnen sind in der direkten Patientenversorgung tätig (vgl. Daiminger et al. 2015: 23). Die Gesundheits- und Krankenpflegenden bilden die grösste Berufsgruppe, gefolgt von den Altenpflegenden, Ärztinnen/Ärzten, Physiotherapeutinnen/-therapeuten sowie Angehörigen weiterer therapeutischer Berufe (vgl. ebd.). Soziale Arbeit gehört zu einer der kleinsten Berufsgruppen und wird zumindest in der Schweiz in Statistiken nur selten gesondert aufgeführt. Einen Grössenvergleich mit den anderen Berufsgruppen lässt immerhin die schweizerische Krankenhausstatistik zu: Der Anteil der medizinisch-technischen und -therapeutischen Berufe im Gesundheitswesen, die direkt an Patientinnen/Patienten tätig sind, beträgt in der Schweiz knapp 14 Prozent; Sozialarbeitende machen demgegenüber weniger als 2 Prozent aus (vgl. BFS 2017c). Mit Blick auf *alle* Bereiche des Gesundheitswesens (stationär, teilstationär und ambulant) wird davon ausgegangen, dass Soziale Arbeit in der Schweiz rund 6 Prozent aller Angestellten ausmacht (vgl. Friedli 2016: 4; Sommerfeld et al. 2016: 10). Laut Daiminger et al. (2015: 24f.) sind die Bereitschaft und Fähigkeit der Leitprofession Ärzte/Leitdisziplin Medizin zur Kooperation mit anderen Professionen und Disziplinen grundsätzlich vorhanden, doch fehlen häufig die dazu erforderlichen strukturellen Voraussetzungen.

### 2.2.2 Organisation und Struktur

Eine organisational-strukturelle Übersicht zu den Gesundheitswesen der beiden Länder soll weiteren Grund legen, um den zu untersuchenden Datenkorpus einzubetten. Dabei werden die Soziale Arbeit besonders tangierenden Aspekte der funktionsbezogenen Übersicht von Borgetto und Kälble (2007: 92ff.) und deren Erweiterung durch Franzkowiak et al. (2011: 76) rezipiert sowie – wo erforderlich – mit spezifischen Angaben zur Schweiz ergänzt.
Der Funktionsbereich **Kuration und Akutmedizin** zielt auf die Behandlung (akuter) somatischer Prozesse mit naturwissenschaftlich abgesicherten diagnostischen und therapeutischen Techniken (vgl. ebd.: 93). Die Behandlungen werden im ambulanten oder stationären Versorgungssektor erbracht, wobei nicht-ärztliche Leistungen nicht in jedem Fall von Kran-

kenkasse übernommen werden (vgl. ebd.: 99). Krankenhäuser rechnen seit 2002 nach einem, auf sog. *Diagnosis Related Groups* (DRG) basierenden, Fallpauschalen-System mit Krankenkassen ab (vgl. ebd.: 103).

Der Funktionsbereich **Rehabilitation** will eine Behinderung abwenden, beseitigen, mindern, Verschlimmerungen verhüten oder ihre Folgen mildern (vgl. SGB I, § 10). Rehabilitationsmassnahmen werden stationär, teilstationär oder ambulant erbracht und können aus medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen bestehen (vgl. Borgetto/Kälble 2007: 105); Rehabilitationsmassnahmen sind auf Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit ebenso ausgerichtet, wie auf Anpassung der Umwelt an die Beeinträchtigungen von zu Rehabilitierenden (vgl. ebd.). In der Schweiz wurden mit der 5. Revision der Invalidenversicherung (IV) per 2008 die Instrumente Früherfassung und Frühintervention eingeführt (vgl. WEKA 2015). Diese folgen dem Grundsatz «Eingliederung vor Rente» und kommen ambulant, sinnvollerweise in der Lebens- und Arbeitswelt der Betroffenen, zur Anwendung (vgl. Informationsstelle AHV/IV 2017a: 1; 2017b: 1 und 6f.; 2017c: 1ff.; BSV o.J.a)

Der Funktionsbereich **Pflege** fokussiert die Förderung und den Erhalt von Selbstständigkeit trotz Krankheit oder Behinderung (vgl. ebd.: 107). Ziele sind die Kompensation von Einbussen bei Aktivitäten des täglichen Lebens, das Vorbeugen von Kompetenzverlusten oder das Erlernen eines selbständigen Umgangs mit einer Erkrankung oder Behinderung usw. (vgl. ebd.). Pflege wird stationär, teilstationär oder ambulant erbracht (vgl. ebd.: 108). Der Anteil an Eigenfinanzierung ist hoch, und oft sind Angehörige in die Pflege (mit-)involviert (vgl. ebd.).

Der Funktionsbereich **Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung** beinhaltet Massnahmen zur Verhinderung von Krankheiten bzw. zur generellen und ressourcenbezogenen Stärkung von Gesundheit (vgl. ebd.: 110). Primärprävention zielt auf die Reduktion von Gesundheitsrisiken ohne Frühzeichen einer Krankheit; Sekundärprävention auf die Früherkennung von Krankheiten und den Einstieg in die Frühtherapie; Tertiärprävention will Krankheitsverschlimmerungen und Rückfälle vermeiden oder Folgeerkrankungen vorbeugen (vgl. ebd.). Leistungen in diesem Bereich werden von ganz unterschiedlichen Gruppen und «Trägern» erbracht (vgl. ebd.: 113). Ihre Zusammenarbeit optimieren will seit 2015 das «Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)» (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 29. Februar 2016). Die Schweiz verfügt über kein Präventionsgesetz. Der Bericht «Gesundheit2020» (BAG 2013) und die Nationale Strategie Prävention nicht übertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024 (BAG/GDK 2016) wollen das fehlende Präventionsgesetz gewissermassen kompensieren (vgl. BAG 2013).

Der Funktionsbereich **Organisierte Selbsthilfe** komplettiert die Strukturierung nach Borgetto und Kälble (2007: 116). In seinem Zentrum steht die gemeinschaftliche Bewältigung von Krankheiten, in der Regel in Selbsthilfegruppen oder -organisationen (vgl. ebd.: 16f.). Die Leistungen werden meist ehrenamtlich erbracht (vgl. ebd.: 118).

**Integrierte Versorgung** orientiert sich an einem Leitbild, das auf Greuèl und Mennemann (2006, zit. in Franzkowiak et al. 2011: 76) zurückgeht; demzufolge möchte sie patientenbezogen, kooperativ und vernetzend Brüche an Schnittstellen ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung sowie an Übergängen der am Prozess beteiligten Leistungs- und Kostenträger überwinden. In der Schweiz besteht Integrierte Versorgung (als «interdisziplinäre und sektorübergreifende Gesundheitsversorgung», vgl. Djalali/Rosemann 2015: 13) im Rahmen von rund 170 Initiativen, die Schusselé Filliettaz et al. (2017: 8) in einer Landkarte dokumentierten. Sie halten fest, dass «trotz des föderalistischen Systems, das die Fragmentierung der Gesundheitsversorgung begünstigt, und trotz der ungenügenden Anreize zur Förderung der integrierten Versorgung in der Schweiz bemerkenswert viele, unterschiedliche und auf alle Regionen verteilte Initiativen existieren» (vgl. ebd.). Ausserdem hat die Schweiz als erstes europäisches Land Managed-Care-Instrumente und -Modelle eingeführt (vgl. Greuèl/Mennemann 2006: 134). Dennoch sind Fragen zur Finanzierung von Koordinationsleistungen nach wie vor weitgehend ungeklärt.

**Palliation/Palliative Care** will wirksame, ganzheitliche «Care» von Patientinnen und Patienten, deren Krankheit nicht mehr kurativ behandelbar ist; darin eingeschlossen sind die erfolgreiche Behandlung von Schmerzen und anderen Symptomen, die Hilfe bei psychologischen, sozialen oder seelsorgerlichen Problemstellungen sowie das Sicherstellen von «bestmöglicher Lebensqualität» (vgl. Student/Mühlum/Student 2007, zit. in Franzkowiak et al. 2011: 76). Auch in der Schweiz hat dieser Bereich an Aufmerksamkeit gewonnen; 2009 wurde die «Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012» lanciert, um ihn zu fördern (vgl. BAG/GDK 2010: 3) und «Palliative Care im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in Bildung und Forschung zu verankern» (vgl. ebd.: 5). Bund und Kantone legten Ziele fest, um «festgestellte Lücken in der Versorgung, Finanzierung, Information, Bildung und der Forschung» zu schliessen (vgl. ebd.: 3). 2010 folgten die «Nationalen Leitlinien Palliative Care» (BAG/GDK 2010), eine «erste und zentrale Massnahme» in der Umsetzung der Strategie und als «Wegweiser für die Entwicklung der Palliative Care in der Schweiz» gedacht (vgl. ebd.: 4 und 6). Die Strategie wurde zudem bis 2015 verlängert (vgl. BAG/GDK 2012), und anschliessend in eine «Plattform Palliative Care» übergeführt, deren Ziel ist, «den Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen den beteiligten Akteuren zu fördern und gezielt Fragestellungen und Probleme zu bearbeiten» (vgl. BAG o.J.). Daraus erwachsen, liegt seit 2016 die Bundespublikation «Das interprofessionelle Team in der Palliative Care. Die Grundlage einer bedürfnisorientierten Betreuung und Behandlung am Lebensende» vor,

welche die verschiedenen Perspektiven relevanter Akteurinnen und Akteure vereint (vgl. BAG 2016). Sie widmet den «Fachpersonen der Sozialen Arbeit» ein wesentliches Augenmerk (vgl. ebd.: 33).[5]

### 2.2.3 Handlungsfelder und Funktionsbereiche von Sozialer Arbeit

Homfeldt (2012: 489) verortet Soziale Arbeit im deutschen Gesundheitswesen «in einer Vielzahl ambulanter, teilstationärer und stationärer Einrichtungen, zumeist im Kontext von Armut, Krankheit, Gefährdung, sozialer Benachteiligung, Behinderung.» Der landeseigene Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) organisiert rund 6000 «Professionsangehörige» (vgl. DBSH 2017a). Etwa 20 Prozent von ihnen seien «im Bereich der Gesundheit» tätig (vgl. DBSH 2017b). Das Bild zum Gesundheitswesen der Schweiz ist fragmentarisch, so dass die Handlungsfelder/Funktionsbereiche von Sozialer Arbeit noch weniger eindeutig zu fassen sind als in Deutschland. Gemäss Süsstrunk (2014: 56) bestehen grosse Lücken im Forschungsstand zu den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit und zu deren Definition. Trotzdem geht er davon aus, dass die nachfolgend für Deutschland beschriebenen Handlungsfelder mehrheitlich auch der Schweiz entsprechen (vgl. ebd.).[6]

Ortmann und Waller (2005: 3) identifizieren sechs Handlungsfelder von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen: Sozialarbeit im Spital, im öffentlichen Gesundheitsdienst, in Krankenkassen, in Einrichtungen der Psychiatrie, der Suchtkrankenhilfe und der Rehabilitation. Franzkowiak et al. (2011: 132) ihrerseits benennen im Anschluss an die UTB-Reihe (siehe Abschnitt 1.2.1) insgesamt zehn Funktionsbereiche für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen: Rehabilitation, Suchtprävention, Hospiz und Palliative Care, Sozialpädiatrie und Frühförderung, Krankenhaus, Klinische Sozialarbeit, Öffentlicher Gesundheitsdienst sowie Psychiatrie, Prävention und Integrierte Versorgung. Überall hier sei der Aspekt der Gesundheit einleuchtend, «weil sozialrechtlich verankert» (Franzkowiak et al. 2011: 132). Damit sprechen sie auch explizit die Relevanz der gesetzlichen Grundlagen für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen an.

Die wohl umfassendste Übersicht über die möglichen Handlungsfelder von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen – mit dem Verständnis, dass Soziale Arbeit auch Prävention und Gesundheitsförderung umfasst – präsentiert Franzkowiak (2009: 67) unter dem Titel «Exemplarische Handlungsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen» (einzusehen

---

5 Die englische Begründerin der Hospiz- und Palliative Care Bewegung, Dr. Ciceley Saunders, war übrigens «trained as a nurse, social worker and physician» (vgl. Clark/Centeno 2006: 197).

6 Demgegenüber schlägt er sechs Handlungsfelder für die Soziale Arbeit im Sozialwesen mit gesundheitsrelevantem Bezug die Behindertenhilfe, die Kinder- und Jugendhilfe, Bildungseinrichtungen, die Gemeinwesenarbeit, die Sozialhilfe und die Altenhilfe (vgl. Süsstrunk 2014: 58).

in Anhang IV). Seine ausführliche Aufzählung illustriert, dass die Beantwortung der Frage, was Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ausmacht, komplex ist. Homfeldt (2012: 489) hält zusammenfassend fest, dass das Gesundheitswesen für Soziale Arbeit ein primär pflege- und gesundheitsbezogenes Setting darstellt, in welchem unter anderen eine hohe Fähigkeit zur Kooperation mit anderen Professionen erforderlich sei.

Insgesamt fällt natürlich auf, dass bei den rezipierten Gliederungen einmal von *Handlungsfeldern* und ein anderes Mal von *Funktionsbereichen* die Rede ist. Beide Begriffe werden so nebeneinander stehengelassen. Im weiteren Verlauf verwendet die Verfasserin hierfür – zur Wahrung der Kohärenz mit dem Modell von Heiner (2007) sowie in Anlehnung an Sommerfeld et al. (2016) – die Bezeichnung «Arbeitsfeld».

Das Gesundheitswesen stellt ein hoch dynamisches Umfeld für die Soziale Arbeit dar. Einige für sie besonders relevante Entwicklungen werden nachfolgend thematisiert.

### 2.2.4 Entwicklungen und Perspektiven

Tiefgreifende Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen liessen zu Beginn des 21. Jahrhunderts «soziale Aspekte im Bereich der stationären Behandlung (…) in den Hintergrund» rücken (vgl. ebd.). Fokussiert wurde zunehmend der «Gesamtbehandlungsprozess einer Erkrankung» – «vom ersten Arztbesuch bis zum Abschluss der Rehabilitation» (vgl. ebd.). Bis dato bewährte oder bewahrte Strukturen wie die strikte Trennung des ambulanten und stationären Bereichs oder der Akutkrankenhäuser und Rehabilitationskliniken schienen sich zunehmend zu «verwischen» (vgl. ebd.: 37f.). Neue Abrechnungs- und Entgeltsysteme führten mutmasslich zur erheblichen Verkürzung der Verweildauer von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus (vgl. ebd.: 38; Spindler 2001: 191; Reinicke 2003: 265). Konzepte der «Integrierten Versorgung» verwandelten Krankenhäuser zu «Gesundheitszentren» (vgl. Gödecker-Geenen 2001: 38) und forderten einen offeneren Blick bzw. ein offeneres Verständnis als bisher, was die Arbeitsformen und institutionell-strukturelle Bedingungen in der Gesundheitsversorgung betraf (vgl. Kunz 2001: 81). Die Überleitung in den ambulanten Bereich und in die Nachsorge würden an Bedeutung gewinnen, was auch Einfluss auf die Funktion der Sozialarbeit nehme (vgl. Reinicke 2003: 265). Sozialarbeit im Krankenhaus, die sich bislang vor allem durch «ihre Rolle innerhalb des Krankenhauses» definiert hatte, war aufgerufen, diese Rolle und ihre Funktion in stationären und ambulanten Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens neu zu klären und zu gestalten (vgl. Gödecker-Geenen 2001: 38; Spindler 2001: 191). Zahlreiche Publikationen, hervorzuheben

jene von Reinicke (2001 und 2003), gingen diesen Fragen in bilanzierender Weise nach (siehe Abschnitt 3.1).

Mit Blick auf die aktuelle Situation im Gesundheitswesen der Schweiz stellen Djalali und Rosemann (2015: 11) fest, dass sich ein hoch spezialisiertes, multidisziplinäres und multisektorales Gesundheitssystem herausgebildet hat, das allerdings angesichts der zwei grossen Herausforderungen «chronische Krankheiten» und «Multimorbidität» zunehmend unter Druck gerät. So fordern denn auch diverse «internationale und nationale Akteure» eine Reform des Gesundheitswesens der Schweiz, um diesen Herausforderungen zu begegnen (vgl. Obsan 2015: 32). Beispielsweise formulierten die OECD und WHO (2011: 19ff.) in ihrem letzten Bericht zum Gesundheitssystem der Schweiz Empfehlungen und mögliche Massnahmen für diese als problematisch erkannten Themenbereiche. Nicht zuletzt soll das Gesundheitswesen künftig stärker von «integrierten und interprofessionellen Versorgungsformen geprägt werden» (vgl. Obsan 2015: 211).
Auch die «weiterführende gesundheitspolitische Agenda bis 2020» des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI), bekannt als «Gesundheit2020», fokussiert «Herausforderungen im Gesundheitswesen» der Schweiz (vgl. BAG 2013: 3). Vier Bereiche, die das bestehende Gesundheitswesen in Frage stellen könnten, wurden dabei – in Übereinstimmung mit den vorgenannten Quellen – identifiziert: eine Zunahme chronischer Erkrankungen, der Bedarf nach einem Wandel des Versorgungssystems, die Finanzierung des Gesundheitssektors sowie seine «mangelnde Transparenz und fehlende Steuerbarkeit». (vgl. ebd.: 4f.). Gemäss EDI sollen künftig die Bedürfnisse von Patientinnen/Patienten mehr im Zentrum stehen, differenziertere Versorgungsleistungen angeboten (mehr Krankheitsvorbeugung, Langzeitversorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten und Versorgung auf dem letzten Lebensabschnitt) und die Finanzierungsmechanismen im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) angepasst werden (vgl. ebd.: 5; ebenso: Obsan 2015: 190 und 216). Zudem zu optimieren seien die Koordination der Leistungserbringenden und der Einsatz moderner Informationstechnologien (vgl. BAG 2013: 5). Das Obsan geht einen Schritt weiter und ergänzt diese Massnahmen mit Blick auf vulnerable Zielgruppen wie folgt:

> Einfach gesagt, sollte zukünftig mehr in Gesprächszeit und weniger in Technologien oder Spitalbauten investiert werden. Die patientenzentrierte integrierte Versorgung respektive Betreuung stellt insgesamt hohe Anforderungen an alle beteiligten Personen. (…) In den heutigen Zeiten des Spardrucks im Gesundheits- und Sozialwesen ist es besonders wichtig, vulnerable Gruppen (wie mehrfach Erkrankte, sozial isolierte oder armutsbetroffene kranke Personen) in ihrer problematischen Situation nicht alleine zu lassen. Es braucht eine entsprechende Ausbildung und Sensibilisierung der Gesundheits- und Sozialberufe sowie eine Sozial-und Gesundheitspolitik, welche der Ausgrenzung von mehrfach belasteten Personengruppen entgegenwirkt. (Obsan 2015: 190)

Für das schweizerische Gesundheitswesen charakteristisch ist die föderalistische Struktur und die Beteiligung vieler heterogener Akteurinnen und Akteure, was das System komplex,

häufig widersprüchlich macht (vgl. BAG 2013: 5; Obsan 2015: 216). Einigkeit herrscht unter den Beteiligten immerhin darüber, dass künftig mehr Koordination bzw. Integration und neue Formen der Zusammenarbeit in der Versorgung anzustreben sind (vgl. Obsan 2015: 216). Ob dabei auch Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen und sozialen Problem- und Fragestellungen flächendeckend anerkannt werden, ist noch offen. Eine zunehmende Prozessorientierung – durch sog. «Patientenpfade» ausformuliert (vgl. z.B. Dialog Nationale Gesundheitspolitik 2013) – könnte dieser Entwicklung Vorschub leisten.

Das Gesundheitswesen beschäftigt sich ebenfalls intensiv mit der digitalen Transformation. In diesem Zusammenhang wird es auch als «Hybrid» von Systemen und Netzwerken bezeichnet (vgl. Belliger 2017). Dies deshalb, weil es bisher vor allem von Wurzeln getragen wurde, die der Logik von Systemen entsprechen, mit anderen Worten: die Institutionen im Gesundheitswesen stellen eigenständige Systeme dar, die sich klar von anderen abgrenzen lassen und relativ stark über hierarchische Regelungen gesteuert werden. Doch laut Belliger (2017; 2016a: V6) geht diese Periode, in der das Gesundheitswesen fast ausschliesslich vom «Systemdenken» her gekennzeichnet war, zu Ende. Heute setzen sich mehr und mehr auch im Gesundheitswesen netzwerkartige Strukturen und damit ein «Netzwerkdenken» durch (vgl. Belliger 2017; 2016a: V6; 2016c: 6). Belliger postuliert, dass die aktuelle digitale Transformation nicht in erster Linie den neuen technologischen Möglichkeiten entspringe, sondern vielmehr dem Umstand, dass Akteurinnen und Akteure sich heute zunehmend in Netzwerken organisierten (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2017). Will heissen: «Die Wurzeln der digitalen Transformation im Gesundheitswesen gründen wie auch in anderen Bereichen im Phänomen der Konnektivität, sprich der Organisation unserer Welt in Netzwerken» (Belliger 2016a: V6). Vernetzung stelle den eigentlichen «Kern der Veränderung» dar, nicht die Digitalisierung (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2017: 4). Belliger spricht von einem Paradigmenwechsel hinsichtlich «der Art, wie wir uns organisieren: weg von Systemen und hin zu Netzwerken» (vgl. Belliger 2017, zit. ebd.; auch: Belliger 2016b: 10). Mit diesem Wandel verbunden sind neue Werte, die im Zusammenhang mit der Frage nach der Funktion von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen besonders aufhorchen lassen.

> *Netzwerke geben im Unterschied zu Systemen keine Rollen und Funktionen vor*. Sie sind offen und durchlässig, nicht-hierarchisch organisiert, komplex, ständig im Wandel und haben eigene Werte und Normen: offene Kommunikation, Partizipation, Transparenz, Empathie, Flow, Authentizität, Heterogenität und Variabilität. (Belliger 2017, zit. in Gesundheitsförderung Schweiz 2017: 4 [Hervorhebung durch die Verfasserin])

Die neuen, netzwerkartigen Strukturen stellen offenbar veränderte Anforderungen an die Fachpersonen, die an der Gesundheitsversorgung beteiligt sind, und drängen involvierte «traditionelle» Systeme zu einer Öffnung, um Kooperation und Koordination zu fazilitieren

(vgl. Belliger 2016b: 11). Unter anderem komme dies, so Belliger (ebd.: 10) im «Credo der Netzwerkgesellschaft» zum Ausdruck: «Nicht Wissen und Informationen hüten, sondern Wissen und Informationen teilen, führt zu neuem Wissen.»

Aus professionssoziologischer Sicht ist mit der Digitalisierung bzw. der technologischen Entwicklung einhergehend zudem ein wachsender Druck auf Professionelle zu beobachten, nicht nur ihren Wissensbestand stetig weiterzuentwickeln (vgl. Stichweh 1994, zit. in Pfadenhauer 2003: 179), sondern einen Umgang damit zu finden, dass «körpergebundenes» Wissen von einer «überindividuellen Speicherung» von Wissen ersetzt wird (vgl. Kraemer/ Bittlingmayer 2001, zit. ebd.; Motzke 2014: 117f.). Professionelle Wissensinhalte, bislang in Tätigkeitsfeldern mit Interaktionsbezug (z.B. Beratungsgesprächen) vermittelt, werden nunmehr im Internet zur Verfügung gestellt und abrufbar (vgl. Pfadenhauer 2003: 179).

## 2.3 Theoretische Begründungen der Sozialen Arbeit

Die Einbettung der vorliegenden Analyse wird nun mit theoretischen Begründungen der Sozialen Arbeit abgerundet. Einleitend erfolgt ein Versuch zu deren Systematisierung im deutschsprachigen Raum, der sich insbesondere auf Sommerfeld und Amez-Droz (2015) sowie Motzke (2014) stützt. Punktuelle Vertiefungen dieser Gesamtschau erfolgen sodann anhand des Konzepts «Integration und Lebensführung» von Sommerfeld et al. (2011), des Gesundheitsbegriffs in der Sozialen Arbeit sowie von Grundlagen Klinischer Sozialarbeit (vgl. Pauls 2013; Franzkowiak et al. 2011).

### 2.3.1 Systematisierung für den deutschsprachigen Raum

Soziale Arbeit kann als Verbindung von Profession und Disziplin betrachtet werden (vgl. z.B. Merten 1997; Obrecht 2001; Thole 2012: 21; Hochuli Freund/Stotz 2015: 28f.; Staub-Bernasconi 2009; Sommerfeld 2013). In ihrem eigenen Fachdiskurs wird sie, so die Beobachtung von Becker-Lenz (2017: 135), meist als Profession begriffen, wenngleich sie «nicht alle Merkmale klassischer Professionen» erfülle. Der Stand ihrer Professionalisierung lasse sich nur schwer bestimmen, aber innerhalb der Professionssoziologie werde sie «überwiegend *nicht* als vollwertige Profession eingestuft» (vgl. ebd.: 135 [Hervorhebung durch die Verfasserin]). Auch Husi und Villiger (2012: 19) halten fest, es sei nach wie vor umstritten, ob Soziale Arbeit tatsächlich als Profession einzustufen sei. Sie selbst (ebd.) schreiben ihr – «im Bewusstsein der damit verbundenen Schwierigkeiten» – den Status einer (Semi-)Profession zu (vgl. ebd.: 22). In der Schweiz sei die «Disziplin, die über Soziale Arbeit nachdenkt», d.h. die Forschung zur Profession, vergleichsweise jung und entspreche

noch nicht dem «hinreichenden Mass an Diskursivität», wie es aus Habermas' Perspektive erwünscht wäre (vgl. ebd.: 143f.; auch: Sommerfeld/Amez-Droz 2015: 411). Zu diesem Umstand trägt nach Ansicht von Husi und Villiger (2012: 144) die Mehrsprachigkeit des Landes bei. Sommerfeld und Amez-Droz (2015: 403) betrachten «Soziale Arbeit als Profession» bzw. mit Oevermann (1996) als «professionalisierungsbedürftig», d.h. als Tätigkeitsfeld, in welchem «professionelles Handeln gefragt ist». Sie halten fest, wie «weitläufig» Soziale Arbeit sich mit Blick auf ihre Theoriebezüge darstellt, und schlagen deshalb ein spezifisches **Theoriesystem** zu Sozialer Arbeit vor (vgl. ebd.). Die beiden zentralen «Dimensionen der Theorieentwicklung der Sozialen Arbeit» sind dabei die *Professions*- und die *Wissenschaftstheorie* (vgl. ebd.). Zugleich halten sie mit Heiner (2007) fest, dass Soziale Arbeit «in vergesellschafteten Lebensformen von Menschen» interveniert, es also «mit der Schnittstelle zwischen Individuum und Gesellschaft zu tun» hat (vgl. ebd.). Dies erfordere Wissen aus weiteren «Bezugsquellen», konkret aus den Wissenschaften aus nahezu allen *Geistes- und Sozialwissenschaften*, je nach Fragestellung zudem *Recht, Medizin, Biologie, Neurowissenschaften und weitere* (vgl. ebd.).

*Theorien der Lebenslagen der Adressatinnen und Adressaten von Sozialer Arbeit* (inkl. der Problemgenese und -bewältigung) sowie *Handlungstheorien der Sozialen Arbeit*, die sich mit der Art und Weise ihrer Interventionen befassen, sind für die Theoriebildung Sozialer Arbeit zentral (vgl. ebd.). Bei den «Zielsetzungen der Sozialen Arbeit» und der «Bewertung ihrer Interventionen» spielen zudem *Ethik und Philosophie* als weitere Bezugsquellen eine bedeutende Rolle (vgl. ebd.). *Theorien des unmittelbaren (professionellen) Handelns* – nach Sommerfeld und Amez-Droz (2015: 404f.) die Verfahren, Methoden, Methodiken und vor allem die Methodologie, die im professionellen Handeln für Diagnostik/Fallverstehen und Intervention zur Anwendung kommen – haben einen besonders hohen Stellenwert, wenn es um die Wirksamkeit und Wirkmechanismen von Sozialer Arbeit geht, sowie bei der transdisziplinären Integration «unterschiedlichster Theoriebezüge aus anderen Wissenschaften».

Die *allgemeinen Theorien der Sozialen Arbeit* ergänzen das Theoriesystem und verfolgen die Absicht, ein «Gesamtbild der Sozialen Arbeit zu entwerfen» (vgl. ebd..). Damit stellen sie «die zentrale Begrifflichkeit, mit der das Phänomen Soziale Arbeit gefasst werden kann» zur Verfügung; beispielsweise als «Alltag» und «Lebenswelt», «Integration» und «Lebensführung» oder «soziale Probleme» und «Menschenrechte» (vgl. ebd. mit Bezug auf Thiersch 2005, Sommerfeld et al. 2011 und Staub-Bernasconi 2007). Demgegenüber versuchen *arbeitsfeldspezifische Theorien der Sozialen Arbeit* (oder ihre arbeitsfeldbezogenen Diskurse), dem sehr breiten Spektrum der Profession Rechnung zu tragen, und stellen «in gewisser Weise ein Bindeglied zwischen den allgemeinen Theorien der Sozialen Arbeit (…) und den spezifischen Handlungstheorien» dar (vgl. ebd.).

