

**Ilona Küspert**

Fachbereich: Sozialarbeit

## DIPLOMARBEIT

Zukunftsperspektiven der klinischen Sozialarbeit in  
Deutschland

in Hinblick auf Ausbildung, Rollenverständnis und  
Berufsidentität

vor dem Hintergrund der Situation in USA

Erstprüferin: Prof. Dr. Sabine Allwin

Zweitprüfer: Prof. Tommy Rogers

Abgabetermin: August 2002

Der Mensch ist die Medizin des  
Menschen.

(aus Afrika)

<b>Einleitung</b> -----	<b>1</b>
<b>1. (Clinical) Social Work in den USA</b> -----	<b>2</b>
<b>1.1 Begriffsbestimmung (Clinical) Social Work</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Social Work und Social Welfare</b>	<b>2</b>
<b>1.3 Kurze Einführung zum Welfare-System in den USA</b>	<b>3</b>
1.3.1 Öffentliche und private Absicherung-----	3
1.3.2 Das neue Sozialhilferecht von 1996-----	5
<b>1.4 Allgemeine historische Aspekte von Social Work</b>	<b>6</b>
<b>1.5 Sozialarbeit als Profession</b>	<b>7</b>
<b>1.6 Ausbildungssituation in den USA</b>	<b>8</b>
1.6.1 Die Entwicklung der professionellen Ausbildung-----	8
1.6.2 Streifzug durch die letzten Jahrzehnte-----	9
1.6.3 Das amerikanische credit system-----	9
1.6.4 Jetziger Stand der Ausbildung-----	10
1.6.5 Ausblicke-----	11
<b>1.7 Professionalisierung und Berufsvertretungen</b>	<b>12</b>
1.7.1 Council of Social Work Education (CSWE)-----	13
1.7.2 Die National Association of Social Workers (NASW)-----	14
<b>1.8 Entwicklung der Clinical Social Work (CSW)</b>	<b>15</b>
<b>1.9 Die Beziehungen zu Case Management</b>	<b>16</b>
<b>2. Sozialarbeit in Deutschlands Gesundheitswesen</b> -----	<b>18</b>
<b>2.1 Merkmale der aktuelle Situation im dt. Gesundheitswesen</b>	<b>18</b>
2.1.1 Veränderungen-----	19
2.1.2 Reformansätze-----	19
2.1.3 Fazit-----	21
<b>2.2 Stand der KlinSA in Deutschland: Überblick/ Einführung</b>	<b>21</b>
2.2.1 Begriffsbestimmung KlinSA-----	22
2.2.2 Ziele der KlinSA-----	23

2.2.3	Aufgaben klinischer Sozialarbeit-----	24
2.2.4	Ethische und rechtliche Hintergründe-----	25
<b>2.3</b>	<b>Professionalisierung der Sozialen Arbeit</b>	<b>26</b>
<b>2.4</b>	<b>Kritik an der Situation Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen</b>	<b>27</b>
2.4.1	Vergütung-----	28
2.4.2	Verortung im professionellem Umfeld-----	28
2.4.3	Anerkennung und Professionalisierung-----	29
2.4.4	Die Berufsverbände-----	30
<b>2.5</b>	<b>Gegenstimmen zur Spezialisierung KlinSA</b>	<b>30</b>
<b>2.6</b>	<b>Die Ausbildungssituation in Deutschland</b>	<b>32</b>
2.6.1	State of art an den Fachhochschulen-----	32
2.6.2	Das neue Hochschulrahmengesetz-----	33
2.6.3	Diskussion um BA- und MA-Abschlüsse-----	33
<b>2.7</b>	<b>Verfahren zur Standardsicherung von Studiengängen</b>	<b>35</b>
2.7.1	Evaluation-----	35
2.7.2	Akkreditierung-----	36
2.7.3	Das European Credit Transfer System (ECTS)-----	37
<b>2.8</b>	<b>Der Masterstudiengang für klinische Sozialarbeit</b>	<b>39</b>
2.8.1	Studienziel-----	40
2.8.2	Kennzeichen des Studiengangs-----	40
2.8.3	Inhaltliches Profil-----	41
<b>2.9</b>	<b>Die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit</b>	<b>41</b>
2.9.1	Ziele der ZKS-----	42
2.9.2	Stellungnahmen der Fachverbände-----	42
<b>3.</b>	<b>Qualitative Untersuchung-----</b>	<b>44</b>
<b>3.1</b>	<b>Vorüberlegungen zur eigenen Untersuchung</b>	<b>44</b>
<b>3.2</b>	<b>Methodisches Vorgehen</b>	<b>45</b>
3.2.1	Das Erhebungsverfahren-----	45
3.2.2	ExpertInnen/wissen- Begriffsbestimmung-----	45

3.2.3	Die InterviewpartnerInnen -----	46
3.2.4	Die Interviewfragen-----	47
<b>3.3</b>	<b>Vor - und Nachteile der E-Mail Befragung</b>	<b>47</b>
<b>3.4</b>	<b>Das Auswertungsverfahren</b>	<b>48</b>
<b>3.5</b>	<b>Ergebnisse der Untersuchung</b>	<b>49</b>
<b>4.</b>	<b>Resümee -----</b>	<b>55</b>
<b>4.1</b>	<b>Professionalisierung der (klinischen) Sozialarbeit</b>	<b>55</b>
<b>4.2</b>	<b>Konsequenzen für die Ausbildung</b>	<b>55</b>
<b>Literatur</b>	<b>-----</b>	<b>58</b>
<b>Anhang</b>	<b>-----</b>	<b>66</b>

## Abkürzungsverzeichnis

<b>AK</b>	Arbeitskreis
<b>BA</b>	Bachelor
<b>BSW</b>	Bachelor of Social Work
<b>CSW</b>	Clinical Social Work
<b>CSWE</b>	Council of Social Work Education
<b>DBSH</b>	Deutscher Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik e.V.
<b>DGS</b>	Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit
<b>DRGs</b>	Diagnoses Related Groups
<b>DVSK</b>	Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus
<b>FH</b>	Fachhochschule
<b>HRG</b>	Hochschulrahmengesetz
<b>KH</b>	Krankenhaus
<b>KlinSA</b>	Klinische Sozialarbeit
<b>MA</b>	Master
<b>MSW</b>	Master of Social Work
<b>NY</b>	New York
<b>SA</b>	Sozialarbeit
<b>SP</b>	Sozialpädagogik
<b>SPO</b>	Studienprüfungsordnung
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch
<b>SUNY</b>	State University of New York
<b>SWS</b>	Semesterwochenstunden
<b>WHO</b>	Weltgesundheitsorganisation
<b>ZKS</b>	Zentralstelle für klinische Sozialarbeit

## **Einleitung**

Die Zahl der Arbeitsstellen von Sozialarbeitern mit klinischen Aufgabenstellungen macht bereits heute etwa ein Drittel aller Arbeitsplätze dieses Berufsstandes aus. Klinische Sozialarbeit (KlinSA) gewinnt immer mehr an Bedeutung, wie z.B. die erstmalige Verankerung von "Soziotherapie" - ein Teilbereich der KlinSA - als Regelleistung der Krankenversorgung im Gesundheitsstrukturgesetz zeigt. Die Bedeutung dieser im Zuge der gesellschaftlichen Modernisierungsprozesse zu vollziehenden Entwicklungen haben inzwischen auch die Fach- und Berufsverbände der Sozialarbeit erkannt. So fordern die Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) und die Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK) eine an der internationalen Situation orientierte fachliche Spezialisierung "Klinische Sozialarbeit". In den USA ist die CSW deutlich stärker etabliert als in den europäischen Ländern. Dies führt dazu, dass sich die SA in Deutschland an der Entwicklung in den USA orientiert.

