



Klinische Sozialarbeit : eine Herausforderung für die Soziale Arbeit

Brigitte Geißler-Piltz

(erschieden unter dem Titel „Im Brennpunkt liegt der Alltag der erkrankten Menschen“, Sozial Extra 1/2004)

Klinische Sozialarbeit stellt sich vor

Klinische Sozialarbeit versteht sich als beratende und behandelnde Sozialarbeit. Sie findet in vielfältigen Behandlungskontexten statt, oft eingebettet in multiprofessionellen Handlungsteams, die mit unterschiedlichen Methoden dazu beitragen, die Gesundheit von Klienten zu verbessern bzw. zu fördern. Die spezifische Kompetenz der Sozialen Arbeit in Kontexten der Gesundheitsarbeit basiert auf dem Verständnis einer (psycho-) sozialen Dimension im Krankheitsgeschehen, d.h. sowohl der sozialen Ätiologie als auch der Wechselbeziehung zwischen Gesundheit und sozialen Verhältnissen.

Eine so umrissene professionelle Tätigkeit wird mit großen Erwartungen und auch mit Skepsis betrachtet. Allein der Begriff „Klinische Sozialarbeit“ weckt Assoziationen von Entmündigung durch Experten (Ivan Illich). Dabei handelt es sich hier um eine Fachsozialarbeit, die mit der Sozialen Arbeit die ethischen Grundprinzipien und die berufspolitische Zielvorstellung teilt.

Zentral zuständig versteht sich Klinische Sozialarbeit für chronisch psychisch und somatisch kranke Menschen, also Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung psychisch und sozial leiden oder aufgrund ihrer sozialen Leiden erkranken. Nicht selten sind diese Menschen Helfern gegenüber misstrauisch, erleben deren Hilfsangebote als verordnet und gelten als „schwer erreichbar“ (hard-to-reach). In der Tätigkeit muss sich Klinische Sozialarbeit also theoretisch wie praktisch mit Menschen und ihren komplexen psycho-sozialen Problemen professionell auseinandersetzen: Dazu zählen Folgen sexueller und physischer Gewalt gegen Kinder und Frauen, Folgen von Flucht und Migration, Suizidversuche, chronisch somatische und psychische Leiden von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, Alkoholismus und Drogenmissbrauch, psychiatrische Alterserkrankungen sowie die Folgen, die diese Störungen und Krankheiten für die Familien und Angehörige haben (Brandel, 1997, 9).

Klinisch kompetent handeln zu können setzt eine umfassende Methodenkompetenz und eine respektvolle Haltung den Klienten gegenüber voraus. Nur auf dieser Basis kann die Gestaltung einer vertrauensvollen Beziehung gelingen, die wiederum Voraussetzung ist, um die Verwobenheit von biologischer Existenz und psycho-sozialen Problemen in Biographie und sozialem Kontext zu entziffern. Im Fokus klinischer Sozialarbeit liegen demnach der Alltag und die Lebenswelt der erkrankten Menschen. Ziel ist es, diese im Prozess der Krankheitsbewältigung zu motivieren und emotional zu unterstützen, sie zu befähigen, ihre Ressourcen zu erfahren und selbst bestimmt und verantwortungsvoll für sich zu handeln. Zur klinischen Befähigung gehören allerdings auch fundierte theoretische Kenntnisse, um Krisen und Suizidgefahren zu erkennen sowie psychopathologisches Basiswissen als Voraussetzung für eigenständige Interventionen.

Voraussetzungen und Anforderungen haben sich verändert Reformanstrengungen und strukturelle Veränderungen im Gesundheitsbereich, welche die Finanzierbarkeit und



Leistungsfähigkeit zum Ziel haben, sind für Sozialarbeit folgenreich und zwar in doppelter Hinsicht. Zum einen drängen Psychologen, Pflegekräfte, Ergotherapeuten und andere Berufsgruppen in die traditionellen Arbeitsfelder der Sozialarbeit, aber auch in neu entstehende und expandierende. Zum anderen haben sich aufgrund dieser Dynamik die Anforderungen an die Soziale Arbeit verändert: Die Arbeitsbelastung ist rein quantitativ gestiegen, d.h. immer weniger Sozialarbeiter sind für immer mehr Klienten zuständig. Zusätzlich erfordert die Arbeit mit den zum Teil chronisch schwer kranken Menschen eine intensivere psychosoziale Begleitung und Unterstützung; was wiederum eine intensive Verständigung mit anderen am „Fall“ beteiligten Berufsgruppen voraussetzt.