Motzke (2014) hält ihrerseits fest, dass die Beschäftigung mit der Profession Soziale Arbeit «zwangsläufig» auch zur Auseinandersetzung mit ihren wissenschaftstheoretischen Grundannahmen führe (vgl. Motzke 2014: 15). Dabei können unterschiedliche Wissenschaftsverständnisse der Sozialen Arbeit sich gegenseitig gut ergänzen (vgl. ebd.: 34). Zugleich muss es gelingen, die auf unterschiedliche Weise gewonnenen Erkenntnisse sinnvoll zu bündeln. Hierzu schlagen Engelke et al. (2009, zit. ebd.: 35) vier idealtypische Grundmodelle vor, und darauf aufbauend unterschiedliche Professionsverständnisse für die Soziale Arbeit (vgl. Motzke 2014: 49; auszugsweise dargestellt in Anhang V).

Ähnlich wie in der allgemeinen Professionssoziologie ist auch für die Soziale Arbeit eine *Entwicklung* unterschiedlicher Schwerpunkte und daraus folgender Positionen zu beobachten. Nach Motzke (2014: 127ff.) präsentieren sich diese wie folgt: Die frühe Etappe von den 1970er bis Mitte der 1980er Jahren versuchte im Rahmen einer «Handlungskompetenzdebatte», Soziale Arbeit orientiert «am klassischen Professionsmodell in den Status einer Profession zu erheben» (vgl. ebd.: 128). Demgegenüber beinhaltete die Etappe, die Mitte/Ende der 1990er Jahre begann, einen veränderten Diskurs zur Profession und Professionalisierung (vgl. ebd.). Zentral daran war die «Hinwendung (…) zur Lebenswelt und zum Alltag», besonders im Anschluss an das Konzept einer alltags- und lebensweltorientierten Sozialen Arbeit von Thiersch (vgl. ebd.). Damit traten die Handlungslogik der professionalisierten Berufspraxis, das Wissen und Können der Akteurinnen und Akteure in Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit sowie die Bedeutung von Reflexivität für die Bewältigung von professionellen Aufgaben in den Fokus (vgl. ebd.).
*Thierschs* Konzept einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit entstand im Kontext eines «Theorienpluralismus», der sich seit den 1960er Jahren herausgebildet hatte (vgl. Motzke 2014: 133; auch: ebd.: 27). Zugleich ist es gewissermassen als Reaktion auf einen «überhöhten» Anspruch der Sozialen Arbeit an sich selbst zu sehen, der sich im Rahmen der sogenannten «kritisch-emanzipatorischen Wende» der 1970er Jahre konsolidiert hatte (vgl. ebd.: 133). Durch diese «Wende» orientierte Soziale Arbeit sich vermehrt an gesellschaftstheoretischen Fragen, übte Kritik am eigenen Handeln in aktuellen «politisch-ökonomischen Systemen» und rückte das Ziel der «Mündigkeit» und «Emanzipation» der Individuen in den Fokus (vgl. ebd.). Dies alles einzulösen führte nicht zuletzt auch zu «Schwierigkeiten der Vermittlung zwischen Theorie und Praxis» (vgl. ebd.). So setzte sich Ende der 1970er und Anfang der 1980er Jahre eine «Alltagswende» durch (vgl. ebd.: 134). Basierend auf Habermas' Theorie des kommunikativen Handelns, entwickelte Thiersch in dieser Phase die «Theorie der Lebensweltorientierung, in der er den Alltag und seine Ambivalenz und Zweideutigkeit bezogen auf die Lebenslagen und Selbstdeutungen der Adressaten [sic!] in

den Mittelpunkt stellte» (vgl. Motzke 2014: 134). Diese Alltagswende ist nach Motzke (2014: 144) also nicht nur als Hinwendung zur konkreten Alltags- und Lebenswelt von Personen und Gruppen zu verstehen, sondern auch als «Versuch (…), eine tragfähige Grundlagentheorie» für die Soziale Arbeit zu entwickeln.
Ein wesentlicher zeitlicher Marker stellte sodann die Mitte der 1990er Jahre dar: Seit da war die Theorie Sozialer Arbeit neu herausgefordert, weil sich – parallel zur «Pluralisierung und Individualisierung der Lebensverhältnisse und deren Entgrenzung» – ökonomische Leitgedanken auch in den Arbeitsbereichen der Sozialen Arbeit einstellten und sie sich mit Fragen nach ihrer «Leistungsfähigkeit und Überprüfbarkeit» konfrontiert sah (vgl. ebd.: 135). In diesem Zug gewann «die Notwendigkeit einer neuen theoretischen Verständigung über Funktion und Aufgaben der Sozialen Arbeit» an Bedeutung, aber auch Fragen zur sozialer Gerechtigkeit, zu Armut, sozialer Ausgrenzung und Exklusion, sowie Begriffe wie Lebenswelt, Bewältigungsaufgaben, Institutions- und Handlungsmuster (vgl. ebd.).

Zentrales Thema all dieser Entwicklungen war auch, dass Soziale Arbeit von ihren Bezugswissenschaften her genährt wird und somit gerade auch mit Blick auf die eigene Theoriebildung eine «Anschlussfähigkeit an Nachbardisziplinen» brauche (vgl. Gängler 1995, zit. ebd.: 136). Die Differenzierung hin zu einer «eigenständigen wissenschaftlichen Disziplin» wird bei Gängler (1995, zit. ebd.) als Prozess verstanden, in dem zunächst eine theoretische Grundlage entwickelt wird, welche an die Referenzdisziplinen anschlussfähig ist und zugleich die Geschichte der Profession verankert. Erst darauf gestützt wird durch die Theoriekonstruktion und die Institutionalisierung von Selbstbeobachtung die *Eigenlogik der Disziplin* unterstrichen und gefestigt.

Unter dem Einfluss von Entwicklungen der Professionstheorie, die sich interaktionistischen und machtorientierten Ansätzen zuwandte (siehe S. 28), kam in der Sozialen Arbeit vermehrt das Interesse an «einer struktur- und handlungstheoretischen Betrachtung des Handelns» auf (vgl. Motzke 2014: 145). In diesem Zug geriet auch das Konzept der *sozialen Dienstleistungen* vermehrt in den Fokus (vgl. ebd.). Dienstleistungen werden dabei verstanden als «Tätigkeiten (…), die weder dem wirtschaftlichen Bereich der Nahrungsmittel- und Rohstoffgewinnung noch der industriellen Rohstoffverarbeitung zugeordnet werden können» (vgl. Flösser/Oechler 2008, zit. ebd.: 146). Weitere Charakteristika sind beispielsweise ihre Immaterialität, Nicht-Transport- und Nicht-Lagerfähigkeit sowie die Art ihrer Produktion (vgl. Motzke 2014: 146). Für personenbezogene – so auch soziale – Dienstleistungen typisch ist zudem das «uno-actu-Prinzip», das heisst, dass diese Dienstleistungen unter aktiver Mitwirkung der Adressatin, des Adressaten produziert wird und dass die Produktion und Konsumption der Dienstleistung zusammenfallen (vgl. ebd.).

Nebst struktur- und handlungslogischen Ansätzen wurden für Soziale Arbeit zunehmend auch Ansätze bedeutsam, welche dem «ambivalenten Nebeneinander der Beherrschung eines universellen wissenschaftlich fundierten Regelwissens und der hermeneutischen Kompetenz des Fallverstehens» gerecht würden, wie es jene von Schütze und Oevermann versuchen (vgl. ebd.: 148). Diese Ansätze, welche sich mit Paradoxien des sozialarbeiterischen Handelns auseinandersetzen, haben nach Harmsen (2004, zit. ebd.: 149) für die Entwicklung und Begründung dieser Profession einen hohen Stellenwert.

### 2.3.2 Das Konzept der Integration und Lebensführung

Dieser Abschnitt ist einem deutschschweizerischen Beitrag zu den allgemeinen Theorien Sozialer Arbeit gewidmet, dem Konzept «Integration und Lebensführung» von Sommerfeld et al. (2011). Diese erarbeiteten gestützt auf eine empirische Studie zu Re-Integrationsprozessen nach stationären Aufenthalten (u.a. im Arbeitsfeld der Psychiatrie) eine allgemeine Theorie der Sozialen Arbeit, die den Integrationsbegriff theoretisch nutzbar macht und mit dem Begriff der Lebensführung kombiniert (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 50; Sommerfeld et al. 2015: 411). Damit machen sie das für Soziale Arbeit zentrale Verhältnis von Individuum und Gesellschaft als dynamisches Zusammenspiel von Akteurinnen bzw. Akteuren und Systemen beschreibbar (vgl. Sommerfeld et al. 2015: 411). Basierend auf der Erforschung «konkreter Fälle der Sozialen Arbeit», leistet das Konzept einen Beitrag zur Beschreibung der Problemgenese und der Lebenslagen als Bedingungen für die Problemlösung (vgl. ebd.; Sommerfeld et al. 2016: 50). Die daran anknüpfende Entwicklung von Instrumenten und Verfahren zur Erfassung der sozialen Dimension von psychischen Erkrankungen macht es sodann für die Handlungspraxis verwertbar (vgl. Dällenbach et al. 2010: 3f. und 10ff.; Hüttemann et al. 2015: 336; Sommerfeld et al. 2015: 411).

Für Sommerfeld et al. (2016: 48f.) ist mit Blick auf Interventionen der Sozialen Arbeit zentral, «wie die Komplexität des dynamischen Zusammenspiels von Individuum und Gesellschaft (…) gefasst werden kann», um professionelles Handeln zu fundieren. Soziale Arbeit befasst sich in der Praxis zwar mit Problemen und Verläufen auf individueller Ebene; doch sind diese zugleich «in gesellschaftliche Strukturen und soziale Systeme eingebettet», ohne deren Berücksichtigung relevante Faktoren vernachlässigt bzw. unbearbeitet blieben (vgl. ebd.: 49). Eben diesen Zusammenhang zwischen Individuum und Gesellschaft sehen Sommerfeld et al. (ebd.) als «Gegenstand» von Sozialer Arbeit, der so präzise wie möglich gefasst werden soll. Psychosoziale Dynamiken werden von ihnen als «Lebensführung» bezeichnet, deren gesellschaftliche Strukturierung als «Integration» (vgl. ebd.).

Integration stellt (gemeinsam mit Individuation) «zwei Seiten eines Prozesses» dar, so dass Menschen «durch Integration in soziale Figurationen zu menschlichen Individuen» werden (vgl. ebd.: 51). Sie ist eine erste «*grundlegende, das menschliche Dasein kennzeichnende und prägende Kategorie*» (vgl. ebd.: 52 [Hervorhebung im Original]). Nun sind Menschen aber nicht einfach «in der Welt», sondern schaffen sich ihre Lebensverhältnisse durch tätige und erkennende Auseinandersetzung mit ihr (vgl. ebd.). Lebensführung stellt damit die zweite «*grundlegende, das menschliche Dasein kennzeichnende und prägende Kategorie*» dar (vgl. ebd. [Hervorhebung im Original]). Die individuelle Lebensführung der einzelnen Menschen ist dabei stets an soziale «Mitwelt» gebunden (vgl. Plessner 2003, zit. ebd.). Also ist die individuelle Lebensführung «in die soziale Mitwelt integriert»; umgekehrt setzt letztere sich aus der individuellen Lebensführung ihrer Mitglieder zusammen. Diese Gleichzeitigkeit von individueller Lebensführung und Reproduktion sozialer Systeme nennen Sommerfeld et al. (2016: 52) «strukturelle Koppelung». Als Meta-Theorie, um diese Koppelung zu fassen, dient die Theorie der Selbstorganisation bzw. Synergetik (vgl. ebd.: 52ff.). Demnach können Systeme sich stabilisieren (gemäss eines sog. «Ordnungssystems»), aber auch durch äussere Energie destabilisiert und in einen «Ordnungswandel» versetzt werden (vgl. ebd.: 54f.). Für sozialarbeiterische Interventionen ist zentral herauszufinden, «wie und unter welchen Bedingungen selbstorganisierende Prozesse auf der Ebene eines Individuums in seinen sozialen Verhältnissen in Gang gesetzt werden können, die über die Reproduktion der aktuellen sozialen Position (…) hinausweisen, so dass eine Problemlösung (…) realisiert werden kann» (ebd.: 56).

Integration und Lebensführung vor diesem Hintergrund zu modellieren bedeutet, dass eine theoretische Grundlage geschaffen wird, die es Sozialer Arbeit «handlungswissenschaftlich und professionell» erlaubt, ein handelndes Individuum «auf dessen konkreter Reise durch den sozialen Raum zu beobachten, in deren Verlauf spezifische Probleme auftreten, die seine Form der Integration bzw. seine Lebensführung für sich oder für andere zu einem behandlungsbedürftigen Problem werden lassen» (vgl. ebd.: 57). Das eine Modell hierzu ist das sog. Modell des «*Lebensführungssystems*», das Menschen als «sozio-biologische Systeme» sieht, die «sozio-kulturelle Systeme» benötigen, um zu überleben bzw. ihr Leben zu führen (vgl. ebd.: 58 [Hervorhebung im Original]). Das Lebensführungssystem eines Menschen (auch: «Sozio-Biotop») besteht aus unterschiedlichen sozialen Systemen, in denen das Individuum agiert (vgl. ebd.). Die Art seiner Einbettung in übergeordnete soziale Systeme markiert die gesellschaftliche Position dieser Akteurin, dieses Akteurs (vgl. ebd.). Das Lebensführungssystem stellt gemäss Sommerfeld et al. (2016: 60) die «analytische Einheit» eines Individuums dar, und umfasst das «Integrationsarrangement» und die psychosoziale Dynamik im System. Um der strukturellen Koppelung psychischer und sozialer

Prozesse Rechnung zu tragen, wird das Integrationsmodell dem Modell des Lebensführungssystems unterlegt (vgl. ebd.).

### 2.3.3 Der Gesundheitsbegriff in der Sozialen Arbeit

Im Zusammenhang mit dem Gesundheitsbezug von Sozialer Arbeit stellt sich die Frage nach dem dabei zu verwendenden Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff. Zentrale Theorien zur Erklärung von Gesundheit und Krankheit sind nach Hurrelmann und Richter (2013: 66ff.) Gesellschafts-, Public-Health- sowie Lern- und Bewältigungstheorien. Jede dieser Theoriegattungen setze einen bestimmten Fokus, und ihre Unterscheidung sei nicht nach «richtig» oder «falsch» vorzunehmen, sondern nach dem Gesichtspunkt, «welches Erkenntnisinteresse im Vordergrund steht» (vgl. ebd.: 66). Einen Vorzug sehen die Autoren (ebd.: 112) in den *Bewältigungstheorien*, welche ihrer Ansicht nach «eine Verbindung vieler konzeptioneller Ansätze» erlauben und so «für die interdisziplinäre Forschung von grossem Wert» seien. Beispielsweise im Ressourcen-Bewältigungs-Modell ausgedrückt, könnten sie gar einen «Kristallisationspunkt für ein allgemeines Modell des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses» darstellen, das von Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher theoretischer Richtungen als Konsens aufgenommen werden könnte (vgl. ebd.).

Hurrelmann und Richter (2013: 113ff.) entwerfen ein sogenanntes *integratives Konzept zur Definition von Gesundheit und Krankheit*. Damit wollen sie die Begriffsbestimmungen in diesem Bereich verbessern (vgl. ebd.: 119). Denn mit Bezug auf Naidoo und Wills (2010, zit. ebd.: 113f.) stellen sie fest, dass Gesundheit zwar aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet worden sei, sich diese Blickwinkel jedoch noch nicht zu einem Gesamtbild verbinden liessen. Die biomedizinische Vorstellung von Krankheit herrsche immer noch vor (vgl. Dubois 1965 und Faltermaier 2005, beide zit. ebd.: 114; auch: Pauls 2013: 94ff.), und herkömmliche Definitionen von «Gesundheit» und «Krankheit» verwendeten diese Begriffe meist ohne Bezug aufeinander (vgl. Hurrelmann/Richter 2013: 114). Die Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO[7] sei ausserdem «*für die wissenschaftliche Arbeit nicht mehr aktuell*», stelle unter anderem keine Verbindungen zwischen unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen und Theorien her (vgl. ebd.: 119 [Hervorhebung im Original]).

Für ihr integratives Modell von Gesundheit und Krankheit bedienen Hurrelmann und Richter sich zum einen des salutogenetischen Ansatzes von Antonovsky (1993 und 1997, zit. ebd.:

[7] «Gesundheit ist der Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.» (WHO 1946, zit. in Hurrelmann/Richter 2013: 117)

120f.), der am Ende des 20. Jahrhunderts einen Perspektivenwechsel von der «Krankheitsdynamik» (Pathogenese) hin zur «Gesundheitsdynamik» (Salutogenese) herbeiführte. Im Kern seines Modells steht die Frage nach den Entwicklungsbedingungen von Gesundheit – d.h., wie jemand gesund bleiben oder Störungen der eigenen Gesundheit erfolgreich ausgleichen kann – trotz vieler Faktoren, die auf unterschiedlichen Systemebenen gefährdend und belastend auf diese einwirken (vgl. ebd.: 120; Antonovsky 1997; Borgetto/Kälble 2007: 72f.; Franzkowiak et al. 2011: 62f.; Knipping 2012: 54f.; Richter/Hurrelmann 2016: 1). Mit der Vorstellung eines Kontinuums zwischen den Polen «Gesundheit» und «Krankheit» bricht die Salutogenese «die dichotome Betrachtungsweise der beiden Begriffe» auf (vgl. Hurrelmann/Richter 2013: 127). Dieser Blick auf dynamische Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Krankheit, Herausforderung und Bewältigung, lasse sich zudem gut mit den für diesen Bereich geeigneten Bewältigungstheorien bzw. -modellen verbinden (vgl. ebd.: 112). Das salutogenetische Modell wurde auch von der Sozialen Arbeit breit rezipiert und unterstützt in ihr beispielsweise das Prinzip der Ressourcenorientierung.

Weiter ziehen Hurrelmann und Richter (2013: 129ff.) zur Entwicklung ihres Modells zu Gesundheit und Krankheit auch Sozialisationstheorien bei. Damit rückt die sog. «gelingende produktive Realitätsverarbeitung» ins Zentrum, das heisst «alle vier Teilsysteme (Körper, Psyche, soziale und physische Umwelt) ständig zu moderieren und in ihren Impulsen aufeinander abzustimmen» (vgl. ebd.: 130). Gelingt produktive Realitätsverarbeitung, regt dies die Gesundheitsdynamik an, andernfalls eine Krankheitsdynamik (vgl. ebd.). Damit werden – wie dies beispielsweise der Entwicklungspsychologe Bronfenbrenner (1981) postulierte – Abläufe der Lebensphasen betont und alterstypische Entwicklungsaufgaben bestimmt. Letztere in Abhängigkeit von den verfügbaren sozialen und personalen Ressourcen zu bewältigen, stellt die Grundlage gesunder Persönlichkeitsentwicklung dar (vgl. ebd.: 131f.).

Gestützt auf Modelle der Salutogenese und der Sozialisation sowie unter Einbezug der zentralen theoretischen Ansätze zur Erklärung von Gesundheit und Krankheit, formulieren Hurrelmann und Richter (2013: 147) die folgenden interdisziplinären Definitionen:

> **Gesundheit** ist das Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch der äusseren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt. (Hurrelmann/Richter 2013: 147)
> **Krankheit** ist das Stadium des Ungleichgewichtes von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) und äusseren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt. Krankheit ist ein Stadium, das einem Menschen eine Beeinträchtigung seines Wohlbefindens und seiner Lebensfreude vermittelt. (Hurrelmann/Richter 2013: 147)

Der Vorstellung eines Kontinuums zwischen Gesundheit und Krankheit folgend, führen sie zudem die Begriffe «relative Gesundheit» und «relative Krankheit» ein.

> **Relative Gesundheit** beziehungsweise **relative Krankheit** ist das Stadium eines teilweise gestörten Gleichgewichtes von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen die Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) und äusseren (sozialen und materiellen) Anforderungen nur teilweise oder nur vorübergehend gelingt. Relative Gesundheit und relative Krankheit sind ein Stadium, das einem Menschen nur begrenzt Wohlbefinden und Lebensfreude ermöglicht. (Hurrelmann/Richter 2013: 147)

Ein anderes, auch in der Sozialen Arbeit rezipiertes[8] Modell zu Gesundheit und Krankheit, das über das biomedizinische Verständnis hinausgeht, ist das sog. Meikirch-Modell von Bircher und Hahn (2016). Es besagt, dass «Gesundheit ein dynamischer Zustand des Wohlbefindens ist, der hervorgeht aus förderlichen Interaktionen zwischen den Potentialen eines Individuums, den Anforderungen des Lebens sowie den sozialen und umgebungsbedingten Determinanten» (vgl. Bircher/Hahn 2016: 3; Übersetzung durch die Verfasserin]). *Gesundheit* stellt sich im Lebenslauf eines Individuums dann ein, wenn seine Potentiale – gemeinsam mit den genannten externen Bestimmungsfaktoren – den physiologischen, psychologischen oder umgebungsbedingten Anforderungen des Lebens (die nach Individuum und Kontext variieren) ausreichend begegnen (vgl. ebd.). Immer dann, wenn diesen Lebensanforderungen unzureichend begegnet werden kann, entsteht *Krankheit* (vgl. ebd.). Gesundheit stellt damit ein komplexes adaptives System dar (vgl. ebd.: 5).

Grundsätzlich ist mit Pauls (2013: 111) festzuhalten, dass Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – oder Klinische Soziale Arbeit (siehe Abschnitt 2.3.4) –, im Sinne einer «Alternative zu reduktiven Interventionen durch ein biologistisches Gesundheitswesen» das bio-psycho-soziale Modell anwenden soll, um alle «drei Manifestationsebenen für die Behandlung von (…) erkrankten Menschen» zu berücksichtigen (vgl. ebd.). Dabei sind die «jeweils anderen Ebenen» in keiner Weise zu «reduzieren» oder nur lose nebeneinander zu stellen, sondern es geht vielmehr darum, alle Ebenen von Gesundheitsproblemen, «ihrer wechselseitigen Verflechtung und Wechselwirkung», zu erfassen und zu behandeln (vgl. ebd.).
Als für die Soziale Arbeit hilfreich erweist sich im Kontext Gesundheitswesen zudem der Rückgriff auf das Modell der *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). Es erlaubt die Erfassung von Funktionen des täglichen Lebens anstelle von rein medizinischer Diagnose-Klassifikation. Dieser Zugang wird als dynamisch, wirklichkeitsnah und für den Kontext der Sozialen Arbeit als geeignet eingestuft (vgl. Mühlum 2013: 16ff.).

[8] Siehe beispielsweise Sommerfeld (2016: 20f.).

Seine Bedeutung liege nicht zuletzt in seiner Anschlussfähigkeit für eine ganzheitliche Betrachtungs- und Vorgehensweise wie z.B. in Sinne des *Person-in-Environment-Modells* (vgl. ebd.; auch Sommerfeld et al. 2016: 93ff.)

### 2.3.4 Klinische Soziale Arbeit

Auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum baut auch die Klinische Soziale Arbeit oder Klinische Sozialarbeit auf (vgl. Pauls 2013: 102f.). Sie ist eine «behandelnde oder im Behandlungskontext stehende Sozialarbeit» und trägt dazu bei, gesundheitliche Beeinträchtigungen oder «psychosoziale Krisen» zu bewältigen oder ihre Folgen zu lindern (vgl. Ningel 2011: 42). Dabei betrachtet sie soziale, psychische und physische Schwierigkeiten «nicht additiv», sondern vielmehr «die wechselseitige Abhängigkeit der Problemebenen» (vgl. ebd.). Dieses Verständnis der *bio-psycho-sozialen Zusammenhänge* ist denn auch der erste von fünf Theorieansätzen, die Klinische Sozialarbeit fundieren (vgl. ebd.: 43ff.; Pauls 2013: 32ff.;). Es beinhaltet unter anderem ein Bild des Menschen als biologisches Wesen *und* psycho-soziale Person sowie die Annahme, dass soziale (Bindungs-)Erfahrungen sich auf (neuro-)biologischer Ebene auswirken (vgl. Pauls 2013: 35ff., 43ff. und 49ff.).
Zu den Grundlagen Klinischer Sozialarbeit gehört weiter die *soziale Entwicklung*, also die Sicht, dass Menschen sich im Rahmen sozialer Wechselwirkungen entwickeln (vgl. ebd.: 32ff.; Ningel 2011: 47ff.;). Dies beinhaltet erstens Konzepte der lebenslangen (psychischen) Entwicklung, wie von Montada (1995, zit. in Ningel 2011: 48) oder Erikson (1980, zit. ebd.). Zweitens schliesst es das Verständnis ein, dass das «Selbst» (Selbstbild, Selbstkonzept, Selbstwertgefühl) und die Identität einer Person sich «sozialbedingt» (in aktiver Auseinandersetzung mit soziokulturellen Umgebungsfaktoren) entwickeln (vgl. Pauls 2013: 56ff.).
Eine weitere interaktionistische Fundierung für Klinische Soziale Arbeit ist das Konzept *«Person-in-ihrer-Umgebung» (Person-in-Environment)* (vgl. ebd.: 64ff.) bzw. *«Person-in-der-Situation»* (vgl. ebd.; Ningel 2011: 50ff.). Es stellt die «Verschränkungen, Wechselwirkungen, das Ineinandergreifen von Person und Umwelt in den Mittelpunkt» (Lantermann 1980, zit. in Pauls 2013: 65). Damit werden Situationen wiederum mehrdimensional erfasst, als erlebtes Ganzes, als materielle Umgebung und soziales Umfeld (objektive Situation) sowie auf der (objektivierbaren) biologischen Ebene, anhand leiblicher Merkmale wie z.B. Erkrankungen (vgl. Pauls 2013: 69). Die «Gegebenheiten der physikalischen und sozialen Umwelt, ihre innerpsychischen Repräsentationen und die Potentialitäten des 'Erlebens-Verhaltens'» werden auch in dieser Fundierung «in Bezug zueinander» gesehen (vgl. ebd.).
Fundamental für Klinische Soziale Arbeit ist zudem – wie hier eingangs erwähnt – das als «Gesundheits-Krankheits-Kontinuum» bezeichnete Verständnis von *Gesundheit und*

*Krankheit*, das auf das bio-psycho-soziale Denken nach Engel (1977) und die Salutogenese von Antonovsky (1997) zurückzuführen (vgl. Ningel 2011: 55ff.; Pauls 2013: 97ff.).
*«Theorien der Belastungs- bzw. Stressbewältigung durch soziale Unterstützung»* sind eine weitere nützliche und «anschlussfähige» Grundlage für Klinische Sozialarbeit (vgl. Pauls 2013: 72 [Hervorhebung durch die Verfasserin]). Sie integrieren sowohl die bio-psycho-sozialen Zusammenhänge als auch die Perspektive der Person-in-Situation (vgl. ebd.). Mit ihnen werden Aspekte wie Stress (durch Lebenslagen und Lebensweisen), Bewältigung und Vulnerabilität ebenso berücksichtigt wie die von Milne (1999) postulierten «Moderatorvariablen», also Ressourcen und Kompetenzen der Person oder ihrer Umgebung, die zur Stressbewältigung mobilisiert werden können (vgl. ebd.: 75f.). Dabei spielt «soziale Unterstützung» eine zentrale Rolle als «Stressmoderator» [sic!] (vgl. ebd.: 80ff.) und bietet in Modellen von Gottlieb (1983) sowie Heller et al. (1986) Ansatzpunkte für die Interventionen von Klinischer Sozialarbeit (vgl. ebd.: 86 und 88; auch: Ningel 2011: 62f.).

Im Diskurs werden für Klinische Sozialarbeit unterschiedliche Definitionen vorgeschlagen. Im Sinne einer arbeitsfeldspezifischen Spezialisierung kann damit generell Soziale Arbeit mit Gesundheitsbezug (im Sinne von «gesundheitsbezogene Sozialarbeit») gemeint sein. Je nach Position sind hier Tätigkeiten der Gesundheitsförderung miteingeschlossen oder nicht. Für Hüttemann, Rüegger und Wüsten (2015: 334) stehen beispielsweise Menschen mit manifesten gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Zentrum, also jene, «die behandlungsbedürftige gesundheitliche Einschränkungen haben». Zugleich kann Klinische Sozialarbeit aus ihrer Sicht als «Fachsozialarbeit» und «die Profession für die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit» verstanden werden (vgl. ebd.).
Auf Pauls (2013) zurückgehend, wird Klinische Soziale Arbeit als handlungsmethodische Spezialisierung verwendet. Pauls (2013: 17) versteht «Klinische Sozialarbeit als integrierten professionellen Ansatz zur Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt» und sieht sie als psycho-sozial behandelnde Profession, deren spezifische Zielgruppe die «hard-to-reach» Klientel in allen Kontexten der Sozialen Arbeit ist (vgl. ebd.: 24). Wobei diese Menschen, die «meist mit chronischen Belastungen und Erkrankungen oder Behinderungen in ‘Multiproblemsituationen’ leben», für die Soziale Arbeit das Spezifikum ausmachen gegenüber anderen Berufsgruppen, welche ebenfalls psycho-soziale Behandlung anbieten, wie z.B. die Klinische Psychologie oder die Pflege (vgl. ebd.).
Mit Rückgriff auf die angloamerikanische Tradition wird der Begriff Klinische Soziale Arbeit («*clinical social casework*», vgl. Pauls 2013: 13) sodann verwendet, um die individuelle Fallarbeit von anderen Formen der Sozialen Arbeit zu unterscheiden. Allerdings ist hier die Abgrenzung zur restlichen Sozialen Arbeit eher unklar.