Meine persönlichen Erfahrungen im medizinischen Berufsfeld haben mich motiviert, dieses Thema im Rahmen meiner Diplomarbeit zu behandeln. Ich habe mehrere Jahre als Physiotherapeutin gearbeitet und war zwei praktische Semester meines Studiums der Sozialen Arbeit im Sozialdienst eines Krankenhauses tätig. Ein Semester absolvierte ich dabei in einer Onkologieabteilung im Bereich Case Management in Poughkeepsie, NY. So konnte ich mir einen Überblick über CSW in den USA verschaffen. Von besonderem Interesse für mich sind die Zukunftsperspektiven der klinischen Sozialarbeit in Deutschland, gerade im Hinblick auf die Ausbildung, das Rollenverständnis und die Berufsidentität. Im ersten Kapitel beschäftige ich mich mit der Situation der CSW vor dem Hintergrund des sozialgesellschaftlichen Kontextes in den USA. Ein Schwerpunkt bildet dabei die Darstellung der Ausbildungssituation, vor deren Hintergrund im nächsten Kapitel die Verhältnisse der SA im Gesundheitswesen in Deutschland herausgearbeitet werden. Darüber hinaus wird deren Entwicklung bewertet und Bezüge zu den Verhältnissen in den USA hergestellt. Ich habe außerdem eine qualitative Untersuchung mittels Experteninterviews durchgeführt und die Vorgehensweise und Ergebnisse in Kapitel 3 dargestellt.

Vergleiche mit anderen europäischen und außereuropäischen Ländern wären ebenfalls wünschenswert und sinnvoll, sind aber nicht Thema dieser Arbeit. Hier sei auf vorhandene Studien wie die der Bertelsmann Stiftung verwiesen (siehe Literaturliste unter Goedegebuure, L.)

# **1. (Clinical) Social Work in den USA**

Die Situation der SA im Gesundheitswesen, wie wir sie gerade in Deutschland haben, war in den USA in den 70ern eine ähnliche. Vieles, was sich in Deutschland erst in den letzten Jahren entwickelt hat bzw. sich jetzt gerade herauskristallisiert, haben die Amerikaner vor Jahren durchwandert. Daher möchte ich zuerst auf Social Work in den USA eingehen. Nachdem ich selbst zwei Semester meines Studiums in den USA bzw. im Staat New York absolviert habe, konnte ich auch einiges durch eigene Erfahrung kennen lernen. Bei meiner Beschreibung möchte ich mich auf das Wesentliche beschränken, d.h. ich werde einen Überblick bzw. eine Einführung in das komplexe soziale Geschehen in den USA geben, und ich bin mir bewusst, dass ich dabei einiges unerwähnt lassen muss.

## ***1.1 Begriffsbestimmung (Clinical) Social Work***

Der Begriff Sozialarbeit wurde von der direkten Übersetzung von Social Work übernommen, der jedoch mit dem deutschen Begriff Sozialarbeit nicht identisch ist. Sozialpädagogik als ein klar abgrenzbarer Zweig der Sozialen Arbeit existiert nicht, ihn hat es nie gegeben, und Erziehungswissenschaft bzw. Pädagogik (Education/Pedagogy) als mögliche Leit- oder Orientierungswissenschaft für die soziale Arbeit ist in den USA auch nie ein Thema gewesen. „Education“ gilt als eine der verwandten Wissenschaften, auf die sich Sozialarbeit/Social Work stützt, aber viele Aspekte, die der Sozialpädagogik zugerechnet werden, sind sozusagen Inbegriff der Social Work. Hier zeigt sich, wie komplex es ist, Deutschland und die USA zu vergleichen. Wenn also die US-amerikanische Sozialarbeit vorgestellt wird, dann als Berufsfeld, als eigenständige Profession und als wissenschaftliche Disziplin, die neben anderen Disziplinen auf allen akademischen Ebenen etabliert und anerkannt ist. Dies kann man leider von Deutschland nicht behaupten. Das wird im zweiten Teil dieser Arbeit weiter verdeutlicht.

## ***1.2 Social Work und Social Welfare***

In den Vereinigten Staaten hat sich die Sozialarbeit als Profession tendenziell stärker mit dem privaten bzw. freien als mit dem öffentlich-rechtlichen Bereich, dem flächendeckenden Social Welfare (öffentliche Wohlfahrtspflege), identifiziert.

Ausbildungsstätten wie Praxisstellen haben sehr früh - und besonders beeinflusst durch die Psychoanalyse (später durch andere Richtungen wie Behaviorismus und humanistische Ansätze) - auf die Entwicklung des Social Case Work (Soziale Einzelhilfe) gesetzt und damit an Profil gewonnen.

Es zeigt sich vor allem auch durch die Lizenzierung für klinische Sozialarbeit, dass dieser Teil der Sozialarbeit gegenüber anderen Praxisbereichen eine gesetzlich geschützte Anerkennung genießt. Das sollte aber nicht zu unbedachter Kritik an der Social Case Work führen, denn viele Clinical Social Workers arbeiten mit Benachteiligten und bemühen sich um die Einlösung eines kritischen Umweltbezugs. Es ist aber auch nicht von der Hand zu weisen, dass sich der Social Case Work Bereich gegenüber der sozialen Gruppenarbeit, der Gemeinwesenarbeit und sozialen Aktion ungleich stärker etabliert hat.

Die Berufsgruppe der SozialarbeiterInnen bemüht sich um ein ausgewogenes Verhältnis zwischen individuellen und strukturellen Ansätzen, ist aber trotz des hohen Organisationsgrades und aller Bemühungen nicht in der Lage, die gesellschaftlichen Gewichte so zu beeinflussen, dass es zu wesentlichen und dauerhaften Veränderungen kommt. Weil strukturelle Veränderungen nach dem Zusammenbruch kollektiver Realpolitik besonders schwer und doch notwendig zu sein scheinen, steht die Berufsgruppe weiterhin vor der Aufgabe, den hohen Anspruch einzulösen.