Es ist kein Zufall, dass die durch öffentliche Sparmaßnahmen in Gang gesetzte Konkurrenz in den Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens vor allem die Berufsgruppe der Sozialarbeiter tangiert. Mit ihren nicht klar definierten und wenig abgegrenzten Kompetenzen haben Sozialarbeiter im Gesundheitsbereich „ein schlechtes oder falsches Ansehen“, urteilt Garms-Homolová (2000,13). Sie haben es offenkundig versäumt, die vom Druck der Ökonomisierung freien Jahre zur Klärung der eigenen Handlungsmethoden und der Systematisierung des Erfahrungswissens zu nutzen. Ohne dieses Fundament kann sich die Soziale Arbeit nicht als gleichwertige Profession in psychosozialen Arbeitsfeldern positionieren.

So meinen auch Ortmann und Schaub, dass es der Sozialarbeit im klinischen Feld der Gesundheitsversorgung nicht gelungen sei, „als eigenständige Disziplin und Profession mit eigenen Wissensbeständen sowie spezifischen Denk- und Handlungsweisen wahrgenommen und anerkannt“ (2002,67) zu werden.

Die Verdrängung dieses traditionsreichen Berufsstandes im Gesundheitswesen ist oft beklagt, aber bisher nicht genügend erforscht worden. Die verpassten Chancen der Vergangenheit wirken bis heute nach, wie auch die kontroversen Erörterungen um die Berechtigung und die Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit zeigen.

Es klingt dramatisch, wenn Crefeld anmahnt, dass Sozialarbeit in vielen Bereichen nur deshalb noch zahlenmäßig relevant als Berufsgruppe übrig geblieben ist, weil hier keine Qualitätsfrage gestellt wird bzw. andere Berufsgruppen keine Konkurrenz bilden (2002, 60). Gerade im segmentierten, stark hierarchisch strukturierten Gesundheitswesen werden Qualifikationen für dort tätige Berufsgruppen wie Ärzte und Pflegekräfte über geregelte fachliche Weiterbildungen und Fachspezialisierung erreicht. Das Fehlen von geregelten Weiterbildungswegen und heilberufsrechtlichen Regelungen kann als Indikator für die geringe sozialpolitische Bedeutung der Berufsgruppe Soziale Arbeit im Bereich des Gesundheitswesens gelten. „Dass es für Sozialarbeiter, die im Gesundheitswesen mitwirken, entsprechende heilberufsrechtliche Standards bis heute nicht gibt, muss als Zeichen dafür gesehen werden, dass die Gesundheitspolitik dem Sozialarbeiterberuf nur eine sehr geringe Bedeutung für die medizinische Versorgung beimisst“ (Crefeld, 2002, 61).

Angesichts dieser rauen Realität ist es kein Zufall, dass gerade jetzt die Klinische Sozialarbeit, fast 30 Jahre wenig interessant für die deutsche Sozialarbeit, sich zunehmender Aufmerksamkeit und kritischer Beachtung erfreut. Denn diese Fachsozialarbeit entwickelt und integriert Methodenansätze und setzt Qualitätsstandards, die der Sozialen Arbeit in Beratungs- und Behandlungskontexten das nötige Profil verleihen könnten.

Die theoretische und methodische Tradition, aus der sich die Klinische Sozialarbeit speist, ist die soziale Einzelfallhilfe, die in Deutschland eine besondere Entwicklung durchlaufen hat.