# 3 Analyse

Die Wahl des methodischen Vorgehens sowie einen Überblick dazu, welche Arbeitsschritte die Diskursanalyse nach Diaz-Bone (2005) beinhaltet, legte bereits Abschnitt 1.5 dar. Er führte ebenfalls in die vorbereitenden Schritte (1) und (2) ein, die mit der theoretischen und empirischen Einbettung vollzogen wurden. Nun beschreiben die Abschnitte 3.1 bis 3.3 den letzten vorbereitenden Arbeitsschritt (3) und die Arbeitsschritte (4) bis (6).

## 3.1 Datenkorpus

Die Bestimmung des zu untersuchenden Datenkorpus' und die Formulierung heuristischer Fragen bilden gemeinsam Schritt (3) der Analyse nach Diaz-Bone (2005 [20] bis [22]). Die Auswahl des zu analysierenden Materials stützt sich dabei auf theoretische Grundlagen und fundierte Kenntnisse des Untersuchungsfeldes aus den Arbeitsschritten (1) und (2), denn Datenkorpusse bilden bedeutet, Materialien zur Untersuchung zusammenzustellen, von denen «theoretisch gestützt behauptet werden kann, dass sich eine einheitliche Wissensordnung» vorfinden lässt, welche die Rekonstruktion eines kohärenten Regelsystems erlaubt (vgl. ebd. [22]).
Die Untersuchung zur Funktion und zum Tätigkeitsprofil von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen erfolgt anhand eines Datenkorpus', der aus Materialen in deutscher Sprache besteht, und es werden die Schweiz und Deutschland fokussiert. Dabei gibt es wesentlich mehr Publikationen zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen in Deutschland als in der Schweiz. Der Kontingenz Sozialer Arbeit Rechnung tragend, wurden die beiden Kontexte in den vorbereitenden Schritten bereits berücksichtigt (siehe Abschnitt 2.2). Nachfolgend wird nun der Datenkorpus vorgestellt und begründet. Seine separate Bibliografie, mit Angaben zu Auswahlkriterien und Ergänzungen, findet sich in Anhang VI.

Die Sondierungsphase (Arbeitsschritt 2) führte zutage, dass sich im Gesundheitswesen der Schweiz und Deutschlands um die Jahrtausendwende 2000 ein tiefgreifender Wandel vollzog. Neue Abrechnungs- und Entgeltsysteme[9] führten zu einer erheblichen Verkürzung der Verweildauer von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus (vgl. Gödecker-Geenen 2001: 38; Spindler 2001: 191; Reinicke 2003: 265). Und bis dato bewährte oder bewahrte Strukturen, wie z.B. die strikte Trennung des ambulanten und stationären Bereichs oder

[9] Einführung des DRG-Systems, das die Finanzierung in Fallpauschalen, sog. Diagnosis Related Groups vorsieht (vgl. Kaiser 2001: 149; Heuft 2001: 154 und 158; Spindler 2001: 191;. für die Schweiz: socialdesign 2008: 10ff.).

der Akutkrankenhäuser und Rehabilitationskliniken schienen sich zu verwischen; in den Fokus genommen wurde vielmehr der «Gesamtbehandlungsprozess einer Erkrankung», also die Zeitspanne «vom ersten Arztbesuch bis zum Abschluss der Rehabilitation» (vgl. Gödecker-Geenen 2001: 37f.). Für die Soziale Arbeit im Krankenhaus stand die Frage im Zentrum, wie mit dieser strukturellen Veränderung umzugehen sei. Dabei öffnete sie sich, und nebst der Rehabilitation traten weitere, insbesondere auch ambulante Arbeitsfelder für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen in ihren Blick. Zugleich erhielt der Diskurs um die Klinische Sozialarbeit, als eine Form professioneller Sozialer Arbeit mit Gesundheitsbezug, starken Vorschub (vgl. z.B. Pauls 2001; Hertl 2001: 104). Im Zuge dieser Veränderungen wurde die Buchreihe «Soziale Arbeit im Gesundheitswesen» produziert und in den Jahren 2003 bis 2006 herausgegeben. Auch Lehrbücher zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen genannt, bilden diese zehn Bände der UTB-Reihe einen wesentlichen Kern des deutschen Datenkorpus'. Umgeben wird dieser Kern mit zwei Fachzeitschriften, die ebenfalls seit 2004 bzw. 2005 je vierteljährlich erscheinen.

Zum einen ist dies die Fachzeitschrift «FORUM sozialarbeit + gesundheit» der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG). Die DVSG ist die Nachfolgeorganisation der seit 1926 bestandenen Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V. (DVSK), die als *die* zentrale Akteurin für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen 2004 mit auf die strukturellen Veränderungen reagierte und sich umbenannte (vgl. DVSG o.J.). Die Ausgabe 1/2004 des «FORUM sozialarbeit + gesundheit» erschien unter dem Titel «Aus der DVSK wird die DVSG – Das Kongressheft», war also diesen Veränderungen gewidmet (vgl. DVSG o.J.). Seither werden Fachbeiträge und berufspolitische Informationen zu den unterschiedlichen Arbeitsfeldern von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen veröffentlicht. In den Datenkorpus aufgenommen wurden alle Jahrgänge 2004 bis 2017 – die Jahrgänge 2004 bis 2007 (15 Hefte) und 2014 bis 2017 (16 Hefte) vollumfänglich untersucht, und die Jahrgänge 2008 bis 2013 punktuell anhand 10 ausgewählter Hefte.
Nebst dieser Zeitschrift publiziert die DVSG gemeinsam mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V. und dem European Centre for Clinical Social Work e.V. seit 2005 die Zeitschrift «Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung», mit primär wissenschaftlichen Aufsätzen. Auch sie bildet einen Teil des Datenkorpus' zur vorliegenden Untersuchung. Es wurden alle Jahrgänge 1 bis 13 (2005 bis 2017) berücksichtigt – die Jahrgänge 2005 bis 2008 (14 Hefte) und 2015 bis 2017 (12 Hefte) wiederum vollumfänglich untersucht, die Jahrgänge 2009 bis 2014 punktuell anhand 5 ausgewählter Hefte.
Diese beiden Fachzeitschriften sind im deutschsprachigen Raum die einzigen, welche auf Soziale Arbeit im Gesundheitswesen *spezialisiert* sind, und wie die UTB-Buchreihe decken

sie dieses gesamte Berufsfeld ab. Sie haben primär die Funktion, diese Reihe zu ergänzen und die Zeitspanne bis zu aktuellsten Erscheinungen abzudecken. Als eine Art *historische Rahmung* aus Sicht der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (den Übergang um die Jahrtausendwende im Blick), wurden dem Korpus eine Einzelpublikation von Reinicke, mit dem Titel «Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Geschichte, Dokumente, Lebensbilder» bzw. ihr Kapitel 8, «Sozialarbeit im Gesundheitswesen seit 1990» (Reinicke 2008: 128ff.), sowie sein Buch «Sozialarbeit als Aufgabe bei Gesundheit und Krankheit. Rückblick und Ausblick» (Reinicke 2003) angefügt. Reinicke ist Teil der DVSG-Community, die als *Diskursgemeinschaft* angenommen werden kann, welche «distinktive Diskurse hervorbringt und reproduziert» (vgl. Diaz-Bone 2010: 179). Das Qualifikationskonzept der DVSG (2015b) für Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit rundet denn auch den deutschen Datenkorpus ab.

Für die Schweiz fliesst als Buchbeitrag eine Konzeption zur Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie von Sommerfeld et al. (2016) ein, welche für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen der Schweiz einmalig ist. Dazu kommt mit «SozialAktuell», der Publikation des Berufsverbandes AvenirSocial – Professionelle Arbeit Schweiz, eine sozialarbeiterische Zeitschrift, die zwar nicht speziell auf Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ausgerichtet ist, jedoch sporadisch Fachbeiträge über dieses Berufsfeld enthält. Es wurden die Jahrgänge 2005 bis 2017 berücksichtigt – untersucht Ausgaben und Artikel mit Gesundheitsbezug. Von ausserhalb der Sozialen Arbeit, aber im Gesundheitssystem, wurden Beiträge in den Korpus aufgenommen, die entweder der Gesundheitsberichterstattung dienen oder aber gesetzliche oder strategische Grundlagen des Staates oder anderer Professionen für das «Psychosoziale» im Gesundheitswesen darstellen. Der Einbezug dieser Materialien in den Datenkorpus erfolgte abduktiv im Laufe der Untersuchung.

Auf angelsächsische Werke wurde in der vorliegenden Analyse verzichtet. Grund dafür ist das Interesse an der *Funktion* und am *Tätigkeitsprofil* von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen, die in direktem Zusammenhang mit den Strukturen stehen, in denen Soziale Arbeit tätig ist. Die Rahmenbedingungen in den USA, Grossbritannien usw. unterscheiden sich vom deutschen Sprachraum teilweise so erheblich, dass dies zu anderen Positionierungen von Sozialer Arbeit führt (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 10; siehe auch Abschnitt 2.3). Damit ist die Zuordnung zu einer einheitlichen Wissensordnung im Sinne von Diaz-Bone (2005 [22]) nicht erfüllt.
In der vorliegenden Analyse wurde stattdessen der Weg gewählt, Interdiskursivität zumindest im Ansatz mit dem Umfeld der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen der aufgeführten Länder zu suchen. Hierzu wurden, geleitet durch Erkenntnisse aus der Sondierungsphase,

aktuelle Publikationen zum «Psychosozialen» und zu «Interprofessionalität» im Gesundheitswesen einbezogen, die im Einzelnen in Anhang VI aufgeführt sind.

## 3.2 Heuristische Fragestellungen

Die heuristischen Fragen nehmen die Wissensbestände aus den Analyseschritten (1) und (2) auf und operationalisieren die Fragestellung und Unterfragestellungen bzw. das Erkenntnisinteresse der Untersuchung. Die heuristischen Fragestellungen wollen «auf die Elemente der diskursiven Formation hinführen und den 'analytischen Blick' sensibilisieren helfen» (vgl. Diaz-Bone 2005 [22]). Sie stellen eine Art sensibilisierendes Konzept dar, wie aus der Grounded Theory Methodologie bekannt (vgl. Mey/Mruck 2011: 32; siehe Fussnote 3, S. **Fehler! Textmarke nicht definiert.**), oder sind vergleichbar mit einer deduktiven Kategorienanwendung, wie z.B. bei der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (2010: 66). Tabelle 1 zeigt das System der heuristischen Fragestellungen für die Oberflächenanalyse als Schritt (4) nach Diaz-Bone 2005 [23]). Weitere heuristische Fragestellungen, für die nachfolgenden Arbeitsschritte (5) bis (7) (vgl. ebd. [24] bis [26]) präsentiert Anhang VII.

| **Oberflächenanalyse (Schritt 4)** |
|---|
| – Welche **Funktion** wird Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen zugeschrieben?<br>a. von ihr selbst? wann? mit welcher Begründung?<br>b. von anderen Professionen/Akteurinnen/Akteuren? wann? mit welcher Begründung?<br>c. welche Funktionen werden ihr explizit nicht zugeschrieben? wann? Begründung? |
| – Welche **Tätigkeiten** werden Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen zugeschrieben?<br>a. von ihr selbst? wann? mit welcher Begründung?<br>b. von anderen Professionen/Akteurinnen/Akteuren? wann? mit welcher Begründung?<br>c. welche Tätigkeiten werden ihr explizit nicht zugeschrieben? wann? Begründung?<br>d. Wie lassen sich die gefundenen Tätigkeiten gruppieren, kategorisieren?<br>e. Inwiefern zeigen sich Übereinstimmungen/Differenzen zwischen erwarteten Tätigkeiten Sozialer Arbeit (inkl. von wem werden sie erwartet) und tatsächlich nachgewiesenen? |
| – Welche arbeitsfeldspezifischen Charakteristika lassen sich identifizieren?<br>– Welche Charakteristika lassen sich im zeitlichen Verlauf beobachten?<br>– Welche länderspezifischen oder (sprach-)regionalen Charakteristika zeigen sich? |
| – Welche einflussnehmenden, i.S.v. Funktion und Tätigkeitsprofil mitbestimmenden, Ziel- und Anspruchsgruppen lassen sich identifizieren (z.B. Klientinnen und Klienten inkl. Angehörige, andere Professionen, Politik usw.)? |

Tabelle 1 – Heuristische Fragestellungen für die Oberflächenanalyse (eigene Darstellung)

## 3.3 Weitere Schritte

Angeleitet durch die heuristischen Fragen, wurde Schritt (4), die *Oberflächenanalyse* vorgenommen. Sie sucht nach wiederkehrenden Thematisierungen und Problematisierungen im Korpus und möchte zudem wissen, wie Sprecherinnen und Sprecher auftreten, welches die «Modalitäten der Argumentation» sind (vgl. Diaz-Bone 2005 [23]). Der Datenkorpus wurde nach Zuschreibungen bezüglich der Funktion und der Tätigkeiten von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen durchsucht, sowie nach deren Begründungen (siehe Tabelle 1, S. 53).

Zur *Rekonstruktion der diskursiven Beziehungen* erfolgte danach die sog. «Interpretative Analytik» (vgl. Diaz-Bone (2005 [24] und [25]). Teil 1 wird von zwei Hauptfragen geleitet:

– Was findet sich «regelmässig» als Problematisierung, Kategorie und Bewertung?
– Welche Verknüpfungen finden sich, welche Oppositionen werden ins Spiel gebracht?

In Teil 2 dient der Fertigstellung der Rekonstruktion, indem die Diskurselemente weiter vernetzt und Schlüsse auf die «unterliegende Organisation der Oppositionen und Schemata» gezogen werden (vgl. ebd. [25]). Handlungsleitend sind in diesem Schritt die Fragen:

– Welche impliziten Klassifikationsprinzipien lassen sich erschliessen?
– Wie lassen sich die gefundenen Oppositionen und Klassifikationen organisieren?
– Gibt es fundamentale Schemata?
– Wie sind die Elemente der diskursiven Formation angeordnet?

Auf dieser Grundlage, unter Zuhilfenahme des in Anhang VII aufgeführten Fragenkatalogs, wurden regelmässig wiederkehrende Kategorien sowie Kohärenzen (Verbindungen) und Widersprüchlichkeiten (Oppositionen) identifiziert und anschliessend deren Tiefenstruktur (Organisation) herausgearbeitet. Wiederholt wurde im Sinne von Diaz-Bone (2005 [24] und [25]) der Rückbezug zu konkreten Textstellen im Datenkorpus sichergestellt und geprüft, ob dieser erweitert werden sollte, um «vollständig» abgebildet zu werden bzw. um zu einer ausreichenden Belegung der relevanten Diskurselemente zu gelangen. Auf diese Weise konnten Aussagen verfeinert und korrigiert, Zusammenhänge erkannt und angereichert werden. Es handelte sich also um einen höchst iterativen Prozess des Vor- und Zurück-Gehens zwischen den einzelnen Arbeitsschritten der Analyse (vgl. Diaz-Bone 2010: 205)

Ihren Abschluss fand die Analyse des Diskurses zur Funktion und zum Tätigkeitsprofil von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen in einer Verdichtung der Erkenntnisse, welche hinführte zur nachfolgenden Darstellung der Ergebnisse.

# 4 Ergebnisse

Das vorliegende Kapitel stellt die Ergebnisse der Untersuchung vor. Es legt dar, welche *Funktionen* Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen zugeschrieben werden und strukturiert diese entlang der klassischen Trias der Makro-, Meso- und Mikroebene von Gesellschaften. Sodann präsentiert es die Tätigkeitszuschreibungen an Soziale Arbeit in diesem Berufsfeld und gliedert diese gemäss ihrer primären Ausrichtung in personen- und sachbezogene sowie übergeordnete *Tätigkeiten*. Schliesslich werden als Ergebnisse der Rekonstruktion des Diskurses drei *Diskursräume* vorgestellt, in denen Soziale Arbeit im Gesundheitswesen sich mit ihrer Funktion und ihren Tätigkeiten konsensuell und kontrovers auseinandersetzt.

## 4.1 Funktionszuschreibungen

Die regelmässig anzutreffenden Zuschreibungen und Begründungen der Funktion von Sozialer Arbeit lassen sich entlang der drei Ebenen Gesellschaft, Institutionen und Individuum gliedern. Sie zeigen insgesamt ein Bild von Multifunktionalität.

### 4.1.1 Gesellschaftliche Funktion(en)

Soziale Arbeit wird als Teil des Sozialstaates und als wesentliches Instrument zur Achtung und Wahrung der menschlichen Würde gefasst. Sie stellt ein Hilfesystem der Gesellschaft dar und ist eine professionelle Humandienstleistung, welche die Doppelstruktur von Person und Gesellschaft (i.S.v. Individualnatur und Sozialnatur des Menschen) berücksichtigt. Soziale Arbeit verfolgt (auch) im Gesundheitswesen die Ziele, Lebensqualität zu erhalten und die Autonomie und Würde von Menschen zu wahren. Sie ist in diesem Sinne zuständig für alle Menschen, die ins Abseits gedrängt, verdrängt und vernachlässigt sind. Dort unterstützt sie Bewältigungsverhalten, mobilisiert Ressourcen und aktiviert Eigenkräfte, organisiert Solidarität und fördert soziale Teilhabe sowie soziale Integration.
Letzteres ist im Korpus durchwegs die am häufigsten genannte Funktion von Sozialer Arbeit. Sie bezieht sich, im deutschen Gesundheitswesen besonders auch auf die Sozialgesetzgebung (SGB IX) gestützt, auf die Teilhabe von Menschen am Leben in der Gemeinschaft: Sozialer Arbeit kommt demnach die Aufgabe zu, soziale Teilhabe zu fördern, und *soziale Integration* ist ihr gesellschaftliches Mandat (vgl. Dörr 2005: 124). So stellt sie einen grundsätzlichen Beitrag zur Unterstützung und sozialen Integration von Menschen mit Beeinträchtigungen bereit, leistet persönliche und Integrationshilfe. Ziel und Begründung der

Funktion ist soziale Gerechtigkeit und/oder Teilhabe bzw. die Reduktion von sozialer Ungleichheit. Soziale Gerechtigkeit wird dabei verstanden als «Partizipationsgerechtigkeit im Hinblick auf gesellschaftlich zu verteilende Ressourcen» (Greuèl/Mennemann 2006: 122). Soziale Arbeit betreibt, anders gesagt, Exklusionsvermeidung und Inklusionsförderung, wobei sie sowohl die bestmögliche individuelle Förderung als auch die soziale Eingliederung im Blick hat, um die gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten von Individuen zu erhöhen – auch im Sinne einer «Einlösung gesellschaftlich getragener Solidaritätsmassstäbe» (ebd.). Die gesellschaftliche Begründung ihrer Funktion ist dabei zentral.

> Relevant für professionelle Soziale Arbeit sind allerdings ausschliesslich gesellschaftlich anerkannte, akzeptierte und definierte Problemlagen. Ihre Zwecke und Aufgaben sind abhängig von den politischen und finanziellen Rahmenbedingungen und variieren mit diesen. Selbst die Wahl der Arbeitsinstrumente kann durch gesellschaftliche Diskurse mitbestimmt werden, wie etwa die Aufnahme wirtschaftlicher Begrifflichkeiten und Konzepte über 'Qualität' und 'Management' in die Soziale Arbeit zeigen. (Greuèl/Mennemann 2006: 17)

Erkrankte und ihnen nahestehende Menschen müssen oft Bewältigungsaufgaben meistern, die ihre eigenen Möglichkeiten durcheinanderbringen oder gar übersteigen. Dies wirkt sich auf ihre Lebensbewältigung bzw. Lebensführung aus. «Wann immer die Lebensführung von Menschen und Gruppen insgesamt zu misslingen droht, ist Soziale Arbeit gefragt» (Student et al. 2016: 17). Die Funktion von Sozialer Arbeit ist es dann, die *Autonomie der alltäglichen Lebensführung* oder Lebenspraxis zu fördern oder (wieder)herzustellen, die Eigenkräfte der Beteiligten im Sinne einer Hilfe zur nachhaltigen Selbsthilfe zu stärken, ihre Problembewältigung zu verbessern und soziale Benachteiligung zu verhindern. Soziale Arbeit ist zuständig für die direkte Unterstützung benachteiligter und hilfebedürftiger Personen und dafür, Einfluss zu nehmen auf die Gestaltung ihrer *Lebenslagen*. Sie verfolgt also nicht nur das Ziel einer besseren Lebens- und Problembewältigung, sondern will auch zu einer Verbesserung der Gesamtsituation und des Wohlergehens der Betroffenen beitragen.

> Ziel jeglicher Sozialarbeit ist es, die Lebensführung von Menschen auch unter schwierigen Bedingungen zu unterstützen und eine Verbesserung dieser Bedingungen zu bewirken. (Geissler-Piltz et al. 2005: 123)

> Während Kriseninterventionen oftmals nur eine zeitlich befristete Herauslösung der Betroffenen aus ihrem Milieu sind, bedeutet soziale Unterstützung, einen Halt gebenden Rahmen zum Leben und Überleben im gegebenen Milieu (wieder-)herzustellen. (Dörr 2005: 71)

Damit befasst Soziale Arbeit sich mit wirtschaftlichen, sozialen und persönlichen Folgen von Krankheiten und wird als *Krisen- und Verlustarbeit* bei Krankheit und Tod gesehen. Im Rahmen dieser Krisenarbeit dienen ihre Interventionen dem Ziel, Menschen zu befähigen, angemessen mit einem kritischen Lebensereignis oder mit Lebenskrisen umzugehen (und dies nicht nur im Gesundheitswesen). Dabei dient «Empowerment» ihr als Leitperspektive.

Soziale Arbeit wird auch als (präventive) Gesundheitsarbeit oder Gesundheitsförderung umschrieben und im Gesundheitswesen verortet. Dabei hat sie die Funktion, (sekundäre) Gesundheitsrisiken und ihren psychosozialen Folgen vorzubeugen, sie zu lindern oder zu bewältigen. So ist sie beispielsweise zuständig für den Schutz der Gesundheit im Auftrag des Staates im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (hingegen nicht als einzige Profession). Die empirisch nachweisbaren Zusammenhänge zwischen sozialen Ungleichheiten und gesundheitlichen Problemen sind dabei grundlegend, und Soziale Arbeit nimmt «am Schnittpunkt von biomedizinischen und psychosozialen Problemen» die Funktion wahr, *soziale Ungleichheiten zu verringern* (vgl. Steen 2005: 52ff.).

> Gesundheit war für die Soziale Arbeit immer ein Kernthema. Der dialektische Zusammenhang von sozialen Notlagen und sozialer Benachteiligung mit nachfolgender gesundheitlicher Beeinträchtigung – und umgekehrt – ist konstitutiv für die Profession. (Franzkowiak 2006: 12)

> Grundlegendes lebenslagenbezogenes Ziel in der allgemeinen und sozialarbeiterischen Prävention ist die Verbesserung der Einflussfaktoren von gesundheitlicher Ungleichheit. (Franzkowiak 2006: 59)

> Der Sozialen Arbeit kommt eine Schlüsselfunktion bei der Bekämpfung der zunehmend ausgeprägten gesundheitlichen Benachteiligungen in postmodernen Gesellschaften zu. (Franzkowiak 2006: 145)

Die *Verhinderung oder Lösung sozialer Probleme und (Mit-)Gestaltung sozialen Wandels* wird oft als Funktion der Sozialen Arbeit genannt. Im Gesundheitswesen wird sie in diesem Sinn als zuständig gesehen für «die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen bzw. zu gesundheitlichen Störungen führen» (vgl. DVSG 2015a: 46). Dabei hat sie den doppelten Auftrag, (Sozial-)Verhalten *und* (Sozial-)Verhältnisse zu beeinflussen. Dies heisst im Bereich der Prävention, sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention zu betreiben. Und im Bereich der Hilfen: Soziale Arbeit leistet interpersonelle Hilfe (i.S.v. Soziale Arbeit als Humandienstleistung) und nimmt zugleich strukturelle Aufgaben (i.S.v. Soziale Arbeit als Sozialraumgestaltung) wahr – wobei sie in letzter Konsequenz der Leitidee der *sozialen Gerechtigkeit* folgt.

> (…) psychische Krankheiten bzw. Störungen [sind] nur unter Einbeziehung der gesellschaftlichen Lebenspraxis gänzlich zu begreifen (…). Jede Krankheit ist durch ihren Doppelcharakter als organischer Prozess und spezifische soziale Lebensform bestimmt. Diese beiden Dimensionen sind nicht ineinander auflösbar, sondern stehen in einem besonderen Wechselverhältnis zueinander (…) (Keupp 1979, zit. in Dörr 2005: 21)

In ihre Zuständigkeit fällt – nach dem Verständnis Klinischer Sozialer Arbeit – insbesondere die *Behandlung sozialer Problematiken im Zusammenhang mit einer Erkrankung*. Gemäss SGB V hat sie aus Krankheit und (medizinischer) Behandlung resultierende Belastungen durch geeignete Hilfen abzubauen oder zu mildern.

### 4.1.2 Institutionelle Funktionen

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen wird als Akteurin gesehen, welche Sorge trägt, dass «der Mensch im Mittelpunkt» steht, seine/ihre Anliegen ernst genommen und seine/ihre Kompetenzen gestärkt werden. Deshalb wird sie auch *Sachwalterin und Garantin für eine Partizipations- und Ressourcenorientierung* im Gesundheitswesen genannt. Sie seht dafür, dass Behandlungen sowohl am Individuum als auch an den Sozialstrukturen ansetzen. Auf diese Weise trägt sie im Gesundheitswesen zu einem *vertieften Verständnis der sozialen Situation* von Patientinnen und Patienten bei. Mit ihrer Perspektive ergänzt sie Leistungen anderer Professionen zur Wiederherstellung und Gesundung von Menschen um die soziale und sozialstrukturelle Dimension. Sozialarbeitende werden denn auch als Professionelle für «soziale Realitäten» bezeichnet.

> Der Doppelcharakter von personenbezogener und struktureller Arbeit ist hervorzuheben, da er aus gutem Grund das Berufsverständnis prägt und z. B. im Person-in-Environment-Konzept der Social Work überzeugend Ausdruck findet (…). (Mühlum et al. 2003: 25)

Soziale Arbeit leistet Hilfen zur Bewältigung sozialer, materieller und persönlicher Probleme von Betroffenen und Angehörigen, und sorgt dabei z.B. für eine angemessene Nachsorge bzw. Weiterbehandlung nach einem Krankenhausaufenthalt. Damit wird ihr eine zentrale Funktion zugeschrieben im Hinblick auf eine gut vorbereitete und abgestimmte Überleitung von Patientinnen und Patienten in die nachstationäre Versorgung. Hierzu ist im Diskurs oft die Rede von Sozialer Arbeit als Bindeglied mit *Brücken-, Koordinations- oder Schnittstellenfunktion*. Und es wird ihr attestiert, eine wichtige Stütze oder «Zentralstelle» (Nau 2004: 39) im Gesamtablauf der medizinischen Versorgung zu sein.
Denn ihre Koordinations- und Vermittlungsfunktion kann nebst dem eigentlichen Fallbezug auch die Vertrauensbildung gegenüber Leistungsträgern betreffen oder die Abläufe und Kommunikation innerhalb von multiprofessionellen Teams oder zwischen Professionellen und Volunteers. Im Zusammenhang mit der Koordination verschiedener Leistungserbringer wird ihr zugeschrieben, *Antriebskraft der Behandlungskette* zu sein (vgl. Pippig 2006: 29). Und gestützt auf ihre sozialräumliche Orientierung wird ihr auch eine «*Scharnierfunktion*» zwischen «dem traditionellen Gesundheitswesen, dem Sozialwesen und dem ‘zu Hause’» zugedacht (vgl. Süsstrunk 2015: 19 [Hervorhebung durch die Verfasserin]).