Während der letzten Jahre hat sich die klinische Sozialarbeit (Clinical Social Work) sehr erfolgreich entwickelt, u.a., weil sie auf dem Psychotherapiemarkt gegenüber den Honoraren von Psychologen und Psychiatern kostensparender ist. Der generalistische Ansatz (Generalist Social Work Practice) wird weiter entwickelt, breitet sich aus und könnte ein Gegengewicht zur Therapeutisierung der Sozialarbeit werden. Das gesellschafts- bzw. sozialpolitische Engagement durch die Berufsvertretungen bleibt weiter bestehen, und einzelne SozialarbeiterInnen mischen sich auf allen Ebenen stärker in die Politik ein.<sup>1</sup>

### ***1.3 Kurze Einführung zum Welfare-System in den USA***

Um die Unterschiede der Systeme in den USA und Deutschland verstehen zu können, möchte ich im Folgenden auf die Situation in den USA eingehen, da Reglements bzw. Gegebenheiten wie das „Welfare System“ großen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen der Sozialarbeiter haben. Wären die Bedingungen ähnlich wie in Europa bzw. Deutschland, hätte sich die Profession der amerikanischen Social Worker wahrscheinlich anders entwickelt und etabliert. Daher finde ich es nötig, sich mit den Umständen in den USA genauer zu befassen, bevor ich mich der Profession der Social Worker widme.

Die Regelungen können von Bundesstaat zu Bundesstaat recht unterschiedlich sein und es würde den Rahmen sprengen, auf alle Variationen einzugehen, daher hat diese Darstellung keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

#### **1.3.1 Öffentliche und private Absicherung**

In den USA gibt es kein umfassendes und existenzsicherndes soziales Sicherungssystem. Ein beträchtlicher Bevölkerungsteil ist nicht in das staatliche Sicherungssystem integriert, und selbst für diejenigen Bevölkerungsgruppen, die öffentliche Sozialleistungen erhalten, sind diese Leistungen allein weder bedarfsdeckend noch existenzsichernd. Somit überrascht es auch nicht, dass – im Vergleich zu Deutschland – die Sozialleistungsquote der USA deutlich niedriger

---

<sup>1</sup> vgl. Weismiller (1995)

ausfällt. Bei einer derartigen Bewertung der nationalen Sozialleistungen und -ausgaben ist aber zu bedenken, dass die Absicherung sozialer Risiken in den USA – im Unterschied zur Situation in Deutschland – größtenteils privat erfolgt. In diesem Zusammenhang sind etwa private Versicherungen sowie Formen der privaten Vermögensbildung zu nennen.

Hinzu kommt, dass viele Bürger sich in stärkerem Maße als in Deutschland freiwillig sozial engagieren und eine Vielzahl gemeinnütziger Organisationen soziale Dienste und Leistungen anbieten. Private Vorsorge und privates Engagement stehen folglich in den USA im Mittelpunkt der individuellen Absicherung gegen soziale Risiken, während öffentliche Sozialleistungen eine – notwendige – Ergänzung darstellen.<sup>2</sup>

Im sozialen Sicherungssystem der USA lassen sich vereinfachend Versicherungen und Hilfen unterscheiden.

### I) Versicherungen

Die Renten- und die Krankenversicherung für Ältere bilden den Kern des nationalen US-amerikanischen Sozialversicherungssystems. Die Rentenversicherung gewährleistet keine Status-, sondern allenfalls eine Grundsicherung. Da die Rentenversicherung – wie in Deutschland – aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen finanziert wird und über 90 Prozent der Erwerbstätigen dort versichert sind, erfreut sie sich einer hohen politischen Akzeptanz. Die Absicherung des Krankheitsrisikos erfolgt in den USA in der Regel durch den Abschluss einer privaten Krankenversicherung, da es mit Ausnahme der Krankenversicherung für Ältere (ab 65 Jahre) und für Behinderte (Medicare) keine gesetzliche Krankenversicherungspflicht gibt. Das Fehlen einer Krankenversicherungspflicht hat zur Folge, dass größere Bevölkerungsgruppen unzureichend oder gar nicht versichert sind. (Ca. 4 Mio. leben ohne Krankenversicherung.) Diese Versicherungslücke wird auch nicht durch die basalen medizinischen Leistungen im Rahmen des entsprechenden Sozialhilfeprogramms (Medicaid) geschlossen. Gleichwohl sind die öffentlichen Krankenversicherungsleistungen (Medicare und Medicaid) als armutspräventive Maßnahmen von erheblicher Bedeutung. Als weitere Sozialversicherungen sind die Arbeitslosen- und die Unfallversicherung wichtig, die aber in die Gesetzgebungskompetenzen der einzelnen Bundesstaaten fallen, so dass es in den USA in diesen Sozialversicherungszweigen keine einheitlichen nationalen Standards gibt.

### II) Soziale Hilfe

Die sozialen Hilfen sind ein wesentlicher Bestandteil des sozialen Sicherungssystems der USA. Im Unterschied zur deutschen Sozialhilfe setzen sie sich aus einer Vielzahl von Bundes-, Länder- und Kommunalprogrammen zusammen, die immer wieder erheblichen politischen Einflussnahmen unterliegen.

Im Kern handelt es sich um vier national gültige, bedarfsgeprüfte, steuerfinanzierte und zielgruppenbezogene Sozialhilfeprogramme, die – im Unterschied zum deutschen Bundessozialhilfegesetz – relativ häufig modifiziert werden:

- *Aid for Families With Dependent Children (AFDC):*

---

<sup>2</sup> vgl. Katz (1989)

Dieses Programm gewährte bis 1996 finanzielle Leistungen für bedürftige Familien mit Kindern; es handelte sich bei den Leistungsempfängern um alleinerziehende Mütter. Dieses Sozialhilfeprogramm stand im Mittelpunkt der Sozialhilfereform und wurde durch das umstrittene Programm *Temporary Assistance for Needy Families* (TANF) abgelöst.

- Im Rahmen des *Supplement Security Income* (SSI) werden finanzielle Mittel für bedürftige alte und für behinderte Menschen bereitgestellt.
- Das *Food-Stamps*-Programm stellt Lebensmittelhilfen für bedürftige Familien bereit.
- *Medicaid* gewährleistet eine minimale Krankenversorgung für Arme.