Clinical Social Work: Back to the Roots

In den USA steht Clinical Social Work (CSW) in direktem Bezug zur Behandlung von Personen, „treatment and therapy“ sind selbstverständliche Bestandteile des sozialarbeiterischen Handelns, ohne Psychotherapie zu sein. Clinical Social Work begreift sich als zur allgemeinen Sozialarbeit zugehörig, differenziert sich aber gleichzeitig durch die Beschreibung ihres Gegenstandes und die professionelle Verknüpfung von Theoriemodellen mit praktischer Arbeit (Cooper, 2002, 7f).

Außergewöhnlich kann uns erscheinen, dass sich die führenden Vertreter auf Errungenschaften des frühen Case Work als Wesensmerkmale der Clinical Social Work beziehen. Es ist das Konzept der „person-in-environment“, das auf Mary Richmond und den „dualen Fokus“ zurückgeht. In ihrem Standardwerk „Social Diagnosis“ legte Mary Richmond im Jahr 1917 die theoretischen Grundlagen für die Behandlung und Betreuung von Menschen in Notlagen dar. Sie beruhen auf der Auswertung langjähriger Befragungen und Fallgeschichten. Zentral im „process leading to diagnosis“ (1917,113ff) sind die „investigations“. Sie bilden die Grundlage für die Diagnose, also für die Einschätzung der individuellen Lebenslagen und Lebensbewältigungsstrategien. Es sind Anleitungen für sozial relevante Beobachtungen bei Hausbesuchen und für relevante Fragen, die als Grundlage für die richtige Behandlung (treatment) dienen. Richmond entlehnt die Systematik der ärztlichen Ausbildung, wobei sie feststellt, dass diesen die Fähigkeit fehlt, Krankheiten auf mitwirkende soziale Störungen zurückzuführen. Sie hingegen sucht die Ursachen von Krankheiten und sozialen Fehlanpassungen im sozialen Umfeld der Klienten. In ihrem 1920 erschienen Lehrbuch „What is social case work?“ vertieft sie diesen Ansatz, sieht die Aufgabe des Case-Workers darin, personen-spezifische Anpassungsleistungen zwischen Menschen und sozialer Umwelt zu entwickeln.

Das theoretische Konzept und die methodische Strategie dieser anspruchsvollen Person-in-Situation Anforderung heißt, den individuellen Klienten und seine soziale Situation als wechselseitige Beziehung zu erfassen sowie auch die helfende Person in ihrem Einfluss auf dieses und in diesem System zu reflektieren.

Die Clinical Social Work scheint von den verschiedenen Richtungen der amerikanischen Sozialarbeit den Traditionen des Social Case Work am engsten verbunden. Ihre Vorläufer sind im dualen System von materieller Versorgung durch die Wohlfahrtsämter und den psychosozialen Hilfen von Beratungsstellen vorwiegend in letzteren zu finden.

Diese waren eher akademisch gebildet, deshalb auch methodisch ausgewiesen und hatten weniger Fallzahlen zu bewältigen. In den 60er Jahren hat sich die Sozialarbeit in der Tradition des Social Case-Work für die „direct practice“ entschieden und als Berufsgruppe konsequent eigene Wege verfolgt. Gemeinsam mit den sich gesellschaftspolitisch engagierende SozialarbeiterInnen hielten sie soziale Reformen für notwendig, die sie allerdings außerhalb ihrer beruflichen Handlungskompetenzen wähten.



Aus dieser Bewegung ist die Clinical Social Work entstanden mit dem Ziel, durch hohe Qualitätsstandards innerhalb des Gesundheitssystems neben Ärzten und Psychologen wettbewerbsfähig zu sein. Selbstbewusst positionieren sie sich und bieten ihre Dienste als „therapy plus“ (Dorfman,1988,18) an, d.h. als Behandlung von Einzelpersonen, Familien und Gruppen unter Berücksichtigung des situativen Kontextes.