Sozialer Arbeit wird in Bezug auf die institutionelle Ebene ausserdem die Funktion einer *Netzwerkspezialistin* oder «Netzwerkinstanz» zugeschrieben. Diese Bezeichnung wird mit

ihren Kernkompetenzen zur Verzahnung und Vernetzung[10] verschiedener Hilfs- und Unterstützungssysteme begründet. Soziale Arbeit will der Segmentierung und Parzellierung des Lebens entgegenwirken sowie Probleme der Kooperation und Koordination von Dienst- und Gesundheitsleistungen minimieren. Dabei wird sie als «systemübergreifender Ansatz» wahrgenommen, worauf gestützt ihr auch Zuständigkeiten für den Aufbau transdisziplinärer Netzwerke zugeschrieben werden.

Die *vermittelnde, integrative und moderierende Funktion* von Sozialer Arbeit wird auf der Meso-Ebene als besondere Fähigkeit wahrgenommen, Erkenntnisse und Zielvorstellungen von Beteiligten zu bündeln und zu koordinieren. Einige sehen damit die Voraussetzung erfüllt, um als Spezialistin für Steuerungsaufgaben in sozialen Netzwerken zu fungieren.

Bei präventiven Themenstellungen wird Sozialer Arbeit die Funktion einer *Multiplikatorin* zugeschrieben, weil sie Kontakt hat zu vulnerablen, oft schwer erreichbaren Zielgruppen. Und Klinische Sozialarbeit im Gesundheitswesen wird als *komplementäre, mitbehandelnde Profession* gesehen, weil sie medizinische, psychosomatische oder psychotherapeutische Behandlungen ergänzt.

> Sie arbeitet zwischen den Expertensystemen und wird vor und nach der Medizin tätig: wenn die Medizin noch nicht eingreift und wenn sie an andere Berufsgruppen übergibt. (Geissler-Piltz et al. 2005: 13)

Darüber hinaus wird von Klinischer Sozialer Arbeit erwartet, dass sie in der Lage ist, als *wissenschaftliche Kraft* («science practitioner») zu fungieren, d.h. selbständig empirisch zu forschen, um ihr Handeln zu fundieren oder zu hinterfragen (vgl. Pauls 2005: 28).

### 4.1.3 Klientenbezogene Funktionen

Gegenüber einzelnen Menschen oder Gruppen nimmt Soziale Arbeit im Gesundheitswesen «gesundheitsförderliche Funktionen» ein. Sie nimmt Menschen in ihrer bio-psychosozialen Situation ernst und trägt zur Verbesserung der Lebensqualität, des relativen Wohlbefindens und damit der (salutogenetisch verstandenen) Gesundheit bei. Dabei ist Soziale Arbeit für die «Bearbeitung der sozialen Dimension des bio-psycho-sozialen Krankheits- respektive Gesundheitsgeschehens zuständig» (Sommerfeld et al. 2016: 70).

> Das Verständnis lebender Systeme als integrierte Einheit von Organismus und Umwelt führt zu einem Störungs- und Krankheitsverständnis, das Abweichung und Krankheit als Passungsstörung auffasst: Bio-psycho-soziale Probleme sind *Passungsprobleme* im Sinne von Diskrepanzen bzw. Inkongruenzen zwischen verschiedenen gesundheitsrelevanten Dimensionen. (Geissler-Piltz et al. 2005: 48f.)

---

[10] Vernetzung im Entlassmanagement geschieht heute auch über moderne Kommunikationstechnologien (vgl. Pautsch 2015: 39).

> Während die psychotherapeutische Behandlung zuerst auf eine Reorganisation intrapsychischer Prozesse zielt, betont Sozialarbeit stets die interpersonale Entwicklung und Person-Umwelt-Beziehung. (…) [Klinische Sozialarbeit ist ein] integrierter professioneller Ansatz zur Verbesserung der Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt. (Geissler-Piltz et al. 2005: 44 und 104)

Eingebettet in ihre gesellschaftlichen und institutionellen Funktionen wie soziale Integration, Bearbeitung der sozialen Dimension, Vermittlung, Koordination usw., fungiert Soziale Arbeit auf der Mikro-Ebene als *Prozessbegleiterin, Ratgeberin und Unterstützerin*. Im Mittelpunkt des Prozesses steht die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und ihren Folgen im Hinblick auf den Alltag, den Beruf und die künftige Lebenssituation. Soziale Arbeit wird – unter anderem (!) – als Anwältin von Adressatinnen und Adressaten, bürokratisch kundige Helferin, Auslegerin «institutionalisierter Sinnhorizonte», Lotsin und Institution zur Stärkung von Selbsthilfekräften gesehen. Sie kann Bündnispartnerin für Patientinnen und Patienten sein und als Ansprechpartnerin für belastende Emotionen eine «holding function» haben, d.h. «einfach da» sein (vgl. Kleinschmidt 2010: 27). Unterschiedliche, teils widersprüchliche Funktionen nimmt sie (nicht nur, aber auch) im Rahmen von Case Management ein:

– *anwaltliche* Funktion («Advocacy»)
– *vermittelnde* Funktion («Broker»)
– *selektierende* Funktion («Gate-Keeper»)
– *unterstützende* Funktion («Support»)
– *organisierende* Funktion («Fallführung»)

Behandelt Soziale Arbeit die soziale Dimension psychischer Erkrankungen, hat sie zudem eine *sozialtherapeutische* Funktion (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 176).

## 4.2 Tätigkeitszuschreibungen

Die regelmässigen Zuschreibungen und Begründungen von Tätigkeiten der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen korrespondieren in Anlehnung an Heiner (2007, zit. in Husi/Villiger 2012: 49) mit unterschiedlichen Tätigkeits*feldern* und können in Tätigkeits*gruppen* gefasst werden, welche wiederum verschiedene Tätigkeits*formen* subsumieren. Nach einer kurzen Einführung zu den Tätigkeitsfeldern werden die relevanten Tätigkeitsformen entlang der Gruppen personenbezogene, sachbezogene und übergeordnete Tätigkeiten[11] vorgestellt.

[11] Diese Gliederung unterscheidet sich von in der Sozialen Arbeit sonst üblichen Gliederungen entlang von (system-)strukturellen Ebenen – bspw. in die Handlungsebenen Fall, Management und kommunale Planung bei von Spiegel (2008: 95f.) – oder der klassischen «Methodentrias» Einzelfallhilfe, soziale Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit – bspw. rezipiert und um «Arbeit in sozialen Organisationen» und «Qualitätssicherung» erweitert bei Ritscher (2013: 191).

*Tätigkeitsfelder* sind Teilmengen von Arbeitsfeldern (vgl. Heiner 20007, zit. in Husi/Villiger 2012: 49). Als Arbeitsfelder des Gesundheitswesens gelten nachfolgend, mit Rückgriff auf Franzkowiak et al. (2011: 132), entlang der UTB-Reihe: Rehabilitation, Suchtprävention, Frühförderung und Sozialpädiatrie, Hospiz und Palliative Care, Krankenhaus, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Klinische Sozialarbeit, Psychiatrie, Präventive Soziale Arbeit sowie Integrierte Versorgung. Deren jeweilige Tätigkeitsfelder zu systematisieren stellte sich als schwer lösbare Aufgabe dar. Zusammenfassend kann mit Franzkowiak (2006: 44) gesagt werden, dass es in einigen Arbeitsfeldern üblich ist, «eine Systematik nach ambulanten, teilstationären und stationären Settings bzw. Einrichtungen vorzunehmen», die dann auch «strukturelle Orientierung und Verbindlichkeit» bietet und handlungsleitend ist. Zugleich ist die Anwendung einer Systematik nicht in jedem Arbeitsfeld sinnvoll, weil sie sich gerade nicht in der bestehenden Infrastruktur bewegen (vgl. ebd.). Ein Beispiel hierfür ist die Suchtprävention, die sich nicht auf ein spezifisches Gebiet begrenzen lässt, sondern sich vielmehr «mit anderen Aufgaben der Sozialen Arbeit, die der Herstellung lebenswerter und entwicklungsfördernder sozialer Umwelten dienen» vermischt, nicht scharf von anderen Formen der Prävention zu trennen ist sowie eine «gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe» darstellt (vgl. Sting et al. 2003: 36). Die relevanten *Tätigkeitsformen* in diesen zehn Arbeitsfeldern werden nachfolgend entlang der drei Gruppen personenbezogene, sachbezogene und übergeordnete Tätigkeiten als Untersuchungsergebnisse präsentiert.

### 4.2.1 Personenbezogene Tätigkeiten

Der Begriff «personenbezogen» ersetzt das häufig anzutreffende Wort «klientenbezogen» und meint den direkten Bezug auf Einzelne oder Gruppen. Eingeschlossen sind also sowohl die Einzelfallhilfe (*Case Work*) als auch die soziale Gruppenarbeit (*Group Work*). Auf den Begriff der Klientin bzw. des Klienten wird verzichtet. Menschen, an die sich Soziale Arbeit richtet, werden je nach Tätigkeitsfeld auch als Adressatinnen und Adressaten bezeichnet. In «Personen» sind diese und weitere Optionen eingeschlossen. Zudem steht diese Bezeichnung dem Verständnis der «Person-in-ihrer-Umwelt» (*Person-in-Environment*) nahe, das für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen fundamental ist.

Zu den regelmässig genannten personenbezogenen Tätigkeiten von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen in fast allen Arbeitsfeldern gehören die (psycho-)soziale, persönliche *Beratung, Unterstützung, Begleitung* von Betroffenen und Angehörigen/Nahestehenden. Aus der Perspektive der Klinischen Sozialen Arbeit ist die (psychosoziale) *Behandlung bzw. Therapie* anzufügen. Sowohl Beratung als auch Behandlung durch Soziale Arbeit werden als methodisch geleitetes, strukturiertes Handeln verstanden, das sich auf Grundlagen der

Sozialarbeitswissenschaft sowie etlicher Bezugswissenschaften stützt und den Menschen und seine Lebenslage einbezieht. Eine Systematisierung dieser Beratungs-/Behandlungs-Tätigkeit (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 303ff.) illustriert zugleich, dass «personenbezogene Tätigkeiten» nicht isoliert von anderen Tätigkeitsformen zu denken sind, sondern als komplexes, ko-produktives Handeln in Interaktionen mit beratenen/behandelten Personen sowie weiteren involvierten Personen und/oder Stellen. Zur Beratung und Behandlung durch Soziale Arbeit gehören mindestens die vier Aktivitäten Diagnostik (auch: Situationsanalyse, Assessment), Behandlungsplanung, Intervention und Evaluation.

Die Beratungs- und Behandlungstätigkeit von Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen kann unterschiedliche Themenstellungen betreffen. Zu den am häufigsten anzutreffenden gehören die Bewältigung von Krankheit, Krankheitsfolgen, Krisen oder Tod. Sodann werden je nach Tätigkeitsfeld vor allem (sozial-)rechtliche Fragen geklärt oder Themen zur Gesundheit(svorsorge), sozialen Rollen usw. besprochen. Beratungen können punktuell oder begleitend erfolgen. Im Rahmen der Frühförderung werden beispielsweise Familien sozialpädagogisch begleitet, und in der Palliative Care (pflegende) Angehörige über den Tod der nahestehenden Person hinaus. In psychosozialen Beratungssettings werden Ressourcen und Bewältigungs-/Copingstrategien ermittelt und/oder aufgebaut, Selbsthilfepotenziale und Kompetenzen gestärkt, (krankheits-)relevante Informationen vermittelt, Unterstützung initiiert. Im Rahmen von *Krisenintervention* werden belastende Situationen aufgefangen.

Die beraterische und therapeutische Tätigkeit von Sozialer Arbeit in Krankenhäusern und in der Psychiatrie ist in Deutschland gesetzlich verankert (vgl. Crefeld 2006: 30); in der Schweiz existiert nur im Kanton Bern eine Gesetzgebung, welche die Sozialberatung in Spitälern vorsieht (vgl. Spitalversorgungsgesetz, SpVG). Klinische Sozialarbeit ist (in Deutschland) vorwiegend in den Feldern Krankenbehandlung, Psychiatrie und Sucht tätig. Der Einbezug von Angehörigen ist für soziale Beratung und Therapie zentral.

> Unterstützung bei der Bewältigung der Krankheitsfolgen sollte auch den pflegenden Angehörigen zukommen. Sozialarbeitern kommt dabei die Aufgabe zu, Familienangehörige in ihrer Situation als sekundär Betroffene wahrzunehmen und entlastende Hilfen anzubieten bzw. zu vermitteln. Sie versuchen im Sinne einer anwaltschaftlichen Funktion zu verhindern, dass Angehörige nur als kostengünstige Co-Therapeuten vereinnahmt werden. (Schürg 2004: 10)

Zu den personenbezogenen Tätigkeiten von Sozialer Arbeit kann auch *Bildung* gehören, wo dies im Rahmen der Verbesserung oder Stabilisierung von sozialer Teilhabe und Gesundheit indiziert ist. Beispielsweise werden in der Rehabilitation, sowohl in Einzelsettings als auch in Gruppen, Fähigkeiten zur Kommunikation, zum Aufbau von Beziehungen sowie Selbstvertrauen, Selbstführung usw. mit psycho- und sozio-edukativen Verfahren gefördert. Als spezifische klinisch-therapeutische Tätigkeit Sozialer Arbeit ist die *Identitätsarbeit*, beispielsweise mit Jugendlichen in der Suchtbehandlung oder -prävention zu nennen.

Als besondere personenbezogene Tätigkeit taucht im Diskurs die *Betreuung* auf. Diese kann – im rechtlichen Sinn verstanden (in der Schweiz als Beistandschaften) – ebenfalls sachbezogene Tätigkeiten beinhalten. Betreuung verstanden als «Care» für benachteiligte, kranke und verletzte Menschen, die Hilfe bei ihrer Lebensbewältigung oder im Blick auf ihr Sterben benötigen, ist eine ausgesprochen personenbezogene Tätigkeit. Doch auch sie kann nicht losgelöst von übergeordneten Tätigkeiten gesehen werden: Interventionen in sozialen Systemen wie z.B. Gemeinwesenarbeit können erforderlich sein, um Integrationsmöglichkeiten der betreuten Personen zu verbessern.

Als Schlüsselelemente aller personenbezogenen Tätigkeit werden die vertrauensvolle Beziehungsgestaltung gesehen und der Umstand, dass Soziale Arbeit den Menschen in den Mittelpunkt stellt und als Mensch-in-seiner-Situation sieht.

> Soziale Arbeit steht für die Ermittlung des *individuellen* Hilfebedarfs eines kranken Menschen und die Einleitung konkreter Hilfen. (Ansen et al. 2004: 128 [Hervorhebung durch die Verfasserin])

Zur Klärung des Hilfebedarfs im Rahmen von sozialer Beratung, Betreuung und Therapie gehört auch die Klärung der Situation zu Hause, im Arbeitsfeld Palliative Care zudem von Themen im Hinblick auf das Sterben.

> Sie [Sozialarbeitende] sind in der Lage, Beratungs- und Betreuungsprozesse erfolgreich zu gestalten und dadurch die Patientinnen und Patienten sowie die Angehörigen in psychosozialen Fragen kompetent zu beraten und zu unterstützen. Dies kann beispielsweise auch beinhalten, dass sie gemeinsam mit der Patientin, dem Patienten einen Vorsorgeauftrag oder eine Patientenverfügung erstellen. Unterstützung und Beratung bieten sie auch für Angehörige nach dem Tod einer nahestehenden Person. (Bundesamt für Gesundheit 2016: 34)

In der Palliative Care üben Sozialarbeitende gestützt auf ihre spezifischen Kompetenzen ausserdem personenbezogene *Tätigkeiten für das multiprofessionelle Team* aus. Beispielsweise fördern sie den Austausch im Team und die Kommunikation zwischen allen Beteiligten, tragen zur emotionalen Entlastung der anderen Teammitglieder bei und unterstützen das Team massgeblich bei der Gewinnung, Befähigung und Betreuung von Ehrenamtlichen (vgl. Wasner 2015: 11).

> SozialarbeiterInnen haben nach ihrem Selbstverständnis nicht nur die PatientInnen und ihre Zugehörigen im Blick, sondern auch die anderen Teammitglieder. (Wasner 2015: 10)

Eine weitere personenbezogene Tätigkeit, die *Selbstsorge* der Sozialarbeitenden, wird im untersuchten Korpus angesprochen. Ein Beitrag, der die psychischen Grundbedürfnissen der Adressatinnen und Adressaten fokussiert, regt dazu an, die Befriedigung der eigenen psychischen Grundbedürfnisse im Sinne der «Intravision und Prävention» zu reflektieren (vgl. Lübeck 2017: 9f.).

### 4.2.2 Sachbezogene Tätigkeiten

Für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen wiederkehrende sachbezogene Tätigkeiten haben meist einen direkten Bezug zum sozialen Sicherungssystem und/oder zu sozialstrukturellen Bedingungen, in denen sie ihre personenbezogenen Tätigkeiten ausübt. Hierfür steht das besonders häufig genannte, von Sozialer Arbeit entwickelte und von ihr (aber nicht nur von ihr!) in vielen Tätigkeitsfeldern ausgeübte *Case Management*. Daneben werden Sozialer Arbeit aber auch «klassischere» administrative, planerische und koordinierende Tätigkeiten zugeschrieben. Deren Darstellung soll hier am Anfang stehen.

Soziale Arbeit wird für administrative und organisatorische Aufgaben gut gerüstet eingestuft (vgl. Student et al. 2016: 153), und in Verbindung mit ihren sozialrechtlichen Kenntnissen werden ihr leicht auch von anderen Professionen «entlastende» Tätigkeiten zugeschrieben, die unter Begriffen wie *Administration*, Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen oder *Ressourcenerschliessung* stehen. Die Erschliessung von staatlichen, karitativen oder anderen (Sozial-/Wohlfahrt-)Leistungen scheinen sowohl im Fremd- als auch im Selbstbild der Sozialen Arbeit eine Art genuin sozialarbeiterische Tätigkeitsform darzustellen, was zugleich zu Oppositionen führt (siehe Abschnitt 4.3).

> Organisationsgeschick und sozialrechtliche Kompetenz verleihen den Kollegen des Sozialdienstes häufig hohes Ansehen beim Klinikpersonal, das in erster Linie in den organisatorisch-verwaltenden Tätigkeiten deren «eigentliche» Aufgaben sieht. Dies unterfordert jedoch ihre psychosozialen Kompetenzen und entspricht nicht dem Anspruch und den Möglichkeiten klinisch-sozialer Mitwirkung an der Behandlung. (Geissler-Piltz et al. 2005: 90)

*Organisation und Vernetzung* und im Besonderen *Entlassungsplanung oder -management* im stationären Bereich des Gesundheitswesens nehmen im Diskurs eine zentrale Stellung ein. Auch wenn Kerninhalte des Entlassungsmanagements eigentlich personenbezogene Tätigkeiten sind (z.B. die Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung und die Entwicklung von Perspektiven, vgl. Ansen et al. 2004: 98), wird Entlassmanagement heute oft mit der Organisation weitergehender Massnahmen nach stationären Aufenthalten gleichgesetzt. Diese sachbezogene Tätigkeit wird Sozialer sowohl von behandelnden Professionen als auch von organisationalen Leitungen, Kostenträgern und z.T. vom Gesetz zugeschrieben.

> Das Patientenmanagement und die Sozialberatung sorgen gemeinsam für die Vernetzung sozialer, pflegerischer und medizinischer Dienstleistungen innerhalb und ausserhalb des Spitals. (Art. 52 Abs. 2 SpVG)

Aber auch in Tätigkeitsfeldern ausserhalb des stationären Sektors, wie z.B. der Prävention und Frühförderung, werden Sozialer Arbeit koordinierende, vernetzende und vermittelnde und Tätigkeiten zugeschrieben. Dort betreffen sie jedoch eher immaterielle Ressourcen (kulturelles und soziales Kapital) als materielle.

Das bereits angesprochene *Case Management* rundet die sachbezogenen Tätigkeiten ab. In Tätigkeitsfeldern und Situationen, in denen Ressourcen in der Umwelt der Patientin, des Patienten vernetzt werden sollen, stellt es ein rege angewandtes Handlungskonzept dar und wird insbesondere im Krankenhaus vielfach der Sozialen Arbeit zugeschrieben, jedoch zunehmend auch von Pflegenden ausgeübt (siehe auch Abschnitt 4.3).

> Wesentlicher Inhalt dieses Handlungskonzeptes ist das Unterstützungsmanagement, das personenbezogene passgenaue Hilfen in einem grösseren Versorgungszusammenhang erschliesst, optimal ermittelt und zugänglich macht. Case Management in der Sozialarbeit im Gesundheitswesen bedeutet, eine effiziente und effektive fallbezogene systematische Prozesssteuerung durch eine Person oder ein Team. (DVSG 2007: 35)

Ein umfassend verstandenes Case-Management dürfte im Grunde im Abschnitt der sachbezogenen Tätigkeiten stehen, integriert es doch Elemente der Einzelfallhilfe wie Beratung und anwaltschaftliches Eintreten mit «administrativen» Techniken wie Vernetzung, Steuerung und Koordination. Im Diskurs kommt zum Ausdruck, dass die Case Managerin, der Case Manager auch das Monitoring übernehmen und durch Evaluation die Nachhaltigkeit von getroffenen Massnahmen überprüfen müsste. Da das Hauptanwendungsfeld des Case Managements jedoch im stationären Bereich liegt, und nach der Entlassung der Patientin, des Patienten der Auftrag der Case Managerin, des Case Managers endet, wird auf ein zweifaches Dilemma hingewiesen: Zum einen kann Soziale Arbeit den Leistungsnachweis ihrer Tätigkeit so nicht erbringen, zum anderen wird die Schnittstelle stationär-ambulant ungenügend bearbeitet (siehe auch Abschnitt 4.3).

### 4.2.3 Übergeordnete Tätigkeiten

Tätigkeitsformen, die unter dem Begriff «übergeordnet» subsumiert werden, gehen über die einzelne Person/Gruppe oder eine bestimmte Sache hinaus. Es sind dies erstens die *Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Institutionen*, auch über Sektorengrenzen hinweg (z.B. andere Professionen, Verwaltung und Patientenadministration, Leistungsträger, Leistungserbringer, Selbsthilfe usw.). Sie rahmt und bedingt personen- und sachbezogene Tätigkeiten teilweise sehr stark und könnte deshalb statt als übergeordnete auch als grundlegende Tätigkeit deklariert werden.

> Ausgehend von (…) [einem] innerdisziplinären Kooperationsbedarf leitet sich eine zwingende Verantwortungsübernahme zur organisierten Vernetzung beteiligter AkteurInnen als wesentliche Aufgabe all ihrer Interventionen ab. (Rademaker 2014: 7)

Ebenso fundamental sind die weiteren häufig der Sozialen Arbeit zugeschriebenen Tätigkeitsformen: *Qualitätssicherung, Aus- und Weiterbildung* (u.a. Qualifikation als Klinische Fachsozialarbeit), *Forschung* und *ethische Reflexion*. Qualitätssichernde Massnahmen wie z.B. die Evaluation der eigenen Interventionen, sollten unter Kontrolle der Sozialen Arbeit selbst stehen. Deshalb sind entsprechende Kompetenzen zur Erforschung der Beratungs-

bzw. Interventionsprozesse aufzubauen. Eine laufende Auseinandersetzung mit der Sozial- und Gesundheitspolitik sowie Wissen zu massgeblichen Institutionen und Rechtsgrundlagen tragen zu einer guten Qualität der Arbeit bei und ermöglichen notwendige ethische Reflexionen, um den Anspruch einer «reflexiven Distanz» einzulösen.

> (…) die Forderung an die Professionellen in der klinischen Sozialen Arbeit, Kontrolle über das eigene Wissen, seine Produktion, seine Vermittlung, seine Verwendung in der Praxis und seine Evaluation weitmöglichst herzustellen. Hierzu zählt wesentlich die Anerkennung von Unbestimmtheiten. (Dörr 2005: 90)

All dies schafft eine solide Grundlage für weitere übergeordnete Tätigkeiten, namentlich die *Konzeptentwicklung* und *Innovation* (z.B. Weiterentwicklung nachstationärer Angebote, Plausibilisierung von Versorgungslücken, Bildung von Netzwerken – auch digital – usw.).

> Um gesellschaftliche Teilhabe und soziale Gerechtigkeit zu ringen, ist eine Kernaufgabe der Sozialen Arbeit. Digitale Medien bieten Partizipationspotenziale und können die Kooperation in Sozialer Arbeit bereichern. Partizipation stellt sich nicht automatisch ein, sondern muss mühsam errungen werden (…). (Schmitz 2014: 12)

> Kooperation und Vernetzung werden als notwendige Voraussetzungen für die Zielerreichung und Funktionssicherung der Gesundheits- und Sozialsysteme angesehen. Die funktionale Differenzierung der Sozialen Dienste erfordert Wissensnetzwerke (…), Partizipationsnetzwerke (…), Koproduktionsnetzwerke (…), Ressourcennetzwerke (…) und räumliche Netzwerke (…). (Schmitz 2015: 34)

Eine weitere übergeordnete Tätigkeit, Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen zugeschrieben wird, ist die *spezifische Öffentlichkeitsarbeit*. Diese kann z.B. stattfinden durch das Anbieten von Weiterbildungen zu Sozialer Arbeit für Berufsgruppen, mit denen sie kooperiert (insb. Ärztinnen und Ärzte, die oft eine vorgelagerte Funktion innehaben). Oder durch Aktivitäten in Gemeinwesen, die der sozialen Integration vulnerabler Personengruppen zuträglich sind und gesundheitliche Ungleichheit abbauen helfen (z.B. Sensibilisierung). Die entspricht dann auch, so der Konsens im Diskurs, der Sozialraumorientierung von Sozialer Arbeit und schafft Möglichkeit, um bürgerschaftliche Initiativen zu lancieren.

Eine letzte übergeordnete Tätigkeit stellt die *Pflege der Selbst- und Fremdwahrnehmung* dar, die Soziale Arbeit in hohem Mass von sich selbst erwartet. Dazu gehört zum einen, die eigenen Wissensbestände, Methoden und Zuständigkeiten klar zu definieren. Eine Voraussetzung für das Gelingen dieses Vorhabens wird in den zuvor genannten Aspekten Qualität, Qualifikation und Forschung gesehen, da es ja nicht zuletzt darum geht, Nachweise der eigenen Wirkung zu erbringen. Zudem ist in diesem Kontext die Kooperation mit relevanten Akteurinnen und Akteuren wichtig, um die öffentliche Wahrnehmung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen zu stärken.

> Sozialarbeit muss sich im Gesundheitswesen der Zukunft positionieren und ihre Funktion als wichtige Stütze des Gesamtablaufes der medizinischen Versorgung darstellen (…). (Gödecker-Geenen 2001: 38)

## 4.3 Rekonstruktion

Die Ergebnisdarstellung zum rekonstruktiven Anteil der Analyse widmet sich der Tiefenstruktur und macht Kohärenzen (Verbindungen) und Widersprüchlichkeiten (Oppositionen) sowie fundamentale Schemata des Diskurses in ihrer Organisation sichtbar. Aufgrund der engen Verbindung der Diskurselemente zur Funktion und zu den Tätigkeiten von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen werden diese Aspekte hier zusammengeführt. Zur Gliederung dienen drei Diskursräume: jener innerhalb der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, jener zwischen der Sozialen Arbeit und den anderen Professionen im Gesundheitswesen sowie jener zwischen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und dem Gesamtsystem.

### 4.3.1 Der Diskursraum innerhalb der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

Eine zentrale Verbindung innerhalb der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen stellt ihre Berufung auf die Funktion der *Förderung sozialer Integration* dar. Diese sieht sie im Diskurs einhellig als gesellschaftlich und/oder staatlich gegebenen Auftrag, den sie mit gesetzlichen Grundlagen (insbesondere in Deutschland mit den SGB) sowie professions- und gerechtigkeitstheoretisch begründet.
Ebenso verbindend erscheint die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen für die «*Expertise für das Soziale*», das sich durch das theoretisch fundierte Verständnis des Menschen-in-seiner-Umwelt oder -Situation kennzeichnet. Es wird festgehalten, dass dies für das Gesundheitswesen eine einmalige und ergänzende Perspektive darstellt, die ohne die Beteiligung der Sozialen Arbeit nicht angemessen bearbeitet werden kann (siehe gewissermassen die Fortsetzung dazu im Diskursraum zwischen der Sozialen Arbeit und den anderen Professionen im Gesundheitswesen, Abschnitt 4.3.2). Damit verbunden zeigt sich im Diskurs eine starke «Achse» entlang der Tätigkeiten Beratung und Unterstützung sowie Kooperation.

Zentrale Oppositionen im Diskurs beziehen sich einerseits auf konkrete soziale Praxis, die Soziale Arbeit in multiprofessionellen Settings erfährt.
*Der Umgang mit der Reduktion auf eine Hilfsfunktion*: Dazu wird einerseits eine Position sichtbar, gemäss welcher Sozialarbeitende die «Reduktion der Sozialen Arbeit auf eine Hilfsfunktion» im Krankenhaus als nicht angemessen empfinden und sich intensiv damit auseinandersetzen, wie dem begegnet werden kann. Auf der anderen Seite gibt der Diskurs Hinweise darauf, dass in der Praxis Sozialarbeitende sich nicht so sehr an diesem Umstand

stossen, sondern dies gar als Entlastung empfinden. Dieser Gruppe wird sodann ein Muster der Selbstentwertung zugeschrieben.