Diese nationalen Sozialhilfeprogramme werden durch zusätzliche Sozialhilfemaßnahmen der einzelnen Bundesstaaten und Kommunen ergänzt und durch steuerpolitische Maßnahmen wie den Earned Income Tax Credit, also Steuerermäßigungen für erwerbstätige, aber einkommensschwache Familien (*working poor*), flankiert.<sup>3</sup>

### 1.3.2 Das neue Sozialhilferecht von 1996<sup>4</sup>

Die Vereinigten Staaten haben noch nie so umfassende öffentliche Sozial- und Gesundheitshilfen geleistet wie manche Länder in Westeuropa. Zum Beispiel gibt es in den USA noch immer kein nationales Krankenversicherungssystem, und 43 Millionen Einwohner, d.h. 16,1 % der gesamten US-Bevölkerung, haben keine Krankenversicherung. Das Phänomen ist nicht neu oder ungewöhnlich, dieser chronische Misstand in der Wohlfahrts-Struktur der USA wird wahrscheinlich noch auf Jahre hinaus unverändert bleiben. Genau mit diesem Anteil der Bevölkerung war ich (und natürlich alle anderen Case Manager) am häufigsten und am intensivsten beschäftigt.

Geändert wurde das Unterstützungsprogramm für Familien<sup>5</sup>, das seit 1935 bestand. Am 22. August 1996 wurde das existierende Programm mit dem Anspruch und Ziel geändert, Hilfe zur Selbsthilfe zu fördern.

Die Grundannahme zur Überarbeitung des bisherigen Welfare-Systems ist folgende: Jeder einzelne Erwachsene in den USA sollte in der Lage sein, seine oder ihre Familie ohne große oder längerfristige finanzielle Hilfe der Regierung zu unterhalten.

Wenn allerdings die Umstände zwingend erscheinen, wie mit der als Versagen empfundenen US-Sozialpolitik, kehrt man in den USA sehr schnell zu einer traditionellen Anti-Regierungshaltung zurück.

Die Streichung der bisherigen Sozialhilfe-Berechtigung wird mit der dreifachen Zunahme von Kindern begründet, die im Zeitraum der letzten 30 Jahre AFDC-Beihilfe erhielten. Das neue Sozialgesetz reflektiert also das doppelte und miteinander verbundene Risiko der Kinder von Alleinerziehenden und der unehelichen Kinder. So zeigt sich in der neuen Sozialhilfegesetzgebung der historisch verankerte Individualismus in extremster Form.

---

<sup>3</sup> vgl. Backhaus-Maul (1999)

<sup>4</sup> Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996

<sup>5</sup> Aid for Families and Dependent Children - AFDC

Die Werte, die hinter dem neuen US-Sozialhilfegesetz stehen, sind eine Fortschreibung alter Traditionen: Sparsamkeit, Moralität und Arbeitsethik - jene bekannten Säulen der US-Gesellschaft.<sup>6</sup>

Das neue US-Sozialhilfegesetz ist sehr komplex und wurde bereits 1997 stellenweise revidiert, um einige extreme Härten zu beseitigen. Jedoch bleiben die allgemeinen Voraussetzungen bestehen. Wenigstens 40 % der Familien, die die TANF-Unterstützung<sup>7</sup> erhalten, wird Arbeit zur Auflage gemacht. Für die Förderung unter TANF gilt im Allgemeinen eine fünfjährige Gesamtbegrenzung während der gesamten Lebenszeit des Antragstellers; ausgenommen sind besondere Härten, z.B. bei häuslicher Gewalt.<sup>8</sup> Doch gerade Frauen mit Gewalterfahrung (Domestic violence) haben große Schwierigkeiten, diesen Anspruch durchzusetzen. Sie brauchen kontinuierliche Hilfe und Unterstützung, welche etwa in Frauenhäusern (women shelter) bzw. vom zuständigen und speziell geschulten Social Worker angeboten wird.

Betrachtet man die Leistungsseite dieser Programme, so ist aber festzuhalten, dass die sozialen Hilfen weder bedarfsdeckend noch existenzsichernd sind, so dass die Mehrzahl der LeistungsempfängerInnen in den USA unterhalb der offiziellen Armutsgrenze lebt.

Laut Elisabeth Reichert sollte zusammenfassend festgehalten werden, „dass die Soziale Arbeit in den USA - wie bisher - sehr stark von den freifließenden Kräften marktwirtschaftlicher Interessen abhängen wird und nicht mit kontinuierlicheren sozialstaatlichen Maßnahmen rechnen kann, solange der Individualismus nicht durch mehr kollektive Verantwortung ersetzt oder erweitert wird. Dies zeigt sich nicht nur im neuen Welfare Act von 1996, sondern auch in der - als Modell gepriesenen - Arbeitsmarktreform. Durch sie hat zwar die Arbeitslosigkeit enorm abgenommen, aber viele Menschen müssen mehreren Beschäftigungen nachgehen, mit immer geringer werdenden Existenz-sichernden Anteilen der Arbeitgeber (Fringe Benefits).“<sup>9</sup> Welche Auswirkungen dieser neue Welfare Act auf die Lebenswelt und -qualität chronisch Kranker hat, habe ich oft genug während meines Praktikums mitbekommen.<sup>10</sup>

#### ***1.4 Allgemeine historische Aspekte von Social Work***

„Wollte man die gesellschaftlichen Hintergründe und die Dynamik wohlfahrtsstaatlicher Entwicklungen in den USA mit einigen Phänomenen benennen, dann mit Calvinismus und Puritanismus, später Sozialdarwinismus, aus denen sich die Begriffe und Einstellungen zum ‚Rugged Individualism‘ bzw. ‚Survival of the Fittest‘ entwickelt haben, gekoppelt mit der nicht enden wollenden Struktur-Debatte, ob die einzelnen Staaten (State Governments) oder der Bund (Federal Government) die letztendliche Kompetenz, Macht und Verantwortung für eine Minimalversorgung in Not geratener BürgerInnen trage. Bei den Verhandlungen kam und kommt es dann oft zu Festlegungen, die in den einzelnen

---

<sup>6</sup> mit denen ich als Deutsche nicht immer zurechtgekommen bin oder sie als befremdend empfunden habe.

<sup>7</sup> Temporary Assistance for Needy Families

<sup>8</sup> vgl. Reichert (2001)

<sup>9</sup> Reichert (2001) S. 1619

<sup>10</sup> So habe ich z.B. eine Frau betreut, die mit Z.n. Mamma-Ca (Brustkrebs) immer morgens zur Bestrahlung zur „Radiation-Oncology Department“ kam. Im Gespräch fand ich heraus, dass sie während der gesamten Behandlung (Chemotherapie und Bestrahlung) weiterhin in einem Pflegeheim (nursing home) nachts arbeitete, da sie sonst keinerlei Zuschüsse zu den Behandlungskosten (benefits) mehr bekommen hätte.