Die Entwicklung der Sozialarbeit in Deutschland hat bei allen Unterschiedlichkeiten zu den USA Gemeinsamkeiten, was die Entwicklung der Einzelfallhilfe anbelangt. Alice Salomon, die große Persönlichkeit für die Konzeptualisierung der Sozialen Arbeit in Deutschland, bezieht sich 1926 auf Richmond. In Ihrem Werk „Soziale Diagnose“ geht auch sie davon aus, dass eine sorgfältige Erhebung sozialer Daten die Voraussetzung einer soliden sozialen Diagnose ist, die eine selbstständige und komplexe Leistung vom Fürsorger fordere (C.W.Müller,1995, 145). In der Erhebung der Daten legt sie nicht nur Wert auf Präzision und Vollkommenheit, sie fordert auch wissenschaftliche Tugenden, d.h. Tatsachen und persönliche Meinungen zu trennen. Die geforderte, eindringliche Vorgehensweise mag uns heute übertrieben und problematisch erscheinen. Die „Kunst zu helfen“ kann jedoch als Grundlage der Theorie und Methode der Sozialen Arbeit angesehen werden. Nach Salomon besteht diese darin, „dass man einem Menschen hilft, sich in der gegebenen Umwelt einzuordnen, zu behaupten, zurecht zu finden- oder dass man seine Umwelt so umgestaltet, verändert, beeinflusst, dass er sich darin bewähren, seine Kräfte entfalten kann“ (1926, 59). Mit diesem Handlungsansatz, der den Menschen in den Mittelpunkt stellt und ihn weniger der kontrollierenden Fürsorge ausliefert, führt Salomon das Konzept von Richmond gedanklich weiter aus. In den folgenden Jahren arbeitet sie an einer sozialen Kasuistik mit dem Blick auf eine soziale Therapie. Ihr Werk wird durch den deutschen Faschismus und die erzwungene Emigration in die USA beendet. Seine Wirkung ist – anders als bei Richmond- deshalb allerdings sehr begrenzt.

Die weit reichenden Folgen der Methodenvernachlässigung

Nach dem 2. Weltkrieg ist die Sozialarbeit in Deutschland unverkennbar andere Wege gegangen als in den USA. Die Stärke der in Deutschland entwickelten Ansätze ist die kritische Theorie.

Zunächst übernahmen die deutschen FürsorgerInnen dankbar die klassischen Methoden der amerikanischen Sozialarbeit, womit sie an wissenschaftliche Traditionen der Vor-Nazi-Fürsorge anknüpfen konnten. Das galt auch für die Lehrenden. Sie waren zumeist deutschsprachige Emigranten, die versuchten, den von der internationalen Entwicklung abgeschnittenen FürsorgerInnen in Deutschland einen Einblick in die Arbeitsweise des Social Case-Work zu verschaffen. Die Grundgedanken der Fortbildungslehrgänge waren die Akzeptanz des Klienten und seiner Entscheidungsfreiheit, die annehmende Haltung und das Ansprechen von Gefühlen, Grundlagen sozialarbeiterischer Arbeitsformen, die in der Nach-Hitler-Zeit ein radikales Umdenken verlangten. (vgl. Müller 1998, Wendt 1995).

Es war diese in den USA weiter entwickelte Methode der „vertieften Einzelfallhilfe“ mit einem personenzentrierten Akzent, an der sich die Kritik der 68er Bewegung entzündete. In den klassischen Schriften dieser Zeit wurde sie einer kritischen Kapitalismusanalyse unterworfen. Kern ist die schon bei M. Richmond auftauchende – und seitdem immer wieder



aufflammende- Kritik der Vernachlässigung gesellschaftlicher Probleme. Der Einzelfallhilfe wird vorgeworfen, soziale Probleme zu individualisieren, psychische Störungen als selbstverschuldet zu begreifen und somit die Massen für ihr Elend verantwortlich zu machen. Weiter wird ihr mangelnde wissenschaftliche Fundierung nachgewiesen, sie bilde keine Theorie, ersetze diese lediglich durch subjektive Gedankenbilder. So heißt es denn auch in der „Sozialpädagogischen Korrespondenz“ von 1971: „Diese Pseudowissenschaftlichkeit hat System, ohne sie könnte die Sozialarbeit nicht das sein, was sie gegenwärtig ist, nämlich eine ihrem Wesen nach konservative Institution, die die Mängel im „System Sozialer Sicherung“ oberflächlich repariert und damit die gesellschaftlichen Ursachen der Mängel verschleppt“.(Baron u.a., 1978, 125f). Diese Kritik greift die sich bis heute fortsetzende Kontroverse zwischen den historisch gewachsenen Aufgaben der Sozialen Arbeit auf, die Goldstein mit den Begriffen der “people helper“ versus „societal changer“(1980, 173) passend umreißt.