*Erfolgsstory Palliative Care?* Inwiefern Soziale Arbeit in der Palliative Care tatsächlich «angekommen» ist, bleibt unsicher. Zwar wird sehr positiv über kooperative Praxen in multiprofessionellen Teams berichtet und darüber, dass Soziale Arbeit aus diesem Bereich gar Impulse für die restliche Soziale Arbeit im Gesundheitswesen generieren könnte. Zugleich finden sich zeitnahe Schilderungen, dass Soziale Arbeit hier in besonderem Mass Grenzüberschreitungen von anderen Professionen in den eigenen Zuständigkeitsbereich erfährt (vgl. Wasner 2015: 11).

Andere Oppositionen im Diskurs beziehen sich direkt auf die *Konzeption von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen* und daraus folgende Implikationen.

Auch wenn die gesellschaftliche Funktion Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen (soziale Integration, Förderung sozialer Teilhabe) unbestritten bleibt, besteht doch Uneinigkeit über ihre konkrete Umsetzung. Eine Position unterscheidet zwei verschiedene Zuständigkeiten, je nachdem, ob Soziale Arbeit im Gesundheitswesen tätig ist:

– in traditioneller Weise, mit sozial benachteiligten Erkrankten;
– unabhängig von Krankheiten, quasi «losgelöst von fremden Vorgaben», insbesondere im präventiven Bereich und lebensweltorientiert.

Diese Unterscheidung steht in engem Begründungszusammenhang mit dem dominanten Leitparadigma der (Bio-)Medizin im Gesundheitswesen. Es wird postuliert, dass die erstgenannte Form der Sozialen Arbeit unter der Kontrolle der medizinischen Leitdisziplin und dem semantischen Einfluss der Psychologie stehe und damit in der Gefahr, selbst zu einer Medikalisierung des Sozialen beizutragen. Solche Einflüsse seien in der zweiten Form, insbesondere im Bereich der Präventiven Sozialen Arbeit, unbedingt auszuschliessen. Denn sie würden nicht nur die Machtverhältnisse zwischen Professionellen und Adressatinnen bzw. Adressaten verstärken, sondern auch lebensweltorientierte, partizipative Ansätze der Sozialen Arbeit herabsetzen. Mit Blick auf ihre Emanzipation könne es deshalb nur zwei Kategorien von Sozialarbeit im Gesundheitswesen geben.

Demgegenüber steht jene Position, die zwar nicht bestreitet, dass es eine Differenzierung innerhalb der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen gebe, jedoch dabei andere Akzente setzt. Ihre Unterscheidung betrifft nicht die Frage, ob mit oder ohne Krankheitsbezug, mit oder ohne Lebensweltorientierung, sondern die Spezialisierung bzw. Profilierung Sozialer Arbeit als klinische Fachsozialarbeit, welche *alle* Arbeitsfelder des Gesundheitswesens (und grundsätzlich auch das Sozialwesen) betrifft. Sie ist dann in besonderer Weise zu-

ständig für die Gruppe der sozial benachteiligten Menschen, die als «hard-to-reach» bezeichnet werden, und kann ihre Expertise in jedem Fall auch im präventiven Bereich der Sozialen Arbeit einbringen.
In der Semantik zeigt sich das Konfliktive des soeben beschriebenen Diskurselementes. Die Klinische Soziale Arbeit verfügt über charakteristische Begriffe, wie z.B. «Diagnose», «Behandlung», «klinisch», «therapeutisch», «Soziotherapie». Diese, und im Besonderen der Behandlungsbegriff, sind nun innerhalb der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen nicht unumstritten. Der Behandlungsbegriff wird teilweise gar mit einer «Verobjektivierung» des Gegenübers in Verbindung gebracht (vgl. Dörr 2005: 95).

Auch die Frage nach der *Etablierung einer Klinischen Fachsozialarbeit* nimmt in diesem Diskursraum eine bedeutende Stellung ein. Die Kontroverse wird von den Beteiligten selbst assoziiert mit dem Spannungsverhältnis zwischen Ganzheitsanspruch und Spezialisierung, «das die Berufsgeschichte durchzieht» (vgl. Geissler-Piltz et al. 2005: 79). Sie äussert sich beispielsweise auch an der Debatte dazu, ob es sinnvoll sei oder nicht, «klinisch orientierte Sozialarbeit im Heilberufsrecht zu verankern» (ebd.). Anders als die Position, welche eine Gefahr darin sieht, dass eine von der Medizin beeinflusste Soziale Arbeit die eigene Profession schwächen könnte (weil z.B. Begrifflichkeiten wie «sozioedukativ» die lebensweltorientierten, partizipativen Ansätze der Sozialen Arbeit herabsetzten), wird im «Lager» der Klinischen Sozialen Arbeit angenommen, dass gerade das «'Klinische' ein Gegengewicht zur Ökonomisierung und Pädagogisierung schaffen und damit die berufliche Sozialarbeit besser ausbalancieren» (Geissler-Piltz et al. 2005: 81) könnte.

Zwei *Länderspezifika* innerhalb der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen fallen im Diskurs nicht wegen des von ihnen beanspruchten Raums auf, sondern vielmehr aufgrund ihres eher vehementen, abgrenzenden Positionsbezugs. Das erste betrifft die *Frühförderung*: Diese findet in Deutschland in multiprofessionell aufgestellten Teams statt, in denen Soziale Arbeit integriert ist. Eine Veränderung dahin, dass nur eine Berufsgruppe diesen Bereich abdecken würde, wird klar abgelehnt. In der Schweiz obliegt Frühe Förderung dagegen ganz der den Heilpädagoginnen und Heilpädagogen. (vgl. Weiss et al. 2004: 127)
Das zweite betrifft die *Berufsethik* als Begründung für die Funktion und Tätigkeiten von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen: In der Schweiz lassen sich einige Begründungen aus dem Berufskodex ableiten (z.B. die Verpflichtung zur interprofessionellen Zusammenarbeit zum Wohl der Klientel, vgl. AvenirSocial 2010: Berufskodex Art. 16; Schröder/Schmid 2016: 15). Im Gegensatz dazu gibt es in Deutschland keinen allgemeinverbindlichen Ethikkodex, der von allen Fachpersonen der Sozialpädagogik und Sozialarbeit als verpflichtend betrachtet würde (vgl. Greuèl/Mennemann 2006: 115).

### 4.3.2 Der Diskursraum zwischen der Sozialen Arbeit und den anderen Professionen im Gesundheitswesen

Im Diskursraum zwischen der Sozialen Arbeit und den anderen Professionen im Gesundheitswesen konnten im Wesentlichen zentrale *Oppositionen* hinsichtlich der (auch sozial praktizierten) Zuschreibungen von Funktionen an Soziale Arbeit sowie der Interpretation von Interprofessionalität im Gesundheitswesen ausgemacht werden.
Die innere Verbindung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, sich auf ihre *Funktion zur Förderung sozialer Teilhabe bzw. Integration* zu berufen, kann im «externen» Diskurs so nicht aufgefunden werden. Wenn Soziale Arbeit in Schriften anderer Professionen erwähnt wird, bleiben die Begrifflichkeiten eher allgemein und das «Psychosoziale» etwas diffus. Funktionen auf institutioneller Ebene, welche Soziale Arbeit sich selbst zuschreibt, wie beispielsweise die Koordinations- und Schnittstellenfunktion, aber auch jene der Lotsin im Gesundheitssystem werden auch anderen Professionen zugeschrieben (z.B. Hausärztinnen/Hausärzte als Lotsinnen/Lotsen) oder von diesen selbst beansprucht (siehe unten).
In der konkreten *sozialen Praxis* – so berichtet ein grosser Teil des Datenmaterials der Sozialen Arbeit selbst – bleibt sie oft in einer Hilfsfunktion und nach dem Delegationsprinzip abhängig von der Zuweisung von Aufträgen durch andere Professionen, was sich auf die Qualität ihrer Arbeit auswirkt (z.B. durch zu Information an das Entlassmanagement). Und insbesondere werden Sozialer Arbeit in der sozialen Praxis häufig nicht die Zuständigkeiten zugeschrieben, die sie gemäss ihrem Selbstverständnis hätte.

Die *Reduktion von Sozialer Arbeit* im Gesundheitswesen auf organisatorisch-verwaltende Tätigkeiten wird von ihr selbst mehrheitlich als etwas betrachtet, das «ihre psychosozialen Kompetenzen» unterfordert und so «nicht dem Anspruch und den Möglichkeiten klinisch-sozialer Mitwirkung an der Behandlung» entspricht (vgl. Geissler-Piltz et al. 2005: 90). Sommerfeld et al. (2016: 15 und 375) bezeichnen das Phänomen als «funktionale Engführung» der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Es betrifft, so macht der Diskurs sichtbar, zum einen die konkreten Tätigkeiten, zum anderen aber auch die Zielsetzungen von Sozialer Arbeit. So kann beispielsweise festgestellt werden, dass sie primär für Versorgung, z.B. mit einer finanzierten nachstationären Anschlussmöglichkeit, zuständig gemacht wird. Doch «Versorgung gesichert» sei nur ein Teil der sozialarbeiterischen Zielsetzung; ihr gehe es vielmehr auch noch um Wohlbefinden, Teilhabe und Capabilities usw.
Auch die *unvollständige Umsetzung des Handlungskonzeptes Case Management* durch andere Professionen im Gesundheitswesen bringt Soziale Arbeit im schriftlichen Diskurs regelmässig zur Sprache. Diese verkürzten das Case Management auf eine Koordinierung der Patientenversorgung im Krankenhaus. Doch aus Sicht der Sozialen Arbeit umfasse es

viel mehr und diene insbesondere der Vernetzung mit den Ressourcen in der Umwelt des Patienten (i.S.v. Person-in-der-Situation/Person-in-ihrer-Umwelt). Damit es sein Potenzial voll entfalten könne, müssten Organisationen – unter Einbezug der Sozialdienste, die dabei mit erforderlichen Entscheidungsbefugnissen ausgestattet würden – neugestaltet werden. Auch aus professionstheoretischer Sicht der Sozialen Arbeit wäre dies ein erforderlicher Schritt. Denn wenn im Rahmen des Entlassmanagements derzeit im Case Management auf die Elemente Monitoring und Evaluation verzichtet wird, steht dies im Widerspruch zur Lebenswelt- und Sozialraumorientierung der Sozialen Arbeit. Dabei würde doch genau diese Orientierungen sie für Vernetzung und Monitoring auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus prädestinieren – Beiträge, die sie zur Realisierung einer Integrierten Versorgung auf Fallebene beisteuern könnte (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 190).

> Besonders wichtig dabei ist, dass Sozialarbeit die einzige Profession ist, die nicht nur an den Schnittstellen innerhalb des Gesundheitssystems sitzt, sondern auch zwischen Sozial- und Gesundheitswesen aktiv ist. (DVSG 2007: 35)

Regelmässig wird von Sozialer Arbeit der Umstand angesprochen, dass aus ihrer Sicht *das Soziale im Gesundheitswesen unterbelichtet* bleibt. Die «soziale Systemebene in der Behandlung und Versorgung von Patienten [wird] bisher weder systematisch in den Blick genommen, noch systematisch bearbeitet» werde (vgl. Geissler-Piltz et al. 2005: 68 und 98). Stattdessen vollziehe sich in der Praxis die Reduktion der Sozialen Arbeit auf eine Hilfsfunktion (zur funktionalen Engführung, siehe oben) und zugleich das Phänomen, dass «Berufsgruppen wie Psychologen, Pfleger oder Ärzte mit ungebrochener beruflicher Identität ihren Handlungsbereich auf Kompetenzfelder der Sozialarbeit ausdehnen» (vgl. ebd.: 19).

Zu dieser *Übernahme von Zuständigkeiten durch andere* ist im Diskurs an der Schnittstelle zur Pflege eine Art «Schmerzpunkt» zu finden. Es scheint, dass die Pflege sich selbst vermehrt für das Psychosoziale sowie für Aspekte wie Vernetzung, Begleitung und als «Lotsin»/«Patienten-Navigation» zuständig sieht und dies auch in Publikationen reklamiert. In der sozialen Praxis – berichtet durch Beiträge der Sozialen Arbeit – scheint sich dieser Aspekte teilweise so zu manifestieren, dass Grenzüberschreitungen in Zuständigkeitsbereiche der Sozialen Arbeit stattfinden, bis hin zum Postulat, Soziale Arbeit sollte sich auf die Wahrnehmung administrativ-organisatorischer Tätigkeiten beschränken und die psychosoziale Begleitung der Pflege überlassen. Zugleich wird von Kritik seitens beaufsichtigender Stellen berichtet, die anmahnt, dass der Sozialen Arbeit in gewissen Bereichen zu wenig Platz im Sinne der Multiprofessionalität eingeräumt werde (vgl. Kraus 2013: 9).

Eine Letztes betrifft die *Multi- und Interprofessionalität*: Im Diskurs ist sehr oft von multiprofessionellen Teams oder aber von Interprofessionalität im Gesundheitswesen die Rede. Hier zeigte sich ein interessantes Phänomen. Während Soziale Arbeit mehr davon spricht,

dass sie ihre Funktion(en) und Aufgabe(n) in multiprofessionellen Settings wahrnimmt, ist seitens der anderen Professionen (und auch des Gesamtsystems) im Diskurs fast ausschliesslich von Interprofessionalität und interprofessioneller Zusammenarbeit die Rede.[12]
Die Begründung von *Multi*professionalität fusst auf dem Grundsatz der Komplementarität von Professionen angesichts komplexer Problemlagen. Beispielsweise könne im psychoonkologischen Kontext von Beratung keine einzelne Profession all die heterogenen Bedarfe der Rat suchenden Menschen abdecken (vgl. Singer/Hornemann/Bruns/Petermann-Meyer 2016: 126). Ähnlich die Begründung auch im Postulat, die Frühförderung (in Deutschland) sei multiprofessionell zu gestalten und nicht von einer Profession allein.
Seitens der Sozialen Arbeit wird im Diskurs seltener die Interprofessionalität thematisiert. Wenn, dann aber im Sinne von gleichberechtigter Kooperation ein der Beteiligten, die eine funktionale Engführung der Sozialen Arbeit nicht zulässt (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 376).

> Am Ende sind es Akteure, die in einer sozialen Arena diese Aushandlungen vollziehen und dadurch das Arbeitsfeld gestalten. Aber ohne dass es eine Bezugnahme auf unterschiedliche professionelle Wissenssysteme gibt, ist es eben keine interprofessionelle Kooperation, die dabei entsteht, sondern es entstehen mehr oder weniger vorteilhafte Positionierungen von Einzelnen, unter Aufrechterhaltung der hierarchischen Struktur der Positionen der Professionen zueinander, also der funktionalen Engführung als Hilfsprofession für die Soziale Arbeit. (Sommerfeld et al. 2016: 15)

Demgegenüber fällt auf der Seite der Medizin (und des Staates) auf, dass unter dem Begriff interprofessionelle Zusammenarbeit jeweils primär von der Kooperation zwischen Medizin und Pflege sowie weiteren Gesundheitsberufen die Rede ist. Soziale Arbeit taucht in diesen Kontexten selten auf und wenn, dann kaum als gleichwertige Kooperationspartnerin – ausgenommen im Verständnis von Interprofessionalität im Bereich Palliative Care (Schweiz). Dies ist umso gewichtiger, weil (in der Schweiz) ein Bundesprogramm der «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» gewidmet ist, in dem dieses Verständnis ebenfalls besteht.

### 4.3.3 Der Diskursraum zwischen der Sozialen Arbeit und dem Gesamtsystem

Kernthemen seitens der Sozialen Arbeit im Diskursraum mit dem Gesamtsystem sind die ökonomische Durchdringung des Gesundheitswesens, insb. inszeniert am Thema DRG, und die Integrierte Versorgung. Das erste wird eher düster gezeichnet, das zweite etwas zuversichtlich und zukunftsgerichtet.

---

[12] Multiprofessionalität heisst, dass mehrere Professionen nebeneinander tätig sind, «noch ohne tatsächliche inhaltliche Zusammenarbeit oder Wechselwirkung»; Interprofessionalität schliesst demgegenüber den Willen und die Bereitschaft zur gleichberechtigten Kooperation ein, in der die Beteiligten bei Bedarf auch die Fähigkeit haben, eigene Interessen einem gemeinsamen Ziel unterzuordnen (vgl. Brandenburg 2012: 28).

Die *Ökonomisierung des Gesundheitswesens* wird von Sozial Arbeit als Risiko gesehen, das u.a. zum Abbau von Stellen in der Sozialen Arbeit führt, mit negativen Auswirkungen auf das qualitative Niveau ihrer Tätigkeit (vgl. z.B. Ansen et al. 2004: 26f.). Ausserdem trage sie zur Reduktion von Sozialer Arbeit auf Managementaufgaben bei bzw. dazu, dass andere Professionen Soziale Arbeit ersetzen. Auf diese Weise fördert sie das Problem, dass deren fundierte Beratung und die Betrachtung des Sozialen wegfällt (vgl. ebd. 127ff.). Mit den DRG endet die Zuständigkeit des Krankenhauses – und somit auch der involvierten Sozialen Arbeit – bei der Entlassung der Patientin/des Patienten. Dies widerspreche jedoch der Orientierung am Gesamtbehandlungsprozess, für den Soziale Arbeit sich stark macht (zum Widerspruch zur Lebenswelt- und Sozialraumorientierung, siehe die Ausführungen zur unvollständigen Umsetzung des Case Managements, Abschnitt 4.3.2).

Demgegenüber scheint die Integrierte Versorgung von der Sozialen Arbeit als Chance zur Gestaltung von Neuem erachtet zu werden. Zumindest finden sich Beschreibungen von und Berichte zu Modellprojekten, in denen Soziale Arbeit eine tragende Rolle (Funktion) einnimmt. Und es wird auf gesellschaftliche Bedarfe hingewiesen, für welche Soziale Arbeit sich zuständig erklären bzw. wo sie mitwirken könnte. Dazu gehört z.B. der Bedarf nach Beratung und Vermittlung von Patientinnen und Patienten, die mit der Komplexität der sich wandelnden Gesundheitssystems überfordert sind, und Mühe damit bekunden, die ihnen zugedachte aktive Rolle als Konsumierende oder Auftraggebende im Gesundheits-«Markt» wahrzunehmen (vgl. Greuèl et al. 2006: 45). In diesem Diskurs spiegelt Soziale Arbeit dem Gesamtsystem Zweifaches: zum einen, dass seine Entwicklung, die auf die Verbesserung struktureller Probleme an der Gesundheitsversorgung zielt, einerseits für die Soziale Arbeit Fortschritte beinhalten oder Anstoss zur Innovation sein kann; und andererseits eben auch, dass es damit Nebenwirkungen erzielt – insbesondere auf sozial benachteiligte Menschen, die mit der Komplexität des Gesamtsystems «Gesundheit» schwer zurechtkommen –, für die sich Soziale Arbeit zuständig sieht.

# 5 Diskussion

Dieses Kapitel schliesst die vorliegende Diskursanalyse nach Diaz-Bone (2005) ab, indem es den Rückbezug zur theoretischen und empirischen Einbettung sicherstellt. Zugleich dient es dazu, die Ergebnisse der Untersuchung zu kontextualisieren (vgl. Flick 2011: 73) sowie die Fragestellung bzw. Unterfragestellungen zu beantworten.

Unter den Ergebnissen zur Funktion der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen wird die soziale Integration sehr oft und in hoher Übereinstimmung genannt, und dies gepaart mit – oder begründet durch – soziale Teilhabe und soziale Gerechtigkeit. Ähnliches gilt für die Tätigkeiten: sie richten sich in unterstützender, befähigender und ermächtigender Weise an Menschen, die Soziale Arbeit in ihrer (sozialen) Umwelt wahrnimmt. Die Begründung ihres Handelns liegt für Soziale Arbeit in einem ganzheitlichen Menschenbild und in der Überzeugung, für das «Soziale» im Sinne der beiden Ebenen, Individuum *und* Sozialstruktur, zuständig zu sein. Dabei verfolgt sie einhellig das Ziel, soziale Ungleichheiten, die zu gesundheitlichen Problemen führen können, zu lindern. In ihrer zentralen Funktionsausübung, soziale Integration zu verbessern, bearbeitet Soziale Arbeit im Gesundheitswesen nicht zuletzt die Achse der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit.
Gemäss den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung weist Soziale Arbeit im Gesundheitswesen eine innere Stabilität auf, auch wenn die Herausforderungen darin und/oder in einzelnen Arbeitsfeldern durchaus herausfordern. Ob dies für einzelne Sozialarbeitende in der sozialen Praxis im Gesundheitswesen auch so erfahrbar ist, bleibt weitgehend offen. Der Umstand, dass Soziale Arbeit im Gesundheitswesen einen Ansatz der gemeinsamen Ausrichtung und Begründung (im Sinne zentraler Werte) aufweisen kann, ist mit Schrödter (2007: 8f.) jedoch als Voraussetzung für die Bestimmung und Wahrnehmung ihrer Funktion als Profession zu sehen. Sommerfeld (2004: 5) hält dazu fest, dass Soziale Arbeit «den zentralen Grundwert, dem sie ihre Existenz verdankt, verkörpern und verteidigen muss», um eine erfolgreiche Zukunft als Profession zu haben. Ihre Grundwerte müssen sich zudem in ihren Verfahren, Projekten, Programmen und auch in ihren politischen Aussagen widerspiegeln (vgl. ebd.).
Dass andere Professionen ebenfalls für sich auch beanspruchen, für die Förderung sozialer Teilhabe zuständig zu sein, ist mit Schrödter (2007: 7) «normal». Gelingt es Sozialer Arbeit weiterhin – und vermehrt auch in Arbeitsfeldern, in denen dies bisher nicht gut gelang – zielgerichtete «Koalitionen» mit anderen Professionen im Gesundheitswesen zur Wahrnehmung dieser Funktion und zur Verfolgung der daraus abzuleitenden Ziele zu schliessen, ist dies auch im Sinne der von Ungleichheit und Benachteiligung betroffenen Menschen nur

positiv zu werten. Eine Voraussetzung hierzu ist allerdings, die Verständigung über die «Füllung» gemeinsam verwendeter Begrifflichkeiten sicherzustellen.
Hier zeigt die vorliegende Untersuchung Handlungsbedarf für Soziale Arbeit auf. Die Beobachtung, dass Case Management von anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen übernommen und quasi «entleert» angewendet wird, könnte darauf hinweisen, dass es ihr im Gesundheitswesen noch zu wenig gelungen ist, ihr Verständnis des Sozialen bei den anderen Professionen «an die Frau, an den Mann zu bringen». Wichtiger Bedingungsfaktor für diese Verständigung ist unter anderem, dass sie ihre eigene Konzeption des Sozialen als (Sozial-)Verhalten und (Sozial-)Verhältnisse für «Fachfremde» gut vermitteln kann – und dazu braucht es Kompetenzen im Sinne der Fähigkeiten, aber auch im Sinne der Befugnis, z.B. durch die Organisation. Da das biomedizinische Modell und die darauf gestützten Konzepte von Gesundheit und Krankheit nach wie vor etablierte soziale Konstruktionen sind (vgl. Dörr 2005: 20), steht Soziale Arbeit mit dem Anliegen nach Veränderung im Sinne einer besseren Umsetzung des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit (fast) alleine da. Doch gibt mittlerweile auch in der Medizin Stimmen, die von einem «Genug» des Biomedizinischen sprechen (vgl. z.B. Bircher/Hahn 2016). Mit diesen zusammenzuwirken und ihre Modelle zu rezipieren, um gegenüber medizinischen Berufen zu argumentieren, könnte ebenfalls zu einem wichtigen Erfolgsfaktor werden.

Soziale Arbeit erlebt, so zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, im Gesundheitswesen an bestimmten Stellen wiederholt eine funktionale Engführung. Ebenfalls anzutreffen sind Facetten von Konflikten. Ob es sich dabei um interprofessionelle Konflikte im klassischen Sinn handelt, erschien vorerst fraglich. Die gesellschaftsbezogene Funktion Sozialer Arbeit wird ja von anderen Professionen nicht explizit in Frage gestellt. Vielmehr sind es institutionelle und klientenbezogene Funktionen sowie personen- und sachbezogene Tätigkeiten, zu denen Uneinigkeit und/oder Konkurrenz herrscht. Dafür, dass es sich doch um klassische interprofessionelle Konflikte handelt spricht: a. dass die anderen Professionen sich ebenfalls auf die Bearbeitung des (Psycho-)Sozialen berufen, jedoch nicht im Sinne und Verständnis von Sozialer Arbeit auf denen Ebenen Individuum *und* Sozialstrukturen; und b. dass sie – wie im Diskurs mehrfach zum Ausdruck kommt – nicht mit den spezifischen Zuständigkeiten und Kompetenzen der Sozialen Arbeit vertraut. In diesem Sinn ist der Begriff der professionellen Grenzüberschreitung tatsächlich gerechtfertigt und das Vorliegen eines Ringens um «jurisdictional claims» auch im untersuchten Datenmaterial erhärtet.
Welches Verständnis von Profession und Professionalisierung in der Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen selbst vorherrscht, dürfte entscheidend sein für ihr Selbstbild und dafür,

wie sie sich künftig «präsentiert». Drängt sie vor allem das Bemühen um bessere Anerkennung im Sinne der klassischen Ratifizierung eines «jurisdictional claim»? Oder eröffnen ihr andere Ansätze die Wege zu einem neuen (Selbst-)Verständnis als *Profession*? Nach Motzke (2014: 248) weist Soziale Arbeit eigentlich «seit jeher die Merkmale der (…) Wissens- oder Expertenberufe» auf: eine ausgeprägte Multiperspektivität und die «normalisierte» Fähigkeit, mit Komplexität umzugehen, sowie die unausweichliche – ihre Autonomie beschränkende – Tatsache, von wohlfahrtsstaatlichen und organisationalen Logiken[13] mit konstituiert zu sein. Nach professionssoziologischen Einschätzungen sind denn auch nicht die oft vor Augen stehenden «klassischen Professionen» der «Normalfall professionellen Handelns», sondern die «'neuen Professionen', deren Angehörige ihre Tätigkeiten im Rahmen von Organisationen ausüben» (vgl. Nagel 1997, zit. in Motzke 2014: 248; siehe dazu auch die Ausführungen zu Stichwehs «vermittelnden Professionen» in Anhang III). Diese neuen Professionen nutzen die organisationale Einbettung zur «Steuerung ihrer komplexen Arbeitsabläufe», stehen aber auch viel stärker als klassische Professionen in der Gefahr, zu stark unter deren Kontrolle zu geraten (vgl. Motzke 2014: 248).
Dies trifft sich gut mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung. Zugleich scheint, dass der soeben dargelegte theoretische Bezug die Frage aufwirft, wo Soziale Arbeit im Gesundheitswesen allenfalls «irrtümlich» andere Professionen für ihre eigene Lage im Gesundheitswesen verantwortlich macht, oder ob sie erkennt, wenn die von ihr erlebte soziale (Reduktions-)Praxis den Logiken von Organisationen geschuldet ist.

Für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen kann nebst allen strukturellen Faktoren sicherlich erschwerend sein, dass sie selbst über ein komplex zusammengesetztes Theoriegebäude verfügt, das sich nicht so einfach in *einer* Theorie ausdrücken lässt. Auch kann sie in einem stark von der Evidenz-Basierung geprägten Umfeld nicht gleichermassen wie die anderen Professionen mit Ergebnissen aus randomisierten Studien «auftrumpfen», sondern befindet sich erst noch auf dem Weg zu einer Wirkungsforschung (vgl. Süsstrunk et al. 2016). Ihr unmissverständlich salutogenetisches Verständnis und der Bezug auf den Menschen in seiner Umwelt stellen aber zugleich wesentliche (Alleinstellungs-)Merkmale dar, die Soziale Arbeit in diesem Berufsfeld erlauben und ermöglichen sollten, ihre Funktion im Gesundheitswesen noch unbestrittener wahrzunehmen. Die Herausforderung wird sicherlich darin bestehen, diese Grundlagen und Sachverhalte *einerseits* nicht aus der Hand zu lassen (indem sie es sich in der Ecke der administrativ-steuernden Funktionen und Tätigkeiten zu

[13] Für den Einfluss der wohlfahrtsstaatlichen Logiken sei hier exemplarisch auf die Bedeutung der verschiedenen SGB für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen in Deutschland verwiesen, die wahrscheinlich auch den Funktionsbegriff «soziale Teilhabe» mitprägen, der in der Schweiz wesentlich seltener vorkommt. Der Einfluss der organisationalen Logiken wird auch durch die vorliegenden Untersuchungsergebnisse breit illustriert.

bequem einrichtet) und sie *andererseits* ihren «Nachbarinnen und Nachbarn» Medizin, Pflege, Psychologie usw. in konstruktiver Weise verständlich zu machen (und dabei eine hohe Ausdauerfähigkeit und Frustrationstoleranz zu beweisen).