Staaten zu sehr unterschiedlichen Hilfsangeboten materieller und immaterieller Art führen. Die Debatte um De-/Zentralisierung der Regierung ist so alt wie die Vereinigten Staaten selbst.<sup>11</sup>

Auf einige Meilensteine der Entwicklung möchte ich etwas näher eingehen, da sie die Situation, wie sie heute ist, wesentlich mit beeinflusst haben:

Der „New Deal“ nach 1932 brachte einen Linksruck in Richtung Planwirtschaft, erschütterte aber keineswegs das kapitalistische Grundgerüst. Die bis dahin überwiegend private Sozialarbeit wurde stärker durch öffentliche Mittel ergänzt, und es entstanden während der „Great Depression“ abgestufte flächendeckende Hilfsprogramme.

Zu den Reformen zählte der „National Housing Act“ von 1934 und die Schaffung einer bundesweiten Wohnungsverwaltung, um für bessere Wohnbedingungen für Familien mit niedrigen Einkommen zu sorgen. Der „Social Security Act“ wurde 1935 beschlossen und beinhaltete die Ausgangspunkte einer flächendeckenden Sozialhilfe für Familien mit abhängigen Kindern (Aid to Families with Dependent Children – AFDC), eine rudimentäre medizinische Grundversorgung, eine Altersversorgung und eine zwischen Bundesregierung und Länderregierungen auszuhandelnde Arbeitslosenversicherung. Wesentliche sozialpolitische Errungenschaften in Deutschland, z.B. während der Bismarck-Ära und der Weimarer Republik, sind durch Parteipolitik und nicht primär durch Berufsgruppen geprägt worden. In den USA dagegen sind Veränderungen stärker durch Interessen- und Protestgruppen („Pressure Groups“) durchgesetzt worden und zwar durch Konzentration auf bestimmte soziale Anliegen (Social Issues).<sup>12</sup> Daran hat sich bis heute nichts verändert.<sup>13</sup>

## **1.5 Sozialarbeit als Profession**

In den USA ist Sozialarbeit ein Beruf, der historisch gesehen durch eine starke Verpflichtung zur Arbeit mit und für die Armen geprägt wurde.<sup>14</sup> Die Anfänge dieser Arbeit als professionelle Tätigkeit liegen im späten 19. Jahrhundert. Die Wurzeln sind in den Religionen und humanistischen Traditionen, in den Wohltätigkeitsorganisationen und in der „Settlement“ Bewegung zu finden. Zu den historischen Trends gehören

- (1) die Entwicklung der sozialen Einzelhilfe und Familienarbeit („Social Case Work“),
- (2) die Vorherrschaft der psychoanalytischen Bewegung in den zwanziger Jahren, dann
- (3) die Bewegung der öffentlichen Wohlfahrt in den dreißiger Jahren, - (4) die Einführung von Methoden der Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit in den vierziger und fünfziger Jahren,
- (5) soziale Reformbestrebungen und die Integration der Methoden zum „Generic Approach“ in den sechziger Jahren und
- (6) die Popularität der Systemtheorie („Social Systems Theory“) und der ökologischen Bewegung in den siebziger and achtziger Jahren.

---

<sup>11</sup> Reichert (2001) S. 1617

<sup>12</sup> vgl. Reichert (2001)

<sup>13</sup> Als Beispiel möchte ich auf die fast militant auftretenden AbtreibungsgegnerInnen hinweisen, die Arztpraxen und Kliniken z.B. blockieren und nicht nur auf diese, sondern auch auf die Regierung Druck ausüben, um ihre Interessen durchzusetzen.

<sup>14</sup> Hier gibt es durchaus Parallelen zu Deutschland, wie etwa die jüdische Frauenbewegung, doch darauf soll hier nicht weiter eingegangen werden.

Die Frage, ob Sozialarbeit überhaupt eine Profession sei, ist seit fast einem Jahrhundert für SozialarbeiterInnen eine Herausforderung gewesen. In der Berufsgeschichte spiegeln sich die systematischen Bemühungen früher Pioniere, einen professionellen Status zu erringen, die professionellen Organisationen zu vereinigen und Richtlinien für die Ausbildung zu entwickeln. Der professionelle Status der SozialarbeiterInnen wurde erstmalig 1915 von Abraham Flexner bewertet. Nach seiner Schlussfolgerung war Sozialarbeit noch keine Profession. Dieses Ergebnis beschleunigte intensive Bemühungen um das Erreichen des professionellen Status, z.B. durch den Ausbau der Universitätsabteilungen, die Entwicklung eines professionellen Gremiums zur Beurteilung und Bewertung standardisierter Studienpläne und das Abhalten regelmäßiger regionaler und überregionaler Konferenzen. Nach erheblichen Fortschritten in der Entwicklung von Methoden für die Praxis, die die praktische Qualifikation der SozialarbeiterInnen verbesserten, die ihre empirischen Grundkenntnisse erweiterten und die die professionellen Verbände konsolidierten und festigten, wird heute davon ausgegangen, dass Sozialarbeit professionellen Status erreicht hat.<sup>15 16</sup>

## ***1.6 Ausbildungssituation in den USA***

### **1.6.1 Die Entwicklung der professionellen Ausbildung**

Die Entwicklung der Ausbildung zur Sozialarbeit in den USA begann vor über 100 Jahren relativ parallel zu anderen westlichen Industrieländern. Engagierte Persönlichkeiten wie Jane Addams, Mary Richmond, Alice Salomon, Gordon Hamilton, René Sand, Edith Black, Madame Mülle, um nur einige zu nennen, kannten sich und lernten voneinander.<sup>17</sup> Ihre unterschiedlichen und in vielen Punkten doch erstaunlich ähnlichen Ideen wurden fast gleichzeitig in Ausbildungs- und Praxisprogramme umgesetzt. Die Sozialdienste richteten zunächst arbeitsbegleitende Ausbildungen für ihre MitarbeiterInnen ein.

Mary Richmond empfahl 1897 die Gründung einer Ausbildungsstätte, einer „Training school of applied philanthropy“. Schon früh erkannten die Verantwortlichen der „Charity Organizations“ und der „Settlement“ Bewegung, dass gute methodische Ausbildung die Voraussetzung für den Erfolg des sich herausbildenden Berufs war, doch gab es ausgiebige Debatten darüber, ob der Schwerpunkt auf der praktischen oder auf der theoretischen Ausbildung liegen sollte (Daran hat sich bis heute nicht unbedingt viel geändert). Man einigte sich darauf, dass die Ausbildung im Rahmen einer Universität stattfinden sollte. Die praktischen Notwendigkeiten sollten aber auf keinen Fall zugunsten des theoretischen Niveaus, der Professionalisierungs- und Wissenschaftsentwicklung vernachlässigt werden. Jene Universitätsprogramme betonten beides, theoretisches Verständnis und praktische Erfahrung. Die New York Charity Organization

---

<sup>15</sup> vgl. Reichert (2001)

<sup>16</sup> Nach einem Jahr in den USA und dem Kennenlernen ganz unterschiedlicher sozialer Einrichtungen und Berufsfelder von amerikanischen „Social Worker“ hatte ich den Eindruck, dass sie sich oft mit Verwaltungsaufgaben, Forschung etc. beschäftigen und gar nicht so häufig direkt am Klienten arbeiten. Dieses Bild hat sich beim Durcharbeiten verschiedener Literatur immer wieder bestätigt. Somit ist die Rolle des Sozialarbeiters in den USA nicht wirklich mit dem Berufsverständnis vergleichbar, welches wir hier in Deutschland haben.