Nach der politisch-aktiven Phase in deutschen (Fach)Hochschulen versiegten das Angebot an Methodenlehre und die Bemühungen um die notwendige Methodenintegration. Die Sozialarbeit in Deutschland verlor den Anschluss an die internationale Entwicklung. Die Vorteile dieser Phase lagen ganz eindeutig in der Entwicklung kritischer Gesellschaftsanalysen, welche die Ursachen sozialer Probleme oder die Soziogenese von Erkrankungen zu ergründen suchten. Die medizinisch-psychiatrischen Institutionen mit ihren diskriminierenden Praktiken wurden kritisch betrachtet. Es bestand jedoch kein Interesse daran, diese Erkenntnisse auf konkrete „Fälle“ zu beziehen und in reflektiertes, professionelles Handeln einmünden zu lassen. „Die seit zwanzig Jahren stark entwickelte sozialwissenschaftliche Reflexion in der Theoriebildung hat keine Entsprechung in verbindlichen Methodenstandards gefunden“, beschreibt Müller (1992, 145) die Lage.

Die sich anschließende Therapiebewegung der siebziger und achtziger Jahre, in der unkritisch immer neue, psychotherapeutische Methoden übernommen wurden, kann als Reaktion auf das handlungsmethodische Vakuum verstanden werden, welches die Methodenkritik hinterlassen hatte. Trotz einiger seriöser Ansätze hinterlässt diese Zeit nachhaltige Spuren einer Verunsicherung des methodischen Selbstbewusstseins. “ Es war der Verlust der Gewissheit, über akzeptierte, zielsichere und problemadäquate Handlungsinstrument zu verfügen“, führt Galuske (1998,129) aus. Offenbart wird die Not und Hilflosigkeit vieler SozialarbeiterInnen, die sich angesichts der komplexen Probleme ihrer KlientInnen allein gelassen fühlten. Die unverändert anhaltende Attraktivität vor allem psychotherapeutischer Weiterbildungsangebote verdeutlicht den berechtigten Anspruch auf Qualifikationen, um im Wettbewerb standhalten zu können und den steigenden beruflichen Anforderungen an psychosozialen Dienstleistungen gewachsen zu sein. Damit verbunden ist oft auch die Hoffnung, in eine bessere Position aufzusteigen und eine Identität als Familientherapeut, Gestaltpädagoge oder Suchtberater zu gewinnen.

Viele der Weiterbildungsangebote, auch die von hoher Qualität, erfüllen allerdings nicht die an sie gestellten Erwartungen. Sie beruhen zumeist auf geliehenen Handlungskonzepten und disziplinfremden Verstehensmodellen und sind deshalb für die Bewältigung von Alltagsrealität Sozialer Arbeit wenig verlässlich.



Ausblick

Es ist deshalb an der Zeit, die Methodenentwicklung und -integration wieder in den Mittelpunkt der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit zu stellen und eine empirisch-theoretische Bestandsaufnahme vorzunehmen, um Indikationen, die Anwendung verschiedener Verfahren und ihre

Wirkungsweisen in der Praxis zu überprüfen. Die Klinische Sozialarbeit mit ihrer international anerkannten Qualifikation scheint hierfür eine solide Basis zu bieten. Und sie ist auf dem besten Weg, sich in Deutschland zu etablieren.