Dies führt zur zwischenzeitlich abschliessenden Beantwortung der Fragestellung, welche Funktion und welches Tätigkeitsprofil Soziale Arbeit im Gesundheitswesen innehat und wie diese begründet werden. Diese Beantwortung findet entlang der Unterfragestellungen zur vorliegenden Untersuchung statt, welche auch nach dem Beitrag der Sozialen Arbeit an die Gesundheitsversorgung sowie nach Anknüpfungspunkten in Bezug auf die Gestaltung der Zusammenarbeit mit anderen Professionen im Gesundheitswesen fragen.

### *Funktionen der Sozialen Arbeit im Berufsfeld Gesundheitswesen*

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen die «Kernfunktion» von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen, soziale Integration und soziale Teilhabe zu fördern. Diese Funktion wird insbesondere als gesellschaftlicher Auftrag an die Soziale Arbeit begründet und auch verstanden als die Zuständigkeit für die Verminderung von sozialer Ungleichheit. Die gesellschaftliche Funktion von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen wird auch noch bezeichnet als Zuständigkeit, die Autonomie der alltäglichen Lebensführung zu fördern, als «Krisen- und Verlustarbeit» und als Bearbeitung/Behandlung von sozialen Problemen. Das Verständnis des Menschen-in-seiner-Umwelt ist dabei fundamental.
Weitere Funktionen, die Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen zugeschrieben werden, beziehen sich auf die institutionelle oder individuelle Ebene (siehe Abschnitt 4.1.2 und 4.1.3). Zu ihnen kann zusammenfassend gesagt werden, dass sie als Operationalisierungen der genannten gesellschaftlichen Funktion gelesen werden können und damit Licht auf deren Umsetzung im Berufsfeld Gesundheitswesen werfen. Die institutionellen Funktionen sind – wenig überraschend – stark vom organisationalen Kontext geprägt. Auch bei ihnen zieht sich gewissermassen als roter Faden das Thema Integration durch (Integration von Perspektiven, Akteurinnen/Akteuren, Prozessen, Systemen) und wird ergänzt um das Thema der Ergänzung (als komplementäre, mitbehandelnde Profession). Die klientenbezogenen Funktionen illustrieren die Multifunktionalität von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen und erscheinen von den im Kontext vorherrschenden Handlungskonzepten und Methodiken sowie von einem salutogenetischen Gesundheits-/Krankheitsverständnis mit-konstituiert.

### *Tätigkeiten der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen («Tätigkeitsprofil»)*

Für das Tätigkeitsprofil von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen konstitutiv sind ihre Tätigkeitsfelder, Tätigkeitsgruppen und Tätigkeitsformen. In der vorliegenden Untersuchung

konnten die Ebenen der Tätigkeitsgruppen und -formen geklärt werden. Da die Tätigkeitsfelder nicht schlüssig identifiziert werden konnten, wird stattdessen auf die Arbeitsfelder verwiesen, die Franzkowiak et al. (2011: 132) im Anschluss an die UTB-Reihe (siehe Abschnitt 2.2.3) – unter der Bezeichnung «Handlungsfelder» – definiert hat.

Die Tätigkeitsformen, die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen gemäss den aufgefundenen Zuschreibungen zu «erfüllen» hat, lassen sich in drei Gruppen einordnen: personen- und sachbezogene sowie übergeordnete Tätigkeiten. Die *personenbezogenen* Tätigkeiten sind beratend-unterstützend-behandelnder Natur und beruhen auf dem Verständnis, dass die Bewältigung von Krankheit(sfolgen) und/oder deren Vorbeugung nicht in jedem Fall von der einzelnen Person und ihrem Umfeld alleine, ohne professionelle Hilfe geleistet werden können. Ausserdem stützen sie auf die Realität von sozialen Ungleichheiten, die problematisch werden, weil sie sich in dem Mass auf Gesundheit auswirken, dass die autonome Lebensführung von Menschen tangiert wird. In dieser Tätigkeitsgruppe bestehen z.T. starke Diskrepanzen zwischen den Zuschreibungen Sozialer Arbeit selbst und denen von anderen Professionen. Dies kann als Ausdruck einer bisher ungenügend verstandenen sozialen Dimension im Gesundheitswesen betrachtet werden.

Die *sachbezogenen* Tätigkeiten sind administrativ-organisatorischer Art, stehen in direkter Verbindung mit den personenbezogenen und sind in diesem Sinn dort mitbegründet. Sie werden teilweise auf der Meso-Ebene ausgeführt, jedoch auch da – aus Sicht der Sozialen Arbeit – mit Blick auf Zielsetzungen der individuellen Ebene, die z.B. heissen: Förderung von Wohlbefinden, sozialer Teilhabe, Capabilites usw. Vermittelnde, koordinierende Tätigkeitsformen können überindividuell ausgeübt werden, dienen aber letztlich immer dem Ziel, zur sozialen Integration beizutragen, und verstehen den Menschen im Mittelpunkt dieser Tätigkeiten. *Übergeordnete* Tätigkeiten stellen den Bezug zum Gesamtsystem her und dienen der Weiterentwicklung der eigenen Praxis.

### *Der Beitrag von Sozialer Arbeit an die Versorgung im Gesundheitswesen*

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen bringt «die soziale Systemebene in der Behandlung und Versorgung von Patienten» in den Blick (vgl. Geissler-Piltz et al. 2005: 68 und 98). Sie übernimmt administrative und organisatorische Aufgaben und ist zugleich fähig, das Psychosoziale in einer Art und Weise zu bearbeiten, wie keine andere Profession. Über die Arbeit an individuellen Situationen (auch: an Gruppen) hinaus bringt Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ihre sozialprofessionelle Kompetenz in Aktivitäten der Koordination, Netzwerkgestaltung, Konzeptentwicklung, Innovation usw. ein.

Ihre Besonderheit ist, zugleich 1. auf mehrere Ebenen bezogen, 2. mehrere Perspektiven integrierend und 3. sich auf Wissen aus unterschiedlichen Disziplinen beziehend 4. in verschiedenartigen Funktionen tätig zu sein (= Mehrniveaunalität, Multiperspektivität, Multirefenzialität, Multifunktionalität; vgl. z.B. Student et al. 2016: 43).
Die Möglichkeit von Sozialer Arbeit, einen Beitrag im Gesundheitswesen zu leisten, liegen zudem in der Vernetzung an der Schnittstelle zum Sozialwesen hin, weil sie als einzige Profession in beiden Systemen tätig ist (vgl. Weiss et al. 2004; Michel/Friedli/Riedel 2016: 23). Auf diese Weise unterstützen die Idee einer Integrierten Versorgung über Grenzen des Gesundheitswesens hinaus. Dabei ergänzen sie vorherrschende Ausrichtungen (wie die biomedizinische und ökonomische) um die Lebenswelt- und Sozialraumorientierung. Basierend auf dem für sie zentralen Wert der sozialen Gerechtigkeit kann sie ausserdem einen ethisch-reflexiven Beitrag (z.B. zur Frage der Allokation; vgl. Kern 2017: 191) leisten.

### *Impulse für die Gestaltung professionsübergreifender Arbeit*

Durch die Vielfalt ihrer Arbeitsfelder verfügt Soziale Arbeit im Gesundheitswesen über einen Reichtum an unterschiedlichen Erfahrungen bezüglich der Gestaltung ihrer Zusammenarbeit mit anderen Professionen. Die Untersuchung legt nahe, dass sie aus den Feldern, in denen die professionsübergreifende Arbeit gelingt, Beispiele guter Praxis in andere Felder transferiert. Dies kann ganze Arbeitsfelder betreffen, oder aufgrund deren hohen und sehr heterogenen inneren Ausdifferenzierung «nur» einzelne Teilbereiche (Tätigkeitsfelder). Auf diese Weise kann sie ihre eigenen Ressourcen sowie Synergien nutzen.
Allgemein scheint es wichtig, dass Soziale Arbeit einen Fokus darauflegt, sich nicht nur aufgrund von Leistungen im «interprofessional competition» ausweisen zu wollen, sondern ihre professionellen Grundlagen, wie z.B. das Verständnis vom «Menschen-in-seiner-Umgebung» bzw. die Bearbeitung des «Sozialen» als Arbeit auf den Ebenen Individuum *und* Sozialstruktur, auch gegenüber anderen Professionen ausweist. Dabei könnte sie auf ihre Kompetenz als «brokerin» (vermittelnde Funktion; siehe Abschnitt 4.1.3).

Für unterschiedliche Arbeitsfelder könnten Modelle der Kooperation entwickelt werden. Im Arbeitsfeld Krankenhaus, wo im Kontext des Entlassmanagements die funktionale Engführung von Sozialer Arbeit ein grosses Problem darstellt, wären Handlungsspielräume hinsichtlich des Screenings und der sozialen Diagnostik zu suchen. Literatur aus dem Kontext der Onkologie weist daraufhin, dass mit *gestuften* Modellen der Versorgung oft mehr Klarheit über die Zuständigkeiten der unterschiedlichen Professionen geschaffen werden kann. Im Zusammenhang mit dieser Stufung wäre auch zur prüfen, inwiefern eine generalistische gesundheitsbezogene Soziale Arbeit von einer behandelnden Klinischen Sozialen Arbeit unterschieden und im Gesundheitswesen konsequent umgesetzt werden sollten.

# 6 Reflexion und Ausblick

Im vorliegenden Kapitel werden Erkenntnisse aus dem Forschungsvorhaben zusammenfassend miteinander in Bezug gesetzt und reflektiert. Der Ausblick bezeichnet mögliche weitere Forschung oder künftige Entwicklungsvorhaben, die auf die gewonnenen Erkenntnisse aufbauen.

Die vorliegende Untersuchung spannt einen Bogen über die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen auf, um deren Funktion und Tätigkeitsprofil deskriptiv-verstehend zu erforschen. Ihre Ergebnisse bestätigen bekannte Erkenntnisse zur sozialen Integrationsfunktion von Sozialer Arbeit und können diese teilweise auf das Berufsfeld Gesundheitswesen hin vertiefen. Die Arbeit bietet insbesondere eine Übersicht über die Operationalisierung dieser gesellschaftlichen Funktion auf den institutionellen und klientenbezogenen Ebenen. Sie fördert zudem Erkenntnisse über zentrale Oppositionen und Schemata zutage, die zum Verstehen der sozialen Praxis in diesem Feld beitragen. Dabei liegen die Schwerpunkte der gewonnen Erkenntnisse deutlich weniger bei der präventiven, sondern vielmehr bei der beratenden/ unterstützenden und behandelnden Sozialen Arbeit. Inwiefern dies Ausdruck des gesamten Diskurses über die Funktion und das Tätigkeitsprofil Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen ist, oder aber der Korpusbildung geschuldet, kann im Rahmen dieser Einzelarbeit nicht abschliessend beurteilt werden. Immerhin bleiben die Vermutung und der Gesamteindruck, dass Soziale Arbeit im stationären Bereich des Gesundheitswesens nicht nur zahlenmässig stärker vertreten ist, sondern sich auch hinsichtlich praktisch-sozialer Probleme, denen sie unterworfen ist, stärker mit dem vorliegenden Thema auseinandersetzt – ergo: am Diskurs einen entsprechend grösseren Anteil hat.
Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse erheben selbstredend keinen Anspruch auf Repräsentativität. Das gewählte qualitative Verfahren zielte vielmehr darauf ab, Facetten sichtbar zu machen, die ohne diese Analyse unter der Oberfläche verborgen blieben. Als Verfahren, das im Bereich der heuristisch-hermeneutischen Methoden einzuordnen ist, kann die Diskursanalyse nach Diaz-Bone (2005) auch nicht mehr leisten. Trotzdem konnte durch sie ein Beitrag zum Verständnis von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen generiert werden. Das Neuartige an der vorliegenden Forschung ist, dass sie dieses Verfahren anwandte und an einen in dieser Form noch nicht untersuchten Gegenstand legte. Im Rahmen des Rückbezugs und der Beantwortung der Fragstellungen war es zudem möglich, einige Gedanken zu formulieren, die zur Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen beitragen könnten.

Da die vorliegende Untersuchung den professionseigenen Diskurs im Datenkorpus überrepräsentiert, konnte der Anteil Interdiskursanalyse als besonderes Potenzial des gewählten Verfahrens nur ansatzweise ausgeschöpft werden. So konnten die Analysen an Diskursen der anderen Professionen auch nicht so durchgeführt werden, dass ein abschliessendes Urteil darüber möglich ist, inwiefern eine weitere Ergänzung des Datenkorpus das bisher entstandene Bild relativieren oder erhärten würden. Dies ist zugleich Ansatz für mögliche weitere Forschung: um die Diskurse anderer Professionen im Gesundheitswesen stärker einzubeziehen, könnte – im Idealfall interdisziplinär – weiter zum vorliegenden Gegenstand geforscht werden.
Ein eigenständiger weiterer Forschungszweig innerhalb der Sozialen Arbeit könnte zudem sein, das Verhältnis von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen, Klinischer Sozialarbeit und Gesundheitsarbeit im Sozialwesen zu untersuchen. Die vorliegende Arbeit konnte zudem den Diskurs über die Etablierung einer Fachsozialarbeit und die Frage nach einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit, die das Gesundheits- und das Sozialwesen umspannen würde, nicht vertiefen. Genauso, wie diesen bedeutsamen Aspekt zum Thema künftiger Forschung zu machen, wäre es sinnvoll, die bestehende Forschung zur Funktion und zum Tätigkeitsprofil der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen um weitere zu ergänzen, die die Sichtweise von Betroffenen, Angehörigen und Ehrenamtlichen einbeziehen.
Aufgrund der geringen Trennschärfe der Begriffe, wäre zudem an eine künftige Forschung zu denken, die sich vertieft mit der *Rolle* und Rollengestaltung von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen und in dessen unterschiedlichen Arbeitsfeldern zu befassen. Eine weitere, praktische Fragestellung könnte zudem sein, inwiefern es gelingen könnte, das unter den aktuellen Bedingungen im Gesundheitswesen «entleerte» Case Management wieder mit dem «Sozialen» zu füllen, um es gewissermassen als «Case Management Reloaded» neu unter der primären Zuständigkeit von Sozialer Arbeit zu etablieren.

Inwiefern die hier vorliegenden Ergebnisse in einem sich rasant wandelnden Gesundheitswesen die Zeit zu überdauern vermögen, wird zu einem späteren Zeitpunkt zu beurteilen sein. Es ist jedoch anzunehmen, dass gerade durch die Prozesse der Digitalisierung die Fragestellungen zur (Schnittstellen-)Funktion von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen sich bald auch zu Fragen betreffend der Sozialen Arbeit über das Gesundheitswesen hinaus wandeln könnten.

# 7 Quellenverzeichnis

Abbott, Andrew (1988). The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor. Chicago/London: The University of Chicago Press.

Adler, Rolf H. (2017). Paradigmawechsel von einer Biomedizin zu einer biopsychosozialen Medizin. Brief zu: Fouradoulas M. Keine Alternative. Schweiz Ärztezeitung. 2017; 98 (40) 1329. In: Schweizerische Ärztezeitung. 98 (44). S. 1455.

Allolio-Näcke, Lars (2010). Diskursanalyse – Bestandsaufnahme und interessierte Anfragen aus einer dichten Foucault-Lektüre [69 Absätze]. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research. 11 (3), Art. 26. URL: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1003261 [Zugriffsdatum: 15. Januar 2017].

Ansen, Harald (2001). Tätigkeitsprofil der Sozialarbeit im Krankenhaus. In: Reinicke, Peter (Hrsg.). Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 63–69.

Ansen, Harald/Gödecker-Geenen, Norbert/Nau, Hans (2004). Soziale Arbeit im Krankenhaus. Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 5. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Antonovsky, Aaron (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit (dt. erweiterte Ausgabe von Alexa Franke). Tübingen: Dgvt-Verlag.

AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: AvenirSocial – Professionelle Soziale Arbeit Schweiz.

AvenirSocial (2015). Die globale IFSW/IASSW-Definition der Sozialen Arbeit von 2014 in der deutschen Übersetzung. URL: http://www.avenirsocial.ch/de/cm_data/Erlaeuterungen_zur_Uebersetzung.pdf [Zugriffsdatum: 17. April 2017].

Becker-Lenz, Roland (2017). Akademisierung, Professionalisierung und Entwicklung der beruflichen Identitäten in der Sozialen Arbeit. In: Sander, Tobias/Dangendorf, Sarah (Hrsg.). Akademisierung der Pflege. Berufliche Identitäten und Professionalisierungspotentiale im Vergleich der Sozial- und Gesundheitsberufe. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 124–143.

Beckett, Chris/Horner, Nigel (2016). Essential Theory for Social Work Practice. Second Edition. London: SAGE Publications Ltd. E-Book: ISBN 978-1-4462-8573-2.

Belliger, Andréa (2016a). Der digitale Gesundheitsbaum. Erschienen am 08. April 2016. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung. Verlagsspezial «Zukunft der digitalen Medizin». URL: https://www.dgim.de/fileadmin/user_upload/PDF/Publikationen/FAZ_Spezial__Zukunft_der_digitalen_Medizin/2016-4_FAZ_Spezial_Zukunft_der_digitalen_Medizin.pdf [Zugriffsdatum: 30. Oktober 2017].

Belliger, Andréa (2016b). Digitale Gesundheit. Apps, Wearables und die digitale Transformation im Gesundheitswesen. In: Riport. Nr. 82. S. 10–11. URL: https://www.risch.ch/wp-content/uploads/2017/10/LMZ-Riport-82-web.pdf [Zugriffsdatum: 30. Oktober 2017].

Belliger, Andréa (2016c). Gesundheit 2.0. In: P & G – Prävention & Gesundheitsförderung im Kanton Zürich. Nr. 39, Juli 2016. S. 5–6. URL: http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user_upload/publikationen/P_G/PG_39_web.pdf [Zugriffsdatum: 30. Oktober 2017].

Belliger, Andréa (2017). Kommunikation – Transparenz – Partizipation. Digitale Transformation im Gesundheitswesen. Impulsreferat zum eHealth-Seminar bei der Krebsliga Schweiz in Bern vom 12. Januar 2017. Unveröffentlichte Dokumentation.

Betscher-Ott, Sylvia/Gotthardt, Wilfried/Hobmair, Hermann/Ott, Wilhelm/Pöll, Rosemarie (2014). Soziologie. 3. Auflage. Herausgeber: Hermann Hobmair. Köln: Bildungsverlag EINS GmbH.

Bibliographisches Institut GmbH (2017a). Duden. Wörterbuch. Funktion. URL: https://www.duden.de/rechtschreibung/Funktion [Zugriffsdatum: 13. November 2017].

Bibliographisches Institut GmbH (2017b). Duden. Wörterbuch. Tätigkeit. URL: http://www.duden.de/rechtschreibung/Taetigkeit [Zugriffsdatum: 24. April 2017].

Bibliographisches Institut GmbH (2017c). Duden. Wörterbuch. Tätigkeitsprofil. URL: http://www.duden.de/rechtschreibung/Taetigkeitsprofil [Zugriffsdatum: 24. April 2017].

Bircher, Johannes/Hahn, Eckhart G. (2016). Understanding the nature of health: New perspectives for medicine and public health. Improved wellbeing at lower cost [version 1; referees: 2 approved]. In: F1000Research 2016, 5: 167. DOI: 10.12688/f1000research.7849.1.

Birgmeier, Bernd/Mührel, Eric (Hrsg.) (2013). Handlung in Theorie und Wissenschaft Sozialer Arbeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 197–236. DOI: 10.1007/978-3-531-19285-7.

Borgetto, Bernhard/Kälble, Karl (2007). Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Brandenburg, Hermann (2012). Multi- und interdisziplinäre Perspektiven. In: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens/Ziegelmann, Jochen Philipp (Hrsg.). Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S. 28–33.

Braun, Karl-Heinz (2014). Der aneignungstheoretische Blick auf die systemisch vermittelten Sozialräume. Theoriesystematische Anregungen der Kritischen Psychologie für die Sozialraumforschung und Sozialraumarbeit. In: Deinet, Ulrich/Reutlinger, Christian

(Hrsg.). Tätigkeit – Aneignung – Bildung. Positionierungen zwischen Virtualität und Gegenständlichkeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 33–65. DOI 10.1007/978-3-658-02120-7.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.). (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Gesundheit2020. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG). URL: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/gesundheit2020/g2020/bericht-gesundheit2020.pdf.download.pdf/bericht-gesundheit2020.pdf [Zugriffsdatum: 11. Oktober 2017].

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.) (2016). Das interprofessionelle Team in der Palliative Care. Die Grundlage einer bedürfnisorientierten Betreuung und Behandlung am Lebensende. Bezugsquelle: BBL, Vertrieb für Bundespublikationen, Bern.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2017). Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017–2020. URL: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/foerderprogramme/broschuere-FP-interprofessionalitaet.pdf.download.pdf/broschuere-FP-interprofessionalitaet.pdf [Zugriffsdatum: 11. Oktober 2017].

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (o.J.). Palliative Care. Von der Strategie zur Plattform Palliative Care. URL: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html [Zugriffsdatum: 12. Oktober 2017].

Bundesamt für Gesundheit (BAG)/Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2010). Nationale Leitlinien Palliative Care. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG)/Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). URL: https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/H_%20Downloads/Nationale_Leitlinien_PC_de.pdf [Zugriffsdatum: 19. März 2017].

Bundesamt für Gesundheit (BAG)/Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012). Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015. Bilanz «Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012» und Handlungsbedarf 2013–2015. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG)/Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). URL: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/nationale-strategie.pdf.download.pdf/07_D_Nationale_Strategie_Palliative_Care_2013-2015.pdf [Zugriffsdatum: 12. Oktober 2017].

Bundesamt für Gesundheit (BAG)/Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (Hrsg.) (2016). Nationale Strategie Prävention

nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG). URL: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/ncd-strategie/ncd-strategie.pdf.download.pdf/ncd-strategie.pdf [Zugriffsdatum: 11. Oktober 2017].

Bundesamt für Gesundheit (BAG)/Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)/Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (Hrsg.) (2016). Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG). URL: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/ncd-strategie/ncd-massnahmenplan.pdf.download.pdf/ncd-massnahmenplan.pdf [Zugriffsdatum: 25. November 2016 und 11. Oktober 2017].

Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (o.J.). Invalidenversicherung IV. URL: https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv.html [Zugriffsdatum: 12. Oktober 2017].

Bundesamt für Statistik (BFS) (Hrsg.) (2017a). Erwerbstätige nach Wirtschaftsabschnitt und Nationalität. URL: https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erwerbstaetigkeit-arbeitszeit/erwerbstaetige/beruf-berufliche-stellung.assetdetail.2646538.html [Zugriffsdatum: 15. Oktober 2017].

Bundesamt für Statistik (BFS) (Hrsg.) (2017b). Gesundheitsausgaben in OECD-Ländern, 2015$^{p}$. Verhältnis der Gesundheitsausgaben zum Bruttoinlandprodukt. URL: https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung.assetdetail.2381162.html [Zugriffsdatum: 15. Oktober 2017].

Bundesamt für Statistik (BFS) (Hrsg.) (2017c). Krankenhausstatistik: Definitive Standardtabellen 2015. URL: https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/spitaeler.assetdetail.2202642.html [Zugriffsdatum: 15. Oktober 2017].

Bundesamt für Statistik (BFS) (o.J.). Tabellen. URL: https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.html?dyn_prodima=900210&dyn_pageIndex=0 [Zugriffsdatum: 15. Oktober 2017].

Bundesministerium für Gesundheit (29. Februar 2016). Präventionsgesetz. URL: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/praeventionsgesetz.html [Zugriffsdatum: 17. April 2017].

cash (24.04.2017). Integrierte Gesundheitsversorgung in der Schweiz auf dem Vormarsch. URL: https://www.cash.ch/news/politik/integrierte-gesundheitsversorgung-der-schweiz-auf-dem-vormarsch-1062338 [Zugriffsdatum: 01. Mai 2017].

Clark, David/Centeno, Carlos (2006). Palliative care in Europe: an emerging approach to comparative analysis. In: Clinical Medicine. 6 (2). S. 197–201.

Clark, David/Graham, Fiona/Centeno, Carlos (2015). Changes in the world of palliative care. In: Medinice. 43 (12). S. 696–698.

Clarke, Adele E. (2011). Von der Grounded-Theory-Methodologie zur Situationsanalyse. In: Mey, Günter/Mruck, Katja (Hrsg.). Grounded Theory Reader. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 207–229. E-Book: ISBN 978-3-531-17103-6.

Crefeld, Wolf (2006). Sozialtherapie: Zur heilkundlichen Tätigkeit von Sozialarbeitern im Gesundheitswesen. In: Klinische Sozialarbeit. Jg. 2 (Sonderausgabe). S. 29–31.

Daiminger, Christine/Hammerschmidt, Peter/Sagebiel, Juliane (2015). Gesundheit und Soziale Arbeit – Einführung. In: Daiminger, Christine/Hammerschmidt, Peter/Sagebiel, Juliane (Hrsg.). Gesundheit und Soziale Arbeit. S. 9–34.

Dällenbach, Regula/Sommerfeld, Peter/Rüegger, Cornelia (2010). Zwischenbericht. Integrierte psychiatrische Behandlung: Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit HSA. URL: http://www.fhnw.ch/ppt/content/pub/integrierte-psychiatrische-behandlung/zwischenbericht [Zugriffsdatum: 05. November 2017].

Dällenbach, Regula/Sommerfeld, Peter/Rüegger, Cornelia (2012). Zwischenbericht II. Integrierte psychiatrische Behandlung: Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit HSA. URL: https://www.fhnw.ch/ppt/content/prj/s206-0027/intpw-KTI_Zwischenbericht_II.pdf [Zugriffsdatum: 05. November 2017].

Department for Professional Employees (2016). Social Service Workers. An Occupational Overview. Fact Sheet 2016. URL: http://dpeaflcio.org/wp-content/uploads/Social-Service-Workers-2016.pdf [Zugriffsdatum: 01. Mai 2017].

Dettmers, Stephan (2017). Perspektiven von Fort- und Weiterbildungen in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. In: Klinische Sozialarbeit. 13 (1). S. 9–10.

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) (2017a). Der DBSH – Wir über uns. URL: http://www.dbsh.de/der-dbsh/dbsh-wir-ueber-uns.html [Zugriffsdatum: 17. April 2017].

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) (2017b). Gesundheit, Politik und die Soziale Arbeit. URL: http://www.dbsh.de/sozialpolitik/handlungsfelder/gesundheitshilfe.html [Zugriffsdatum: 17. April 2017].

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) (2007). Neue Aufgabenverteilung und Kooperationsformen zwischen Gesundheitsberufen. In: FORUM sozialarbeit + gesundheit. 1/2007. S. 35.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) (2015a). DVSG legt Qualifikationskonzept vor. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. In: FORUM sozialarbeit + gesundheit. 2/2015. S. 46.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) (2015b). Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA. URL: http://dvsg.org/fileadmin/dateien/08Service/Downloads/2015Qualifikationsprofil.pdf [Zugriffsdatum: 17.April 2017].

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.v. (DVSG) (o.J.). Bisherige Ausgaben FORUM sozialarbeit + gesundheit. URL: http://dvsg.org/fachzeitschriften/forum-sozialarbeit-gesundheit/bisherige-ausgaben/ [Zugriffsdatum: 15. August 2017].

Dialog Nationale Gesundheitspolitik (Hrsg.) (2013). Bericht «Nationale Strategie gegen Krebs 2014–2017». Bern: Dialog Nationale Gesundheitspolitik. URL: www.krebsliga.ch/de/nationale_strategie_gegen_krebs_.cfm [Zugriffsdatum: 26. Juli 2016].

Diaz-Bone, Rainer (2005). Zur Methodologisierung der Foucaultschen Diskursanalyse [48 Absätze]. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. 7 (1), Art. 6. URL: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs060168 [Zugriffsdatum: 14. Januar 2017].

Diaz-Bone, Rainer (2010). Kulturwelt, Diskurs und Lebensstil. Eine diskurstheoretische Erweiterung der Bourdieuschen Distinktionstheorie. 2., erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. E-Book: ISBN 978-3-531-15646-0.

Djalali, Sima/Rosemann, Thomas (2015). Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke. Hintergründe und Schlüsselelemente (Obsan Dossier 45). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Dörr, Margaret (2005). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 8. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Eichenberger, Corina (2004). Drei Disziplinen – Ein-Verständnis? Die Rolle des Sozialarbeiters bei der Erbringung von psychosozialen Dienstleistungen für Krebspatienten in Spitälern der Schweiz: Ein Vergleich der Sichtweisen von Ärzteschaft, Pflegepersonal und Sozialarbeitenden. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit. Philosophische Fakultät der Universität Freiburg.

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI) (o.J.). Bundesämter. URL: https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/das-edi/organisation/bundesaemter.html [Zugriffsdatum: 14. Oktober 2017].