<sup>17</sup> vgl. hierzu Sklar (1998)

Society weitete ihr berufsbegleitendes Training aus und wurde 1898 Sponsor für ein sechswöchiges Sommerprogramm. Daraus folgte während der folgenden sechs Jahre die Etablierung des ersten einjährigen Studienganges der New York School of Philanthropy, die zunächst die New York School of Social Work und 1962 die Columbia University School of Social Work wurde.

Es entstanden 17 solcher "Schulen", die sich 1919 zur American Association of Schools of Social Work zusammenschlossen und die von vornherein oder schrittweise in das universitäre System integriert wurden. Eine Reihe dieser Studiengänge waren zunächst existierenden sozialwissenschaftlichen Fachbereichen (Departments) zugeordnet – je nach "Initialzündung" beispielsweise der Psychologie oder der Soziologie. Die Loslösung von den bisherigen Leitwissenschaften und die Etablierung als unabhängige Fachbereiche mit späterer Promotionsberechtigung beschleunigte die Emanzipation als eigenständige wissenschaftliche Disziplin und Profession.<sup>18</sup>

### **1.6.2 Streifzug durch die letzten Jahrzehnte**

In jedem Jahrzehnt gab es ein überarbeitetes Curriculum, welches die Veränderungen sowohl der Profession als auch der Gesellschaft widerspiegelte. Schon sehr früh basierte das vorgeschriebene Curriculum auf acht Fachbereichen. "These components, known as the basic eight, were social case work, social group work, community organization, social administration, public welfare, social research, medical information and psychiatric information." Als Ausgleich zu den theoretischen Fächern gab es das vorgeschriebene "field placement" unter der Supervision qualifizierter professioneller Sozialarbeiter. In den 50ern begannen viele Programme, die „traditional methods courses“ mit den „generic skills courses“ zu verbinden mit Schwerpunkt auf „developing sound practice skills“. Zusätzlich bewegten sich die Unterrichtsinhalte weg von „Settings“ oder der Identifikation mit Einrichtungen hin zu breiterer Problemorientierung mittels Fokussierung auf Intervention. Die neue Ausrichtung beinhaltete „social work methods“, „human behavior“ und „social environment“, „social welfare history and policy“, und „research“ zusammen mit „field instruction.“ Während der 60er Jahre wurden mehr sozialwissenschaftliche Konzepte integriert und es gab einen größeren Bedarf an Praktikern mit Management- und Planungsfähigkeiten. Die Struktur des Curriculum entwickelte sich entlang "direct service"(micro), Supervision, Beratungen und Personalentwicklung (mezzo), und Verwaltung, Planung, Analyse and Evaluation (macro). Zusätzlich entwickelten sich ein zunehmendes Bewusstsein hinsichtlich der regionalen Unterschiede und die Notwendigkeit für Schulen, die Rolle ethnischer Minderheiten und deren Ziele und Haltungen zu erkennen. Die Programme wurden weniger standardisiert, mit der Absicht, größere Sensibilität hinsichtlich der sich ändernden sozialen Bedingungen und mehr Experimentieren und Innovation zuzulassen in der sich immer ändernden Rolle des professionellen Sozialarbeiters.<sup>19</sup>

### **1.6.3 Das amerikanische credit system**

Um die Ausbildung und ihre Andersartigkeit besser darstellen zu können, in Deutschland noch kein solches einheitliches Bewertungssystem existiert, und es

---

<sup>18</sup> vgl. Reichert (2001)

<sup>19</sup> vgl. Bernard (1995) S. 15f

durchaus die Qualität des Studiums mit beeinflussen kann, möchte ich auf das amerikanische Kreditsystem kurz eingehen.

Das amerikanische Kreditsystem ist als credit accumulation system, nicht als credit transfer system angelegt worden. Ein Transfer von Studenten und Kredits an andere Hochschulen war unüblich. Erst in den Jahren nach dem 2. Weltkrieg entstand dahingehend ein Bedarf, als Soldaten, die aus dem Krieg zurückkehrten, ihre Studien an anderen Colleges und Universitäten wiederaufnahmen als an denen, die sie bis zu ihrer Einberufung besucht hatten. Auch hatte eine zunehmende Zahl von Studenten den Wunsch, ein oder zwei Semester an einer anderen Hochschule – häufig im Ausland - zu studieren, was den Druck auf die amerikanischen Hochschulen verstärkte, fairere Bedingungen für den Transfer von akademischen Kredits herzustellen.<sup>20</sup>

Heute hat sich das amerikanische credit system an den 3000 Hochschulen in allen Staaten der USA fest etabliert. Es gilt an Community oder Junior Colleges mit vorwiegend zwei- bis dreijährigen undergraduate-Ausbildung, den Colleges mit meist vierjähriger undergraduate-Ausbildung und den unterschiedlichen Universitätstypen mit vorwiegend vierjähriger undergraduate- und anschließender graduate-Ausbildung.

Ein vierjähriger BA-Studiengang im Semestersystem ist in der Regel in 120 credits unterteilt, es wird also von den Vollzeitstudenten erwartet, dass sie pro Semester im Durchschnitt die Lehrveranstaltungen so belegen, dass sie im Schnitt 15 credits erbringen. Die credit hour entspricht in der Regel einer Vorlesungsstunde über ein Semester, wobei für damit verbundene Vor- und Nacharbeiten des Studenten weitere zwei Stunden veranschlagt werden.

Das amerikanische System hat das Ziel, den Studenten die Ansammlung von credits zu erleichtern, es ist ein credit accumulation system. Wenn möglich, bleibt der amerikanische Student an der einmal gewählten Hochschule, um dort seine credits komplikationslos zu akkumulieren, zumindest bis ein Abschluss erreicht ist. Einen Hochschulwechsel wird er, wenn möglich, während einer Studienphase vermeiden. Das liegt daran, dass die Konzeptionen, Ziele und Qualitäten der US-amerikanischen Hochschulen sich in einer Art unterscheiden, die in Europa nur schwer vorstellbar ist. Die akademische Anerkennung von Studienzeiten und – teilleistungen (credit transfer) ist in den USA daher in der Regel problematisch.<sup>21</sup> Das gilt natürlich auch für Social Work Studenten.