Sowohl für die Praxis als auch für die Hochschulen stellt das eine Herausforderung dar, weil nur in einem Miteinander von Theorie und Praxis die notwendigen Anforderungen an die Klinische Sozialarbeit theoretisch begründet und praktisch entwickelt werden können: Methoden – und Interventionskompetenzen, vertiefte Selbstreflexion, theoretische Fundierung und Forschungsbefähigung u.ä. Die Hochschulen haben in diesem Prozess die Aufgabe, die Klinische Sozialarbeit theoretisch-wissenschaftlich zu fundieren, praxisbezogen die Erfordernisse der Sozialen Arbeit in Feldern der klinischen Sozialarbeit zu erforschen und Diplom-, (Bachelor-) und Masterstudiengänge, die eine Befähigung zu klinischer Expertise vermitteln, weiter zu entwickeln und zu evaluieren.

Literatur

- Brandell, J. R. (1997): *Theory and Practice in Clinical Social Work*, New York (The Free Press)
- Baron, R., Dyckerhoff K., Landwehr, R., Nootbaar, H. (1978): *Sozialarbeit zwischen Bürokratie und Klient- die Sozialpädagogische Korrespondenz 1969-1973 (reprint)*, Offenbach
- Crefeld, W.(2002): *Psychosoziale Beratung bei Krankheit und Behinderung braucht eine sozialarbeitswissenschaftliche Grundlage*, in: Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2002): *Klinische Sozialarbeit, eine Positionsbestimmung*, Münster, Hamburg, London (Litverlag), 57-83
- Cooper, M.G., Granucci Lesser J. (2002): *Clinical Social Work. An Integrated Approach*, Boston, London, Toronto (Allyn & Bacon)
- Dorfman, R. A. (1988): *Paradigmas of clinical social work*, vol. 1. New York (Brunner/Mazel)
- Galuske, M.(1998): *Methoden der Sozialen Arbeit*, Weinheim, München (Juventa)
- Garms-Homolová, S. (2000): *Professionelle Sozialarbeit im integrierten Gesundheitssystem*, In: *Sozialarbeit im Gesundheitswesen 2000*. Deutscher Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik e.V.(Hg.)
- Geissler-Piltz, B. (2002): *On stage! Klinische Sozialarbeit - Master of social work*. In: *alice*. Magazin der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin, 5/2002, 4-8.
- Goldstein, E. (1980). *Knowledge base of clinical social work*. *Social Work*, 173-178.
- Goldstein, E. (1996): *What is clinical social work? Looking back to move ahead*. *Clinical Social Work Journal*, 24 Jg., H 1, 89-104
- Mühlum, A. (2002): *Gesundheitsförderung oder klinische Fachlichkeit. Auf dem Weg zur Klinischen Sozialarbeit*. In: Dörr, M: *Klinische Sozialarbeit. Eine notwendige Kontroverse*, Hohengehren, (Schneider Verlag), 10-23



- Müller, B. (1993): *Statement im Rahmen der Umfrage der Blätter der Wohlfahrtspflege zu Stand und Perspektiven der Methoden beruflicher Sozialarbeit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 5, 1992, 141-147*
- Müller, C.W. (1995): *Wie Helfen zum Beruf wurde. Eine Methodengeschichte der Sozialarbeit, von 1883-1945 (Bd. 1) 4. Aufl., Weinheim, (Beltz)*
- Ders. (1998): *Wie Helfen zum Beruf wurde. Eine Methodengeschichte der Sozialarbeit, von 1945 bis 1995 (Bd.2), 3. Aufl., Weinheim, (Beltz)*
- Ortmann K., Schaub, A. (2002): *Klinische Sozialarbeit. In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Nr.1, 66-72*
- Pauls, H. (2001): *Klinische Sozialarbeit – eine dringend notwendige Spezialisierung; in: DVSK Forum Krankenhaussozialarbeit, Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (Hg.) H.1, 9-17*
- Ders. (2002): *Zukunftsperspektiven der Erfahrungstherapie und personenzentrierten Beratung: Beratung im Rahmen Klinischer Sozialarbeit in: GwG, H.2 ,229-240*
- Richmond, M. E. (1917): *Social Diagnosis, New York (Russel Sage Foundation)*
- Diess.(1922): *What is social case work? New York (Russel Foundation)*
- Wendt, W. R. (1995): *Geschichte der Sozialen Arbeit , 4. Aufl., Stuttgart (Enke)*
- Salomon, A.(1926): *Soziale Diagnose, Berlin*