Engelke, Ernst/Borrmann, Stefan/Spatscheck, Christian (2009). Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

European Association of Schools of Social Work (2011-2017a). GDSW. Définition Internationale du Travail Social. URL: http://www.eassw.org/global-social-work/8/gdsw-definition-internationale-du-travail-social.html [Zugriffsdatum: 17. April 2017].

European Association of Schools of Social Work (2011-2017b). GDSW. Die Internationale Definition der Sozialarbeitsprofession. URL: http://www.eassw.org/global-social-work/7/gdsw-die-internationale-definition-der-sozialarbeitsprofession.html http://www.eassw.org/global-social-work/8/gdsw-definition-internationale-du-travail-social.html[Zugriffsdatum: 17. April 2017].

Flick, Uwe (2011). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 4. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.

Franzkowiak, Peter (2006). Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 9. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Franzkowiak, Peter (2009). Soziale Gesundheitsarbeit und Gesundheitsförderung. Standortbestimmung und Praxisübersicht. In: Prävention. 32 (3). S. 66–69.

Franzkowiak, Peter (2014). Gesundheit. In: Friesenhahn, Günter J./Braun, Daniela/Ningel, Rainer (Hrsg.) (2014). Handlungsräume Sozialer Arbeit. Ein Lern- und Lesebuch. Opladen/Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 116–125.

Franzkowiak, Peter/Homfeldt, Hans Günther/Mühlum, Albert (2011). Lehrbuch Gesundheit. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Friedli, Thomas (2015). Über den Nutzen von Spitalsozialarbeit bei Epilepsie. Ein Panorama aus der Sicht Betroffener. Master-Thesis des Kooperationsstudiengangs Master of Science in Sozialer Arbeit der Fachhochschulen Bern, Luzern, St. Gallen und Zürich. Bern: Edition soziothek.

Friedli, Thomas (2016). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Schlaglichter auf ein wenig beachtetes Arbeitsfeld. In: impuls. Magazin des Fachbereichs Soziale Arbeit. Berner Fachhochschule. 1/2016. S. 4–7.

Geissler-Piltz, Brigitte/Gerull, Susanne (2009a). Fazit. Glückliche Profession im fremden Land. In: Geissler-Piltz, Brigitte/Gerull, Susanne (Hrsg.). Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Opladen/Farmington Hills: Budrich UniPress. S. 155–157.

Geissler-Piltz, Brigitte/Gerull, Susanne (Hrsg.) (2009b). Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Opladen/Farmington Hills: Budrich UniPress.

Geissler-Piltz, Brigitte/Mühlum, Albert/Pauls, Helmut (2005). Klinische Sozialarbeit. Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 7. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Gerull, Susanne (2009). «Das ist unsere Mutti für alles. Das ist die Sozialarbeiterin». Professionelle Identität in der Sozialen Arbeit. In: Geissler-Piltz, Brigitte/Gerull, Susanne

(Hrsg.). Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Opladen/Farmington Hills: Budrich UniPress. S. 121–130.

Gesundheitsförderung Schweiz (2017). Auf den Punkt gebracht. Bits, Bytes und BGM. Führen im Zeitalter der Digitalisierung. Nationale Tagung für betriebliches Gesundheitsmanagement. Mittwoch, 30. August 2017. Universität Freiburg. URL: https://www.bgm-tagung.ch/documents/files/BGM_Ergebnisbericht_D.pdf [Zugriffsdatum: 18. Oktober 2017].

Gödecker-Geenen, Norbert (2001). Die Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK) – heute und in Zukunft – Standortbestimmung – Ideen – Visionen. In: Reinicke, Peter (Hrsg.). Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 31–39.

Greuèl, Marius/Mennemann, Hugo (2006). Soziale Arbeit in der Integrierten Versorgung. Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 10. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Heuft, Gereon (2001). Sozialarbeit im Krankenhaus – Zusammenarbeit mit der Medizin. In: Reinicke, Peter (Hrsg.). Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 154–160.

Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2015). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Homfeldt, Hans Günther (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In: Thole, Werner (Hrsg.). Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 489–503. E-Book: ISBN 978-3-531-18616-0.

Homfeldt, Hans Günther (2013). Forschungsfacetten einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Orientierungspunkte – Einblicke – Aufgaben. In: Schneider, Armin/Rademaker, Anna Lena/Lenz, Albert/Müller-Baron, Ingo (Hrsg.) (2013). Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit. Forschung: bio-psycho-sozial. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 8. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 15–33.

Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias (2013). Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. 8., überarbeitete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Husi, Gregor/Villiger, Simone (2012). Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Soziokulturelle Animation. Theoretische Reflexionen und Forschungsergebnisse zur Differenzierung Soziale Arbeit. Luzern: Interact.

Hüttemann, Matthias/Rüegger, Cornelia/Wüsten, Günther (2015). Klinische Sozialarbeit. In: Riedi, Anna Maria/Zwilling, Michael/Meier Kressig, Marcel/Benz Bartoletta, Petra/Aebi Zindel, Doris (Hrsg.). Handbuch Sozialwesen Schweiz. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Haupt Verlag. S. 334–339.

Informationsstelle AHV/IV (2017a). Berufliche Eingliederungsmassnahmen der IV. Merkblatt 4.09 Leistungen der IV. Stand am 1. Januar 2015. URL: https://www.ahv-iv.ch/p/4.09.d [Zugriffsdatum: 12. Oktober 2017].

Informationsstelle AHV/IV (2017b). Früherfassung und Frühintervention. Merkblatt 4.12 Leistungen der IV. Stand am 1. Januar 2015. URL: https://www.ahv-iv.ch/p/4.12.d [Zugriffsdatum: 12. Oktober 2017].

International Federation of Social Workers (2017). Global Definition of Social Work. URL: http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/ [Zugriffsdatum: 17. April 2017].

Kaiser, Klaus (2001). Trägt die Sozialarbeit durch ihre spezifische Kompetenz im Krankenhaus dazu bei, eine bessere Nachsorge zu gewährleisten? In: Reinicke, Peter (Hrsg.). Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 146–153.

Kelle, Udo (2011). «Emergence» oder «Forcing»? Einige methodologische Überlegungen zu einem zentralen Problem der Grounded-Theory. In: Mey, Günter/Mruck, Katja (Hrsg.). Grounded Theory Reader. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 235–260. E-Book: ISBN 978-3-531-17103-6.

Kern, Axel Olaf (2017). Ein gesundheitsökonomischer Diskurs zu Aufwand und Nutzen der Versorgung. In: Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.). Soziale Bewirtschaftung von Gesundheit. Gesundheitswirtschaft im Rahmen sozialer Versorgungsgestaltung. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 187–200. DOI 10.1007/978-3-658-15033-4.

Kessl, Fabian (2011). Diskursanalytische Vorgehensweisen. In: Oelerich, Gertrud/Otto, Hans-Uwe (Hrsg.). Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Studienbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 313–322. E-Book: ISBN 978-3-531-17204-0.

Kleinschmidt, Christiane (2010). Ein Engel, der da ist, wenn man ihn braucht. Kliniksozialdienste in der psychosozialen Versorgung von Tumorpatienten. In: FORUM sozialarbeit + gesundheit. 1/2010. S. 25–27.

Kleve, Heiko (2009). Ein Evergreen der Verunsicherung. Professionelle Identität in der Sozialen Arbeit – von der Moderne zur Postmoderne. In: Geissler-Piltz, Brigitte/Gerull, Susanne (Hg.). Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität

in multiprofessionellen Settings. Opladen/Farmington Hills: Budrich UniPress. S. 109–120.

Knipping, Cornelia (2012). Menschenwürdig leben und sterben – bis zuletzt. Ein Plädoyer für eine menschenfreundliche Palliative Care. In: Belok, Manfred/Länzlinger, Urs/Schmitt, Hanspeter (Hrsg.). Seelsorge in Palliative Care. Zürich: Theologischer Verlag Zürich. S. 47–59.

Knoblauch, Hubert (2012). Zukunft und Perspektiven qualitativer Forschung. In: Flick, Uwe/von Kardorff, Ernst/Steinke, Ines (Hrsg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 9. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH. S. 623–632.

Kraus, Sibylle (2013). Im Sinne der Patienten. Wer effektive, effiziente, qualitative und nachhaltige Versorgung leisten will, braucht die Kompetenzen aller Berufsgruppen. In: FORUM sozialarbeit + gesundheit. 1/2013. S. 6–9.

Kunz, Gaby (2001). Sozialarbeit in Rehabilitationskliniken. In: Reinicke, Peter (Hrsg.). Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 78–85.

Kurtz, Thomas (2005). Das professionelle Handeln und die neuen Wissensberufe. In: Pfadenhauer, Michaela (Hrsg.). Professionelles Handeln. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 243–252.

Kusch, Michael/Labouvie, Hildegard/Hein-Nau, Birgitt (2013). Klinische Psychoonkologie. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag. DOI: 10.1007/978-3-642-31748-4.

Langer, Andreas/Manzeschke, Arne (2009). Professionelles Management in der Medizin und der Sozialen Arbeit. In: Pfadenhauer, Michaela/Scheffer, Thomas (Hrsg.). Profession, Habitus und Wandel. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH. S. 153–179.

Leont'ev, Aleksej N. (2012). Tätigkeit – Bewusstsein – Persönlichkeit. Berlin: Lehmanns Media GmbH.

Maier, Konrad (2009). Für eine integrative, praktische Wissenschaft Soziale Arbeit. In: Birgmeier, Bernd/Mührel, Eric (Hrsg.). Die Sozialarbeitswissenschaft und ihre Theorie(n). Positionen, Kontroversen, Perspektiven. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 41–52.

Mayring, Philipp (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktuali-sierte und überarbeitete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

McDonald, Catherine/Harris, John/Wintersteen, Richard (2003). Contingent on Context? Social Work and the State in Australia, Britain, and the USA. In: British Journal of Social Work. 33/2. S. 191–208.

Merçay, Clémence/Burla, Laila/Widmer, Marcel (2016). Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030 (Obsan Bericht 71). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Merten, Roland (1997). Autonomie der Sozialen Arbeit. Zur Funktionsbestimmung als Disziplin und Profession. Weinheim/München: Beltz Juventa.

Mey, Günter/Mruck, Katja (2011). Grounded-Theory-Methodologie. Entwicklung, Stand, Perspektiven. In: Mey, Günter/Mruck, Katja (Hrsg.). Grounded Theory Reader. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 11–48. E-Book: ISBN 978-3-531-17103-6.

Motzke, Katharina (2014). Soziale Arbeit als Profession. Zur Karriere «sozialer Hilfstätigkeit» aus professionssoziologischer Perspektive. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Mühlum, Albert/Gödecker-Geenen, Norbert (2003). Soziale Arbeit in der Rehabilitation. Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 1. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Müller, Stefan (2017). Kantonsspital baut Sozialdienst um: Schlechtere Leistungen befürchtet. Erschienen am 30. November 2017. In: Luzerner Zeitung. URL: http://www.luzernerzeitung.ch/nachrichten/zentralschweiz/luzern/spital-krempelt-seinen-sozialdienst-um;art9647,1149720 [Zugriffsdatum: 30. November 2017].

Nadai, Eva/Sommerfeld, Peter (2005). Professionelles Handeln in Organisationen – Inszenierungen der Sozialen Arbeit. In: Pfadenhauer, Michaela (Hrsg.). Professionelles Handeln. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 181–205.

Nau, Hans (2004). Ohne Richtlinien ist sinnvolle Schnittstellenarbeit unmöglich! Der Kommentar. In: FORUM sozialarbeit + gesundheit. 2/2004. S. 39.

Obrecht, Werner (2001). Das Systemtheoretische Paradigma der Disziplin und der Profession der Sozialen Arbeit. Eine transdisziplinäre Antwort auf das Problem der Fragmentierung des professionellen Wissens und die unvollständige Professionalisierung der Sozialen Arbeit. In: Zürcher Beiträge zur Theorie und Praxis Sozialer Arbeit, Nr. 4/September 2001. Zürich: Hochschule für Soziale Arbeit.

OECD (2015). OECD Health Statistics 2015. Country Note: How does health spending in GERMANY compare? 7 July 2015. URL: http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-GERMANY-OECD-Health-Statistics-2015.pdf [Zugriffsdatum: 21. Oktober 2017].

OECD/WHO (2011). OECD-Berichte über Gesundheitssysteme. Schweiz 2011. Bern: Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit für die deutsche Ausgabe. Veröffentlicht in Übereinkunft mit der OECD, Paris. (Original in Englisch und Französisch wie folgt publiziert: OECD/WHO (2011). OECD Reviews of Health Systems. Switzerland 2011. / Examens de l'OCDE des systèmes de santé. Suisse 2011. Paris: OECD Publishing.) URL: http://dx.doi.org/10.1787/9789264179738-de [Zugriffsdatum: 15. Oktober 2017].

Ortmann, Karlheinz/Waller, Heiko (2005). Gesundheitsbezogene Sozialarbeit eine Erkundung der Praxisfelder. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Otto, Ulrich/Bauer, Petra (2005). Kooperationsprobleme in der Schulsozialarbeit. Perspektiven im Vergleich von Schule und Krankenhaus. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik ZfSp. 3. Jg. (1). S. 11–36.

Pauls, Helmut (2001). Ausbildung und Qualifizierung für Klinische Sozialarbeit. In: Reinicke, Peter (Hrsg.). Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 163–170.

Pauls, Helmut (2005). Positionsbestimmung der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit. «Klinische Kompetenzen» – Was Hilfebedürftige erwarten und Ausbildung leisten muss. In: FORUM sozialarbeit + gesundheit. 1/2005. S. 23–28.

Pauls, Helmut (2013). Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 3. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Pautsch, Sandra (2015). Zukunftsorientiert vernetzen. Informationsübermittlung des internen Entlassungsmanagements bei interdisziplinär besetzten Teams im somatischen Akutkrankenhaus. In: FORUM sozialarbeit + gesundheit. 1/2015. S. 38–40.

Pfadenhauer, Michaela (2003). Professionalität. Eine wissenssoziologische Rekonstruktion institutionalisierter Kompetenzdarstellungskompetenz. Wiesbaden: Springer Fachmedien. DOI: 10.1007/978-3-663-11163-4. (Ursprünglich erschienen bei Leske + Budrich, Opladen 2003.)

Pippig, Alice (2006). Prävention durch Sozialberatung von Demenzkranken in der Facharztpraxis. Einsparungsmöglichkeiten im Gesundheitssystem. In: FORUM sozialarbeit + gesundheit. 4/2006. S. 26–29.

Rademaker, Anna Lena (2014). Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung – eine gemeinsame biopsychosoziale Befähigungsgerechtigkeit? In: Klinische Sozialarbeit. 10 (3). S. 7–9.

Rademaker, Anna Lena (2016). Soziale Arbeit mit Gesundheitsbezug. Auf dem Weg zur Profilierung einer Fachdisziplin? In: FORUM sozialarbeit + gesundheit. 4/2016. S. 35–38.

Reinicke, Peter (Hrsg.) (2001). Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Reinicke, Peter (2003). Sozialarbeit als Aufgabe bei Gesundheit und Krankheit. Rückblick und Ausblick. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Reinicke, Peter (2008). Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Geschichte, Dokumente, Lebensbilder. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2016). Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.). Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 3–19. DOI: 10.1007/978-3-658-11010-9.

Ritscher, Wolf (2013). Systemische Modelle für die Soziale Arbeit. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. 3. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH.

Scherr, Albert (2001). Soziale Arbeit und die nicht beliebige Konstruktion sozialer Probleme in der funktional differenzierten Gesellschaft. In: Soziale Probleme. 12 (1/2). S. 73–94. URL: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-248386 [Zugriffsdatum: 30. November 2017].

Schluchter, Wolfgang (2015). Grundlegungen der Soziologie. Eine Theoriegeschichte in systematischer Absicht. 2. Auflage. Tübingen: Mohr Siebeck.

Schmitz, Hans Karl (2014). Neue technische Möglichkeiten kreativ nutzen. Wie können digitale Medien die Kooperation in Sozialer Arbeit bereichern? In: FORUM sozialarbeit + gesundheit. 2/2014. S. 10–12.

Schmitz, Hans Karl (2015). Megatrend Digitaler Wandel. Neue technische Möglichkeiten nehmen Soziale Arbeit und ihre Dienste in die Pflicht. In: FORUM sozialarbeit + gesundheit. 2/2015. S. 32–35.

Schröder, Martin/Schmid, Marc (2016). Aktuelle Herausforderung oder Dauerbrenner? Interprofessionelle Kooperation am Beispiel Sozialer Arbeit und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: SozialAktuell. 48. Jg. (1). S. 15–17.

Schrödter, Mark (2007). Soziale Arbeit als Gerechtigkeitsprofession. Zur Gewährleistung von Verwirklichungschancen. In: Neue Praxis. Jg. 37. Nr. 1/2007. S. 3–28.

Schürg, Bettina (2004). Soziale Arbeit in der ambulanten Rehabilitation alter Menschen. Unterstützung auf dem Weg zu einer grösstmöglichen Selbstständigkeit. In: FORUM sozialarbeit + gesundheit. 4/2004. S. 10–12.

Schusselé Filliettaz, Séverine/Kohler, Dimitri/Berchtold, Peter/Peytremann-Bridevaux, Isabelle (2017). Soins intégrés en Suisse. Résultats de la 1re enquête (2015–2016). (Obsan Dossier 57). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) (o.J.). Interprofessionalität. URL: https://www.samw.ch/de/Projekte/Interprofessionalitaet.html [Zugriffsdatum: 24. Dezember 2016].

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe.

Schweitzer, Bertold (2013). «Vom Fehler *im* Gegenstand zur Theorie *über* den Gegenstand»: Wissenschaftstheorie und interdisziplinäres Arbeiten. In: Jungert, Michael/ Romfeld, Elsa/Sukopp, Thomas/Voigt, Uwe (Hrsg.). Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme. 2., durchgesehene und um ein aktuelles Vorwort erweiterte Ausgabe. Darmstadt: WBG Wissenschaftliche Buchgesellschaft. S. 109–127.

Singer, S./Hornemann, B./Bruns, G./Petermann-Meyer, A. (2016). Organisation der psychoonkologischen Versorgung. Anspruch und Wirklichkeit. In: FORUM. 31 (2). S. 124–129. DOI: 10.1007/s12312-015-0032-2.

socialdesign (2008). Bedeutung SwissDRG für die Soziale Arbeit in Spitälern. Bericht im Auftrag des Schweizerischen Fachverbands Sozialdienste in Spitälern SFSS. Von Ruflin, Regula/Dvorak, Andreas. Bern: socialdesign. URL: http://sfss.ch/cms/fileadmin/user_upload/documents/Berufspolitisches_Bedeutung_SwissDRG_fuer_die_soziale_Arbeit_in_Spitaelern.pdf [Zugriffsdatum: 11. November 2017].

Sommerfeld, Peter (2004). Die Zukunft der Sozialen Arbeit hängt von ihr selber ab. In: SozialAktuell 21/2004. S. 2–5.

Sommerfeld, Peter (2016). Subjektive und objektive Komponenten von Lebensqualität. Von Bedürfnissen, Lebensführung und -bewältigung, Musterbildung, Capabilities und sozialen Bedingungen. Tagung der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften vom 20. Mai 2016, «Lebensqualität definieren». Unveröffentlichtes Handout. URL: http://www.sagw.ch/dms/sagw/tagungen_sagw/follow_up/Lebensqualitaet_WS_1/Referate/2_PeterSommerfeld [Zugriffsdatum: 20. März 2017].

Sommerfeld, Peter/Amez-Droz, Pascal (2015). Theorieentwicklungen der Sozialen Arbeit in der deutschsprachigen Schweiz. In: Riedi, Anna Maria/Zwilling, Michael/Meier Kressig, Marcel/Benz Bartoletta, Petra/Aebi Zindel, Doris (Hrsg.). Handbuch Sozialwesen Schweiz. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Haupt Verlag. S. 403–417.

Sommerfeld, Peter/Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia/Hollenstein, Lea (2016). Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer Fachmedien. DOI: 10.1007/978-3-658-11617-0.

Sommerfeld, Peter/Hollenstein, Lea/Calzaferri, Raphael (2011). Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. E-Book: ISBN 978-3-531-17806-6.

Sommerfeld, Peter/Hollenstein, Lea/Krebs, Marcel (2008). Entwicklungsperspektiven der Sozialen Arbeit in der Integrierten Psychiatrie Winterthur. Bericht eines kooperativen Entwicklungsprojekts. Gefördert von: DORE, Schweizerischer Nationalfonds. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit HSA. URL: https://www.fhnw.ch/ppt/content/pub/entwicklungsperspektiven-der-sozialen-arbeit-

in-der-integrierten-psychiatrie-winterthur.-bericht-eines-kooperativen-entwicklungs-projekts/Arbeitsbericht [Zugriffsdatum: 05. November 2017].

Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) - Allgemeiner Teil - (Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015). § 10 Teilhabe behinderter Menschen. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_1/__10.html [Zugriffsdatum: 17. April 2017]. Oder: Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) - Allgemeiner Teil - (Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015). URL https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_1/gesamt.pdf [Zugriffsdatum: 17. April 2017].

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477). § 140a Besondere Versorgung. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__140a.html [Zugriffsdatum: 01. Mai 2017].

Spindler, Karl (2001). Neue Probleme und Fragestellungen: Steuern betriebswirtschaftliche Postulate auch die Sozialarbeit im Krankenhaus? In: Reinicke, Peter (Hrsg.). Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 190–194.

Spitalversorgungsgesetz (SpVG) vom 13.06.2013 (Stand 01.01.2017) (BSG 812.11). BELEX URL: https://www.belex.sites.be.ch/frontend/versions/1212 [Zugriffsdatum: 31. Oktober 2017].

Staub-Bernasconi, Silvia (2009). Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. In: Birgmeier, Bernd/Mührel, Eric (Hrsg.). Die Sozialarbeitswissenschaft und ihre Theorie(n). Positionen, Kontroversen, Perspektiven. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 131–146.

Steen, Rainer (2005). Soziale Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 6. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Stichweh, Rudolf (2013). Wissenschaft, Universität, Professionen. Soziologische Analysen. Neuauflage. Bielefeld: transcript Verlag. E-Book: ISBN 978-3-8376-2300-0.

Sting, Stephan/Blum, Cornelia (2003). Soziale Arbeit in der Suchtprävention. Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 2. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Student, Johann-Christoph/Mühlum, Albert/Student, Ute (2016). Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 4. 3., vollständig überarbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Süsstrunk, Simon (2014). Institutionelle Übergänge im Gesundheitswesen. Perspektive der Sozialen Arbeit. Unveröffentlichte Master Thesis. Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz. Master of Arts in Sozialer Arbeit mit Schwerpunkt Soziale Innovation. Olten. URL: https://irf.fhnw.ch/bitstream/handle/11654/17850/S%C3%

BCsstrunk_Simon_2014_MA_FHNW.pdf?sequence=1 [Zugriffsdatum: 03. September 2016]

Süsstrunk, Simon (2015). Versorgung gestalten im Gesundheitswesen. Institutionelle Übergänge aus der Perspektive der Sozialen Arbeit. In: SozialAktuell. 47. Jg. (4). S. 17–19.

Süsstrunk, Simon/Solèr, Maria/Hüttemann, Matthias (2016). Auf dem Weg zu Wirkungsforschung. Eine explorative Studie zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen der Schweiz. In: FORUM sozialarbeit + gesundheit. 4/2016. S. 26–28.

Thole, Werner (Hrsg.) (2012). Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. E-Book: ISBN 978-3-531-18616-0.

Truschkat, Inga/Kaiser-Belz, Manuela/Volkmann, Vera (2011). Theoretisches Sampling in Qualifikationsarbeiten. Die Grounded-Theory-Methodologie zwischen Programmatik und Forschungspraxis. In: Mey, Günter/Mruck, Katja (Hrsg.). Grounded Theory Reader. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 353–379. E-Book: ISBN 978-3-531-17103-6.

Turner, Francis J. (2005). Social Services. In: Turner, Francis J. (Ed.). Encyclopedia of Canadian Social Work. Waterloo: Wilfrid Laurier University Press.

U.S. Bureau of Labor Statistics (2015). Occupational Outlook Handbook. Social Workers. Job Outlook / Job Prospects. URL: https://www.bls.gov/ooh/Community-and-Social-Service/Social-workers.htm#tab-6 [Zugriffsdatum: 01. Mai 2017].

von Spiegel, Hiltrud (2008). Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis. 3., durchgesehene Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Wasner, Maria (2015). Soziale Arbeit im interprofessionellen Palliative Care Team. In: Klinische Sozialarbeit. 11 (1). S. 10–12.

Weiss, Hans/Neuhäuser, Gerhard/Sohns, Armin (2004). Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 3. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Werner, Karin/Bussmann, Esther (2012). Fachsozialarbeit – ein Modell auf dem Prüfstand. Zum Stand der Diskussion um Fachtitel in der Schweiz am Beispiel der Klinischen Sozialarbeit. In: SozialAktuell. 44. Jg. (9). S. 39–41.

WEKA Business Media AG (18.11.2015). Invalidenversicherung: Eingliederung vor Rente. Neue Instrumente durch IV-Revision. URL: https://www.weka.ch/themen/personal/sozialversicherungen/ahv-iv/article/invalidenversicherung-eingliederung-vor-rente/ [Zugriffsdatum: 12. Oktober 2017].

Windolf, Paul (2009). Einleitung: Inklusion und soziale Ungleichheit. In: Stichweh, Rudolf/ Windolf, Paul (Hrsg.). Inklusion und Exklusion: Analysen zur Sozialstruktur und sozialen Ungleichheit. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH. S. 11–27.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (2017). Symposium Klinische Fachspezialisten: Neue Funktionen in der interprofessionellen Versorgung. URL: https://www.zhaw.ch/de/gesundheit/institute-zentren/igw/alle-veranstaltungen/veranstaltungsdetails/event/detail/1547-20170915-symposium-klinische-fachspezialisten-neue-funktionen-in-der-interprofessionellen-vers/ [Zugriffsdatum: 07. Oktober 2017].