#### **1.6.4 Jetziger Stand der Ausbildung**

Das Hochschulstudium zur Sozialarbeit ist abgestuft und findet auf drei Ebenen statt:

Als vierjähriges grundlegendes/allgemeines Studium bzw. „Undergraduate Studies“ mit weitgehender Allgemeinbildung in der ersten Hälfte,<sup>22</sup> und einem Schwerpunkt in Sozialarbeit zum Bachelor of Social Work (BSW) in den letzten zwei Jahren des Studiums.<sup>23</sup> Es ist - im Vergleich mit Deutschland - nur begrenzt als Fachstudium zu verstehen.

---

<sup>20</sup> vgl. Dalichow (1997) S.7-9

<sup>21</sup> ebd. S.34f

<sup>22</sup> In den ersten zwei Jahren (sog. „freshman“ und „sophomore“) werden die Studenten meist zusammen in große Seminaren unterrichtet. An der SUNY waren es bis zu 500 Studenten in einem Seminar.

<sup>23</sup> Diese werden „junior“ bzw. „senior“ genannt. Meine Mitstudenten waren meist im 7. Semester, also „seniors“ und meist einige Jahre jünger als ich, was sich hinsichtlich Leistungen, Beiträge etc. bemerkbar machte.

Als weiterführendes Studium „Graduate Studies“ in einem bzw. zwei Jahren zum Master of Social Work.<sup>24</sup>

Als Aufbaustudium nach dem BSW kann der MSW in einem Jahr und als Einstieg nach einem Bachelor in einem anderen Schwerpunktgebiet (z.B. Bachelor of Arts – BA) in der Regel in zwei Jahren erreicht werden.

Diese Studiengänge können unterschiedlich gewichtet sein. Einige betonen beispielsweise soziale Administration, andere klinische Sozialarbeit, manche Ausbildungsgänge haben Schwerpunkte für den Gesundheitsbereich oder Kinder- und Jugendhilfe, um nur einige zu nennen.

Einige Ausbildungsprogramme halten sich an das Modell „Advanced General Practice“, das sich auf verschiedene Problemfelder, Interventionsebenen und alle drei klassischen Praxismethoden bezieht. Zu diesem sich neu herausbildenden Berufszweig schreibt Diane Bernard Folgendes: „While it is clear that the social service system is desperately in need of highly trained and knowledgeable practitioners specialists in myriad areas, there are extensive geographical areas with limited facilities, requiring practitioners with a wide range of knowledge and skills. This has given rise to a new specialization, primary in rural and underserved areas, called advanced generalist as a focus for the second year of graduate education.“<sup>25</sup>

Die Ausbildung zur Sozialarbeit muss in jedem Fall vier Hauptelemente beinhalten und zwar:

- Sozialpolitik/Sozialgesetzgebung (Social Policy),
- Praxisanteile in Praxis-Seminaren und in Praktika (Practice Seminars and Field Practice),<sup>26</sup>
- Forschung (Research) und
- menschliches Verhalten im sozialen Umfeld (Human Behavior and Social Environment).

Dies gilt für das Grundstudium. Darauf baut sich spezifischeres Wissen auf.

An den Universitäten und Colleges, die für Sozialarbeit ausbilden, gab es im Jahre 2000:

- 417 Undergraduate-Programme zum BSW
- 131 Graduate-Programme zum MSW bzw. MSSW
- 65 Doctoral-Programme zum DSW.

Das Studium zum „Doctor of Social Work“ (DSW) oder PhD in einem angrenzenden Fachgebiet ist zeitlich nicht begrenzt und sehr stark auf Forschung und Theoriebildung ausgerichtet.

### 1.6.5 Ausblicke

Neue Settings für Dienstleistungen, die vom Praktiker (practitioner) spezielles Wissen abverlangen, entwickeln sich immer wieder neu. Ein größeres Augenmerk muss in Zukunft auf das Altern der Bevölkerung gerichtet werden, was wiederum mehr Training in Gerontologie und Gesundheitserhaltung (health maintenance) erfordert. Wachsende Probleme verbunden mit Drogenmissbrauch und der Aids-Epidemie erfordern viel mehr Arbeitskräfte mit speziellem Fachwissen. Andere sich ausdehnende Gebiete wie „birth technology“, Gentechnik, Gesundheit, Industrie und Rechtsprechung fördern den Trend zur Spezialisierung. Die

---

<sup>24</sup> Es gibt auch andere Variationen, wie etwa Master of Science in Social Work (MSSW)

<sup>25</sup> Bernard (1995) S. 19

<sup>26</sup> Vergleichbar mit dem „studienbegleitenden Praktikum“ dt. Fachhochschulen. An der SUNY mussten 120 Stunden pro Semester in einer Einrichtung einschließlich Supervision absolviert werden.

Streitfrage Spezialisierung gegen allgemeine Orientierung wird in Zukunft erneute Betrachtung erfordern. Es liegt auf der Hand, dass neue Bereiche immer wieder entstehen, welche spezielles Wissen und Engagement brauchen, doch gleichzeitig gibt es den Bedarf an unabhängigeren, selbstständigen Praktikern mit breitem Handlungsspektrum (broad service perspective). Der momentane Trend weg von der allgemeinen Orientierung (undergraduate school und erstes Jahr graduate education) in Richtung Spezialisierung (zweites Jahr graduate school) mag mehr Raum zum Ausprobieren und für unterschiedliche Vorgehensweisen geben. Für diejenigen, die in stark unterversorgten Gebieten beschäftigt sind oder diejenigen, von denen verlangt wird, ein breites Gebiet abzudecken (generalized emphasis), könnte das ein höheres Ausbildungsniveau (advanced levels) erfordern. Diese wachsende Komplexität des Dienstleistungssystems mag mehr denn je vom Ausbildungssystem der Sozialarbeit Flexibilität und Formenreichtum (variety) erfordern.<sup>27</sup>

Größere Herausforderungen wie etwa Gegenden, wo verschiedene Bevölkerungsschichten zusammenleben, das rasche Altern unserer Gesellschaft oder durch Gentechnik, Aids, Medizinethik, Ökologie etc., können kaum mit einem Jahr spezialisierter Ausbildung abgedeckt werden. Der MSW wird nicht mehr als der endgültige Abschluss in der Sozialarbeit angesehen; die Anzahl der promovierten Sozialarbeiter steigt exponentiell an.<sup>28</sup>

Eine Möglichkeit wäre, dass in Zukunft der MSW klar als der Abschluss für spezialisiertes Praktizieren auf höherem Niveau (specialized advanced practice) etabliert wird, für dessen Zulassung schließlich der BSW oder ein äquivalenter Abschluss Voraussetzung sein würde. Eine Ausweitung auf ein dreijähriges MSW- Programm würde unter anderem ökonomische Probleme aufwerfen. Ein potentiell Interesse an einem dieser beiden Lösungsvorschläge wird durch die einschränkende Prioritätensetzung und das Bevorzugen eines Dokortitels begrenzt.