# 8 Anhang

I. Global Definition of Social Work (GDSW)
II. Professionssoziologische Ansätze (Überblick)
III. Eine Vertiefung zu Stichweh
IV. Handlungsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen nach Franzkowiak
V. Professionsverständnisse der Sozialen Arbeit (Überblick)
VI. Bibliografie zum Datenkorpus
VII. Heuristisches Fragesystem

# Anhang I – Global Definition of Social Work (GDSW)

Die Global Definition of Social Work in Englisch kann gemäss der International Federation of Social Workers (2017) auf nationaler und/oder regionaler Ebene erweitert («*amplified*») werden:

> Social work is a practice-based profession and an academic discipline that promotes social change and development, social cohesion, and the empowerment and liberation of people. Principles of social justice, human rights, collective responsibility and respect for diversities are central to social work. Underpinned by theories of social work, social sciences, humanities and indigenous knowledge, social work engages people and structures to address life challenges and enhance wellbeing. (International Federation of Social Workers 2017)

Die französische Übersetzung der Global Definition of Social Work:

> Le Travail social est une pratique professionnelle et une discipline. Il promeut le changement et le développement social, la cohésion sociale, le pouvoir d'agir et la libération des personnes. Les principes de justice sociale, de droit de la personne, de responsabilité sociale collective et de respect des diversités, sont au cœur du travail social. Etayé par les théories du travail social, des sciences sociales, des sciences humaines et des connaissances autochtones, le travail social encourage les personnes et les structures à relever les défis de la vie et agit pour améliorer le bien-être de tous. (European Association of Schools of Social Work 2011-2017a)

Die deutsche Übersetzung der Global Definition of Social Work:

> Die Profession der Sozialen Arbeit fördert sozialen Wandel, soziale Entwicklung und sozialen Zusammenhalt sowie die Befähigung und Befreiung von Menschen. Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, Menschenrechte, gesellschaftliche Verantwortung und Respekt vor Verschiedenheiten sind elementar für die Soziale Arbeit. Untermauert durch Theorien der Sozialen Arbeit, Sozialarbeitswissenschaften, Geisteswissenschaften und indigenes Wissen, verpflichtet Soziale Arbeit Menschen wie Strukturen, um Herausforderungen des Lebens zu bewältigen und Wohlbefinden zu verbessern. (European Association of Schools of Social Work 2011-2017b)

Die deutsche Übersetzung der Global Definition of Social Work für die Schweiz:

> Soziale Arbeit fördert als Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen, den sozialen Zusammenhalt und die Ermächtigung und Befreiung von Menschen. Dabei sind die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte, der gemeinschaftlichen Verantwortung und der Anerkennung der Verschiedenheit richtungweisend. Soziale Arbeit wirkt auf Sozialstrukturen und befähigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens angehen und Wohlbefinden erreichen können. Dabei stützt sie sich auf Theorien der eigenen Disziplin, der Human- und Sozialwissenschaften sowie auf das Erfahrungs-Wissen des beruflichen Kontextes. (AvenirSocial 2015: 2)

# Anhang II – Professionssoziologische Ansätze

Um Professionen zu betrachten, gibt es unterschiedliche Ansätze, wie beispielsweise den Professionskriterienansatz, strukturtheoretische, funktionalistische, interaktionistische und machtorientierte Ansätze. Tabelle 2 stellt diese Ansätze mit Bezug auf Motzke (2014 [= M*]) und Pfadenhauer (2003 [= P**]) im Überblick dar.

| **Ansatz** | **Differenzierung** | **Charakteristika (nicht abschliessend)** |
|---|---|---|
| Professions-kriterien-ansatz | auch als «indikatoren-theoretischer Ansatz» bezeichnet (P**: 33) | Frühphase der Professionssoziologie (P: 32);<br>- Definition des Tätigkeitsfeldes,<br>- Etablierung einer verbindlichen Ausbildung,<br>- Herausbildung von *Berufsverbänden* zur Selbstverwaltung der Profession,<br>- Delegation weniger wichtiger/weniger geschätzter Tätigkeiten an nachgeordnete Berufe mit geringeren Ausbildungsanforderungen,<br>- Sicherung des Berufsmonopols durch staatliche Lizenzierung und<br>- Zusammenfassung der Berufsregeln zu einer professionellen Standesethik (P: 33). |
| strukturtheoretische und funktionalistische Ansätze | Klassisches Professionsmodell von Parsons | Die Ausbildung von Professionen ist Ausdruck der Rationalitätssteigerung und Rationalitätszumutung bei der Bewältigung der Probleme des sozialen Lebens (P: 37).<br>«(…) viele der wichtigsten Züge unserer Gesellschaft [sind] weitgehend von einem reibungslosen Funktionieren der akademischen Berufe abhängig» (Parsons 1968 in P: 37).<br>«Professionen (…) erfüllen die integrative gesellschaftliche Funktion der Wertverwirklichung und der Normenkontrolle bzw. der Kontrolle abweichenden Verhaltens» (P: 38). |
| | Revidierte Theorie professionalisierten Handelns von Oevermann | Professionen sind autonom von Markt und Staat, werden jedoch durch kollegiale Selbstkontrolle begrenzt; letztere basiert auf einer unverzichtbaren Berufsethik (P: 40). |
| | Professionalisierte Funktionssysteme von Luhmann und Stichweh | Professionen bilden sich in Funktionssystemen aus, «deren Funktionserfüllung in der Änderung ihrer personalen Umwelt liegt» (P: 44).<br>Professionelle Praktikerinnen und Praktiker der Systeme Gesundheit oder Recht *vermitteln* zwischen einem positiven Wert (gesund oder gerecht) und der Klientin/dem Klienten, können aber keine Garantie dafür geben, dass die angestrebte Veränderung zum Zielwert hin auch tatsächlich gelingt (P: 45).<br>Zentral ist der Handlungscharakter ihrer Vermittlung, die im Rahmen sozialer Interaktion geleistet wird (P: 45).<br>Nach Stichweh können hierbei die Leistungs- und die Komplementärrolle (Professionelle und «Publikum») unterschieden werden (P: 45). |

| | | |
|---|---|---|
| interaktionistische und machtorientierte Ansätze | Interaktionistischer Professionsansatz von Hughes und Strauss | Der Tradition der Chicagoer Schule folgend, fokussiert diese Perspektive die «Anforderungen, die an Akteure in ihrer Berufswelt gestellt sind, sowie deren kommunikative und interaktive Bewältigung» (Hughes 1958 und Strauss et al. 1985 in P: 47).<br>Hughes (1963) interessiert, unter welchen *Umständen* Menschen einer Berufsgruppe diesen Beruf zu einer Profession, und sich selbst zu Professionellen, machen wollen (P: 47).<br>Strauss (1991) stützt sich auf das Konzept der «sozialen Welten», und in ihnen geht es um ein Gefüge von Professionen, um Aushandlungsprozesse der Arbeitsteilung usw. (P: 47). |
| | Interaktionistischer Professionsansatz von Schütze | Die Perspektiven Hughes' und Strauss' einbeziehend, fokussiert Schütze die Sozialarbeit und bezeichnet diese als «bescheidene Profession», weil sie noch nicht den Autonomiegrad klassischer Professionen erreicht habe (Begründung: Sozialarbeit sei stärker als andere Professionen dem Einfluss von Kontextbedingungen wie Verwaltung, Recht, Ökonomie usw. ausgesetzt) (M*: 105).<br>Wesentlich für die Autonomie einer Profession ist nach Schütze, dass sie sich «zur Selbststeuerung und Reflexion ihrer Berufsarbeit» auf einen eigenständigen und eigenkontrollierten «höhersymbolischen Sinnbezirk» zurückziehen kann (M: 105). |
| | Machtorientierte Ansätze von Larson und Freidson | Sogenannter «power approach»; zentral ist die Frage nach den «interaktiven Strategien, mit denen Professionen (Definitions-)Macht und Einfluss erringen und mit denen sie sich mehr oder weniger dauerhaft gegen die Konkurrenz anderer Berufsgruppen durchsetzen» (P: 47). |
| | Inszenierungstheoretischer Ansatz von Pfadenhauer | Orientiert am Rollenkonzept; professionelle Leistung kann immer nur als Darstellung derselben wahrgenommen werden; deshalb ist Professionalität (auch) als «Inszenierungsproblem» zu begreifen (P: 105). |

Tabelle 2 – Professionssoziologische Ansätze im Überblick (eigene Darstellung, basierend auf Angaben von Motzke 2014: 85ff. und Pfadenhauer 2003: 32ff.)

# Anhang III – Eine Vertiefung zu Stichweh

Für Stichweh geht es bei der Professionalisierung nicht nur um die Frage dieser Zuständigkeit bzw. Dominanz zwischen Professionen, sondern er setzt sich auch intensiv mit dem Verhältnis zwischen Professionen und Disziplinen auseinander und sieht diese als «Formen der Differenzierung zweier Systeme beruflichen Handelns in modernen Gesellschaften» (vgl. Stichweh 2013: 245ff.). Disziplinen sind für ihn «relativ selbstgenügsame Sozialsysteme, die primär mit internen Operationen befasst sind» im Unterschied zu modernen Professionen, die im Zuge ihrer Entstehung «Rollenbeziehungen zwischen ihnen und ihrer gesellschaftlichen Umwelt» institutionalisieren (vgl. ebd.: 271). Der Grad der Klientenorientierung und der Handlungsbezug beeinflussen den Prozess der Differenzierung; im Falle der Profession sind der Bezug zu und Umgang mit Klientinnen und Klienten massgeblich für die Erzeugung der disziplinären Identität (vgl. ebd.: 273ff.). Der professionelle Alltag ist geprägt von besonderen Kontakten mit Klientinnen und Klienten, in denen es um «ausseralltägliche oder bedrohliche Erfahrungen» (wie z.B. Krankheit, finanzielle Risiken) der persönlichen Lebensführung geht (vgl. ebd.: 277f.).

Eine Sonderstellung nimmt nach Stichweh (ebd.: 273) die Medizin ein, deren Differenzierung sich auf eine wissenschaftliche Disziplin (z.B. Pathologie), aber auch auf Organe (z.B. Kardiologie), Krankheiten (z.B. Onkologie), Funktionen (z.B. Psychiatrie), Technologien (z.B. Radiologie), individuelle Eigenschaften (z.B. Pädiatrie, Gerontologie) oder soziale Probleme (z.B. öffentliche Gesundheitsvorsorge) beziehen kann. Ausserdem kennt sie eine «querliegende Dimension der Differenzierung, weil sie «in den Spezialgebieten noch einmal klinische und Forschungsdisziplinen voneinander trennt» (vgl. ebd.).

Bei zunehmender Komplexität der professionellen Arbeit werden die diese Arbeitsvollzüge «durch *neue Berufsgruppen* unterstützt» (sog. subprofessionelles Hilfspersonal; vgl. ebd.: 279 [Hervorhebung im Original]). Sie stellen sog. «*vermittelnde* Professionen» dar, weil sie «handlungsmässig zwischen Professionellen und Klient» treten und «an der Realisierung der Handlungsabsichten des Professionellen» mitwirken (vgl. ebd.). Durch die vermittelnde Stellung in der professionellen Interaktion erheben sie dann ebenfalls Anspruch auf einen «professionellen Status» (vgl. ebd.). Zugleich suchen sie sich über akademische Bildung bzw. «Ausbildung und Theoretisierung der Wissensbasis» zu behaupten und vernachlässigen «relativ dazu vielleicht den Primat der Klientenorientierung» (vgl. Gurin/Williams 1973, zit. ebd.: 280). Genau dies zielt aber am «Kernbereich der Professionen», dem eigentlichen Klientenbezug, vorbei (vgl. Stichweh 2013: 280).

Disziplinen und Professionen gelingt es im Unterschied zu vermittelnden Professionen, bei beruflichem Aufstieg weiterhin die «berufskonstituierenden Handlungsvollzüge» auszuüben (vgl. ebd.). Sie wechseln also nicht wie beispielswese Ingenieurinnen und Ingenieure von einer handlungstechnischen in eine administrative Funktion, sondern behalten ihre Handlungsvollzüge bei und delegieren administrative Funktionen an andere Berufsgruppen (vgl. ebd.). Zugleich sind sie in der Lage, auch bei der Aufnahme in eine professionelle Elite ihr «tatsächliches Forschungshandeln bzw. die handlungspraktische Ausübung der professionellen Kernrolle» weiter zu führen (vgl. ebd.: 280f.).

Soziale Arbeit gehört für Stichweh (ebd.: 281) zu den vermittelnden Professionen, in denen «eine *Gegenüberstellung von professioneller Kernrolle* und *einem nicht praktizierenden professionellen Establishment*» stattfindet, wobei Letzteres «seinen Elitestatus gerade der Tatsache verdankt, dass es nicht praktiziert und keine Klienten hat, vielmehr in akademischen Kontexten lehrt und forscht» (vgl. Hughes 1973; Glazer 1974; Luhmann/ Schorr 1979; alle zit. in Stichweh 2013: 281). Und weil die professionellen Sozialsysteme zudem stets auf wissenschaftliches Wissen der Disziplinen angewiesen seien, bestehe für sie auch das «Problem der Kontrolle über die eigene Wissensbasis» (vgl. Stichweh 2013: 283). Ein Ansatz zur Lösung dieser Asymmetrien könnte für die «neueren Professionen» (im Unterschied zu den «klassischen») sein, die wissenschaftliche Forschungsmethodik «mit der Bearbeitung der fortdauernden Probleme der Profession» zu kombinieren, z.B. verbunden mit einer sog. sekundären Professionalisierung (einem Prozess, «in dem es einer Disziplin gelingt, die Anwendungen disziplinär erzeugten Wissens in ausserakademischen Handlungszusammenhängen dadurch vorzustrukturieren, dass die Kontrolle über die Anwendungen in der Regel bei solchen Praktikern liegt, die eine disziplinär bestimmte Sozialisation durchlaufen haben») (vgl. ebd.: 284f.).

Im Rahmen von sekundärer Professionalisierung «geht aus einer Disziplin ein Beruf hervor»; «akademische Lehre» hat dann primär den Stellenwert, spätere Praktikerinnen/Praktiker dieses Berufs auszubilden (vgl. ebd.: 284). Dabei entwickeln diese «wissenschaftlichen Professionen» nach Stichweh (ebd.: 285) nicht in sich geschlossene «Berufsgruppen mit den typischen Merkmalen des Anspruchs auf ein Quasi-Monopol für ein bestimmtes Tätigkeitsfeld», sondern wissenschaftlichen Professionelle bewegen sich auf «offenen Beschäftigungsmärkten mit breiten Grenzzonen», in denen unterschiedliche Qualifikationsvoraussetzungen Zugang zu einer Beschäftigung ermöglichen (vgl. ebd.: 285f.). Wissenschaftliche Professionelle verfügen zudem nicht über die Autonomie, wie sie für Professionen im klassischen Sinn üblich ist, sondern haben es oft mit Klientinnen bzw. Klienten und Vorgesetzten zu tun, die «über Ziel und Ausführung der Tätigkeit des ‘Professionellen’ bestimmen» und die Leistung kontrollieren (vgl. ebd.: 286).

# Anhang IV – Handlungsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen nach Franzkowiak 2009

- Soziale Arbeit im Krankenhaussozialdienst, in der Integrierten Versorgung und in Einrichtungen der stationären und teilstationären Rehabilitation (psychosoziale Beratung, Patientenschulungen, Schnittstellen- und Patientenmanagement, Förderung sozialer Teilhabe)
- Soziale Beratung, Aufbau von Unterstützungsangeboten für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, Informations- und Kampagnenarbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst und/oder in Sozialpsychiatrischen Diensten, insbesondere zur Behindertenhilfe, Suchtprävention und -beratung, Suchtkrankenhilfe, HIV/Aids-Prävention und -beratung
- Behinderten- und Wiedereingliederungshilfe bei körperlich, geistig und seelisch Behinderten (in Werkstätten für Menschen mit Behinderung, Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken, Integrationsämtern, weiteren ambulanten bzw. stationären Beratungsstellen und anderen Einrichtungen) einschliesslich aktivierender und beratender Angehörigenarbeit
- Offene, ambulante, teilstationäre und stationäre Altenhilfe und -betreuung, Wohn- und Pflegeberatung (in Altentagesstätten, Alten- und Pflegeheimen, ambulanten Sozialen Diensten, Beratungsstellen und Pflegestützpunkten, über gemeinwesenorientierte Altenarbeit) einschliesslich aktivierender und beratender Angehörigenarbeit
- Soziale Arbeit in der Pflege und in der Hospizarbeit einschliesslich aktivierender und beratender Angehörigenarbeit
- Suchtberatung und Soziale Arbeit in Einrichtungen der therapeutischen Kette der Suchtkrankenhilfe sowie in der betrieblichen Suchtkrankenhilfe
- Frühförderung und Sozialpädiatrie
- Lebens-, Familien-, Partnerschafts- und (Schwangerschafts-)Konfliktberatung und Mediation
- Soziale Beratung und Vermittlung in Einrichtungen, Projekten und Massnahmen der ambulanten und teilstationären Gemeinde- und Sozialpsychiatrie und Soziotherapie sowie in psychiatrischen Kliniken, Tageskliniken und Wohnheimen und in der Gerontopsychiatrie
- Soziale Arbeit in psychosomatischen Fachkliniken und in der klinischen Rehabilitation von chronischen Erkrankungen (sowohl als Sozialberatung zur Wiedereingliederung als auch in der psychosozialen Begleitung/Beratung und Co-Therapie)
- Sozialprofessionelle Tätigkeiten – oft in multiprofessionellen Teams – in weiteren gesundheitsrelevanten Versorgungsstrukturen innerhalb von Gemeinwesen und Regionen (Sozialstationen, allgemeine Hilfezentren, Beratungs- und Koordinationsstellen, Pflegestützpunkte u.v.a.m.)
- Förderung und Unterstützung von (Gesundheits-)Selbsthilfe und Patientensouveränität

Quelle: Franzkowiak (2009: 67)

# Anhang V – Professionsverständnisse der Sozialen Arbeit nach Engelke et al. 2009

Engelke et al. (2009, zit. in Motzke 2014: 35) schlagen vier idealtypische Grundmodelle vor, um wissenschaftliche Erkenntnisse der Sozialen Arbeit zu bündeln: normativ-ontologische Modelle (wie z.B. bei Scherpners Theorie der Fürsorge), kritisch-rationale Modell (wie z.B. bei Rössners Theorie der Sozialarbeit), kritisch-theoretische Modelle (wie z.B. bei Thierschs Theorie der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit) sowie system-theoretische Modelle (wie z.B. beim prozessual-systemischen Ansatz von Staub-Bernasconi). Darauf aufbauend ergeben sich unterschiedliche Professionsverständnisse für die Soziale Arbeit (vgl. Motzke 2014: 49). Sie lassen sich mit Engelke et al. (2009, zit. ebd.) wie in Tabelle 3 dargestellt abbilden.

| | Normativ-ontologische Modelle (z.B. Scherpner) | Kritisch-rationales Modell (z.B. Rössner) | Kritisch-theoretisches Modell (z.B. Thiersch) | Systemtheoretisches Modell (z.B. Staub-Bernasconi) |
|---|---|---|---|---|
| Generelle Ausrichtung | traditionell-altruistisch: fürsorgen | wissenschaftlich-rationalistisch: normalisieren | gesellschafts-kritisch: sich engagieren | wissenschaftlich begründet: verändern |
| Selbstverständnis | professionelle/r Altruist/in (Helfer/in) | funktionale Autorität (Sozial-ingenieur/in) | professionelle/r Interpret/in bzw. Hermeneut/in (Förderer/in) | spezialisierte/r Generalist/in |
| Tätigkeit | | | | |
| Ziele | Sozialintegration | Wissens- und Technologie-beherrschung | Autonomie der Lebenspraxis | Ermöglichung der Bedürfnis-befriedigung |
| Orientierung | ganzheitlich; kurativ-individuums-orientiert (Einzelfall) | funktional problem- oder symptomorientiert (Einzelfall) | strukturell an Sozialbiografien und Lebenslagen (Lebenswelt) | prozessual-systemisch |
| Handlungs-methoden und -techniken | Problem-bedeutung und -lösung; Rat und Tat | Diagnose und technologische Problemlösungs-strategien; Anwendung | Verstehen, Problemdeu-tung, Unterstüt-zung von Selbst-hilfepotentialen | theoriegeleitetes Fragen |
| Ethik | wert-transzendental | instrumentell | reflexiv | realistisch |
| Wirkung | möglicherweise: Linderung und Heilung | möglicherweise: Sicherheiten/ Absicherung gegen Risiken | möglicherweise: Unsicherheiten und Alternativen | möglicherweise: Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme |

Tabelle 3 – Vier Professionsverständnisse der Sozialen Arbeit in Anlehnung an Engelke et al. (2009, zit. in Motzke 2014: 49 [Auszug]; eigene Darstellung)

# Anhang VI – Bibliografie zum Datenkorpus

**UTB-Buchreiche zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (Deutschland)**

Band 1: Mühlum, Albert/Gödecker-Geenen, Norbert (2003). Soziale Arbeit in der Rehabilitation. Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 1. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Band 2: Sting, Stephan/Blum, Cornelia (2003). Soziale Arbeit in der Suchtprävention. Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 2. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Band 3: Weiss, Hans/Neuhäuser, Gerhard/Sohns, Armin (2004). Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 3. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Band 4: Student, Johann-Christoph/Mühlum, Albert/Student, Ute (2016). Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 4. 3., vollständig überarbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Band 5: Ansen, Harald/Gödecker-Geenen, Norbert/Nau, Hans (2004). Soziale Arbeit im Krankenhaus. Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 5. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Band 6: Steen, Rainer (2005). Soziale Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 6. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Band 7: Geissler-Piltz, Brigitte/Mühlum, Albert/Pauls, Helmut (2005). Klinische Sozialarbeit. Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 7. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Band 8: Dörr, Margaret (2005). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 8. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Band 9: Franzkowiak, Peter (2006). Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 9. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Band 10: Greuèl, Marius/Mennemann, Hugo (2006). Soziale Arbeit in der Integrierten Versorgung. Reihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 10. München: Ernst Reinhardt Verlag.

**Periodika zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (Deutschland)**

Fachzeitschrift «FORUM sozialarbeit + gesundheit», ab Ausgabe 1/2004 bis 4/2017.

– Jg. 2004–2007 alle Ausgaben (15 Hefte)
– Jg. 2008–2013 Auswahl* (10 Hefte)
– Jg. 2014–2017 alle Ausgaben (16 Hefte)

**Auswahlkriterien: Heft-Thema, Inhalt des Editorials sowie Stichwortsuche: «Funktion», «Aufgabe», «Tätigkeit», «tätig».*

Zeitschrift «Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung», Jahrgänge 1 bis 13 (erschienen 2005 bis 2017).

– Jg. 1–4 (2005–2008) alle Ausgaben (14 Hefte)
– Jg. 5–10 (2009–2014) Auswahl** (5 Hefte)
    - Klinische Fachsozialarbeit – State of the Art 2010. Jg. 6 (3).
    - Soziale Arbeit: Generalisierung und Klinische Fachsozialarbeit. Jg. 8 (1).
    - Kinder- und Jugendhilfeforschung. Jg. 9 (3).
    - Gesundheitsförderung. Jg. 10 (3).
    - Qualität evaluieren und sichern. Jg. 10 (4).
– Jg. 11–13 (2015–2017) alle Ausgaben (12 Hefte)

***Auswahlkriterien: Heft-Thema, Titel der Beiträge, Editorial sowie Stichwortsuche: «Funktion», «Aufgabe», «Tätigkeit».*

**Weitere Bücher/Kapitel zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (Deutschland)**

Reinicke, Peter (2003). Sozialarbeit als Aufgabe bei Gesundheit und Krankheit. Rückblick und Ausblick. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Reinicke, Peter (2008). Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Geschichte, Dokumente, Lebensbilder. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. – Kapitel 8, «Sozialarbeit im Gesundheitswesen seit 1990» (S. 128ff.).

**Weitere Materialien zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (Deutschland)**

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) (2015). Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA. URL: http://dvsg.org/fileadmin/dateien/08Service/Downloads/2015Qualifikationsprofil.pdf [Zugriffsdatum: 17.April 2017].

**«Ausserhalb» der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (Deutschland)**

Kusch, Michael/Labouvie, Hildegard/Hein-Nau, Birgitt (2013). Klinische Psychoonkologie. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag. DOI: 10.1007/978-3-642-31748-4.

*Ein Buch, das aus der Sicht der Psychologie/Psychotherapie das Thema Psychosoziales intensiv behandelt, und dabei zahlreiche Aussagen auch über Soziale Arbeit macht.*

**Periodika «ausserhalb» der Sozialen Arbeit –Fachbereich Onkologie (Deutschland)**

Zeitschrift «FORUM – Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.»:

Ausgabe FORUM 31 (2). Leitthema: Psychoonkologie. (2016)

Ausgabe FORUM 31 (6). Leitthema: Nationaler Krebsplan. (2016)

*Eine Zeitschrift mit Beiträgen unterschiedlicher Professionen, die im Bereich der Onkologie tätig sind. Die Perspektive kann je nach Beitrag auch gemischt bzw. interprofessionell sein.*

**Buch zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (Schweiz)**

Sommerfeld, Peter/Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia/Hollenstein, Lea (2016). Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer Fachmedien. DOI: 10.1007/978-3-658-11617-0.

**Periodika zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (Schweiz)**

Zeitschrift «SozialAktuell». Auswahl*** aus den Jahrgängen 2005 bis 2017.

Untersucht wurden Ausgaben und Einzelbeiträge mit Gesundheitsbezug. Die Sammlung enthält auch Beiträge, welche von Fachpersonen der Psychologie, Pflege und Seelsorge verfasst wurden (insbesondere für den Bereich Krankenhaus und Palliative Care).

****Auswahlkriterien: Heft-Thema, Titel der Beiträge, Editorial sowie Stichwortsuche: «Krankheit», «Gesundheit», «Funktion», «Aufgabe», «Tätigkeit».*

**Veröffentlichungen und Materialien «ausserhalb» der Sozialen Arbeit (Schweiz)[14]**

*Bundesamt für Gesundheit – Interprofessionalität (www.bag.admin.ch):*

Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen». Faktenblatt. (2016)

Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen». Website. (2016)

Bundesamt für Gesundheit BAG (2017). Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017–2020. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

*Bundesamt für Gesundheit und Leitungsgruppe des NFP 67 Lebensende – Palliative Care:*

Bundesamt für Gesundheit BAG (Hrsg.) (2016). Das interprofessionelle Team in der Palliative Care. Die Grundlage einer bedürfnisorientierten Betreuung und Behandlung am Lebensende. Bezugsquelle: BBL, Vertrieb für Bundespublikationen, Bern.

Leitungsgruppe des NFP 67 Lebensende (2017). Leitungsgruppe des NFP 67 Lebensende (Hrsg.) (2017). Synthesebericht NFP 67. Lebensende. Bern: Schweizerischer Nationalfonds. URL: http://www.nfp67.ch/SiteCollectionDocuments/nfp67-synthesebericht-de.pdf [Zugriffsdatum: 04. Dezember 2017].

*Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (www.obsan.admin.ch):*

Obsan Bulletin 1/2015 – Behandlungsketten und ihre Schnittstellen.

Obsan Bulletin 2/2015 – Gesundheitsversorgung.

Obsan Dossiers (44 bis 46 und 57) und Obsan Bericht (71):

[14] In den meisten Fällen konnten die aufgefundenen Dokumente ausgehend von Erkenntnissen der Theorieformierung und Sondierung (über eine dem Schneeballprinzip folgende ergänzende Internet-Recherche) erschlossenen werden. Sie wurden mit einer Stichwortsuche: «sozial», «psychosozial», «Sozialarbeit», «Soziale Arbeit», «Interprofessionalität» untersucht. Teilweise konnte dadurch nachvollzogen werden, dass Soziale Arbeit in grundsätzlich «interprofessionell gedachten Kontexten» nur am Rande oder gar nicht erwähnt wird.

Ebert, Sonja/Peytremann-Bridevaux, Isabelle/Senn, Nicolas (2015). Les programmes de prise en charge des maladies chroniques et de la multimorbidité en Suisse (Obsan Dossier 44). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Djalali, Sima/Rosemann, Thomas (2015). Djalali, Sima/Rosemann, Thomas (2015). Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke. Hintergründe und Schlüsselelemente (Obsan Dossier 45). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Haslbeck, Jörg/Klein, Margot/Bischofberger, Iren/Sottas, Beat (2015). Haslbeck, Jörg/Klein, Margot/Bischofberger, Iren/Sottas, Beat (2015). Leben mit chronischer Krankheit. Die Perspektive von Patientinnen, Patienten und Angehörigen (Obsan Dossier 46). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Schusselé Filliettaz, Séverine/Kohler, Dimitri/Berchtold, Peter/Peytremann-Bridevaux, Isabelle (2017). Schusselé Filliettaz, Séverine/Kohler, Dimitri/Berchtold, Peter/Peytremann-Bridevaux, Isabelle (2017). Soins intégrés en Suisse. Résultats de la 1re enquête (2015–2016). (Obsan Dossier 57). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Merçay, Clémence/Burla, Laila/Widmer, Marcel (2016). Merçay, Clémence/Burla, Laila/Widmer, Marcel (2016). Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030 (Obsan Bericht 71). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

*Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften – Interprofessionalität:*

Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften (2014). Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) (2014). Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen. Charta. Basel: Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften. URL: https://www.samw.ch/dam/jcr:c5fd1ba0-03f4-4e7a-adaa-2ab50a56253b/charta_samw_zusammenarbeit.pdf [Zugriffsdatum: 24. Dezember 2016].

# Anhang VII – Heuristisches Fragesystem, Teil 2

Die hier aufgeführten heuristischen Fragen explizieren das Vorwissen und Vorverständnis der Verfasserin und stellten eine Arbeitshilfe für die Arbeitsschritte (5), (6) und (7) der vorliegenden Untersuchung dar.

| **Fragen zur Rekonstruktion der diskursiven Beziehungen bzw. für die Tiefenhermeneutik (Schritte 5+6)** |
|---|
| Welche Hinweise gibt es auf zugrundeliegende theoretische Konzeptionen, z.B.: |
| – Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis pathogenetisch oder salutogenetisch? |
| – Professionsverständnis der Quelle/Autoren/Autorinnen (inkl. Indikatoren)? |
| – Welche Hinweise finden sich auf Genderspezifika oder andere Differenzierungen? |
| – Welches Verständnis des «Psychosozialen» kommt zum Ausdruck (Indikatoren)? |
| – Welches Verständnis von Sozialer Arbeit kommt zum Ausdruck (z.B. als Profession, Semi-Profession, professionalisierungsbedürftiger Beruf oder anderes)? |
| – Welches Menschenbild scheint in der Quelle vorzuherrschen? Weshalb? |
| – Was lässt sich in Anlehnung an den Capability Approach – für einmal nicht für die Klientel, sondern für Soziale Arbeit selbst – beobachten, d.h. zum Verhältnis ihrer Möglichkeiten (= Verwirklichungschancen) und tatsächlich realisierbaren (subjektiv sinnvollen) Tätigkeiten (= Functionings) (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 80 und 248)? |
| **Fragen für den Rückbezug und die Dispositivanalyse (Schritt 7)** |
| – Inwiefern finden sich im untersuchten Datenkorpus Hinweise auf eine übergreifende Funktion für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen? |
| – Inwiefern finden sich im untersuchten Datenkorpus Hinweise auf ein übergreifendes Tätigkeitsprofil für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen? |
| – Inwiefern finden sich «Brüche», Widersprüche, Unterschiede, Spannungsfelder? |
| – Inwiefern finden sich Hinweise auf Entwicklungen, Trends, Chancen, Ressourcen? |

Tabelle 4 – Heuristische Fragestellungen für die Arbeitsschritte 5 bis 7 nach Diaz-Bone (2005 [24] bis [26]) (eigene Darstellung)

# Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst habe. Alle Zitate, die wörtlich oder sinngemäss übernommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Alle verwendeten Quellen sind im Quellenverzeichnis aufgeführt.

Sursee, im Januar 2018

Therese Straubhaar