Studien haben ergeben, dass Inhaber eines „graduate degrees“ relativ bald die „direct service“ Tätigkeit aufgeben, um Positionen im mittleren Management oder der Verwaltung anzunehmen. Daher sollte beim „second graduate year“ ein „generalist direct practice emphasis“ eingerichtet werden und so eine allgemeine Übersicht (generalist macro orientation) anbieten. Diese Arrangements würden dann eine Spezialisierung erfordern, die durch Zertifizierung oder durch dreijährige Programme zugänglich wären.<sup>29</sup>

Die Frage der Spezialisierung bzw. der Differenzierung ist aus einer Vielzahl von Gründen wichtig, etwa wenn die Ausbildung wegen berufspolitischen, sozialen und gesellschaftlichen Anforderungen optimiert werden soll. Hochschulpolitische Kursänderungen haben oftmals die Absicht, Hochschulsysteme zu schaffen, die hinsichtlich öffentlicher Bedürfnisse und ökonomischer Prioritäten flexibler, anpassungsfähiger und empfänglicher sind. Um solche auch effektiv umzusetzen, braucht es Organisationen, die sich für solche Belange einsetzen.

## ***1.7 Professionalisierung und Berufsvertretungen***

Elisabeth Reichert schreibt, dass 1911 einige „Women’s Colleges“ einen professionellen Verband in New York City gründeten, genannt „Intercollegiate Bureau of Occupations“, mit dem Ziel, Stellen für ihre Absolventinnen zu finden.

---

<sup>27</sup> vgl. Bernard (1995) S.17

<sup>28</sup> ebd. S. 18

<sup>29</sup> ebd. S. 19

Eine der Abteilungen, die „National Social Worker Exchange“ genannt wurde, war vor allem an professionellen Maßstäben interessiert, und unterstützte die Bemühungen, 1921 eine umfassende Berufsorganisation zu gründen: die American Association of Social Workers. Neben der American Association of Schools of Social Work entstand, vergleichbar mit der von Salomon 1917 gegründeten Deutschen Konferenz der sozialen Frauenschulen, eine zweite Organisation mit Schwerpunkt Sozialverwaltung, die National Association of Schools of Social Administration. Ein weiterer Anstoß zur Gründung professioneller Verbände kam von ProfessorInnen, die Sozialarbeit als Studienfach lehrten und so versuchten, Akzeptanz innerhalb der akademischen Gemeinschaft zu gewinnen. Obgleich die Ehrenamtlichkeit im sozialen Bereich einen sehr hohen Stellenwert hat, ist professionelle Sozialarbeit in den USA seit jeher stärker als in Deutschland als bezahlte Arbeit verstanden worden. Die SozialarbeiterInnen in den USA haben es nach zähen Verhandlungen schon 1955 erreicht, aus den verschiedenen Strömungen eine gut organisierte und umfassende Berufsvertretung zu schaffen<sup>30</sup>, was in Deutschland immer noch nicht gelungen ist bzw. sich auf verschiedene kleinere Verbände verteilt (siehe weiter unten).

### 1.7.1 Council of Social Work Education (CSWE)

Um in Curriculumfragen und bei der Anerkennung der schnell zunehmenden Ausbildungsstätten nicht doppelgleisig zu verfahren, schlossen sich die American Association of Schools of Social Work und die National Association of Schools of Social Administration nach längeren Verhandlungen 1952 zu einem starken Zentralorgan, dem Council of Social Work Education, zusammen. Das Council of Social Work Education wurde die richtungsangebende, koordinierende und kontrollierende Organisation für die Ausbildung in der Sozialarbeit, von der die An- und Aberkennung aller Studienprogramme zur Sozialarbeit in den USA abhängt und der sie sich unterwerfen.

Hier liegt der wesentliche Unterschied zu Ausbildungssystemen in anderen Ländern. Der CSWE arbeitet eng mit den Dachverbänden der Praxis und mit der nationalen Berufsvereinigung der SozialarbeiterInnen, der National Association of Social Workers (NASW), zusammen und das weitaus enger, als dies in Deutschland der Fall ist. Der Sinn und Zweck des CSWE ist es, eine hohe Qualität der Ausbildung sicherzustellen.

Dies geschieht über eine in Intervallen stattfindende Akkreditierung aller Schools of Social Work bzw. Departments of Social Work. Die Akkreditierungsverfahren finden in fünfjährigen Intervallen statt und beziehen sich u.a.:

- Auf die grundlegenden vier Elemente Social Policy, Practice, Research und Human Behavior, die dem Studium der Sozialarbeit zugrunde liegen müssen.
- Auf die Qualifikation von Lehrenden (DSW oder PhD. in Sozialarbeit bzw. in einer naheliegenden Disziplin, MSW oder MSSW einer anerkannten Ausbildungsstätte und mindestens zwei Jahre Praxiserfahrung), die Qualifikation für Lehrende in bestimmten Bereichen (z.B. Methoden- bzw. Praxisseminare nur durch SozialarbeiterInnen).
- Auf die Forderung von beruflicher Fort- und Weiterbildung und die Überprüfung von Forschungs- und Publikationsaktivitäten der Lehrenden.
- Auf die Relevanz und Aktualität von Literaturlisten für einzelne Lehrveranstaltungen.

---

<sup>30</sup> vgl. Reichert (2001)

- Auf die Beteiligung von Frauen und Minderheiten als Lehrende im Rahmen einer selbst auferlegten Kontrolle im Sinne der Affirmative Action. Der CSWE bietet außerdem regelmäßige Konferenzen zur Fort- und Weiterbildung vor allem für Lehrkräfte an und gibt eigene Publikationen heraus.<sup>31</sup> Welche Rechte und Pflichten der CSWE hat, wird im folgenden Text kurz geschildert: „Its authority to accredit is recognized by the U.S. Office of Education and the Council on Postsecondary Accreditation (COPA).[...] By the regulations of COPA, the national organization responsible for granting accrediting status to all postsecondary education in the United States, only those programs providing the entry level to a profession can be accredited. Since social work education provides for professional entry at both the BSW and MSW levels, the CSWE petitioned and was granted the opportunity to accredit at both levels.“<sup>32</sup> Als weitere Qualifizierungs- und Professionalisierungsmerkmale gibt es
  - a) die mögliche Mitgliedschaft in der Academy of Certified Social Workers (ACSW) und
  - b) seit einigen Jahren den Erwerb der gesetzlich geschützten Spezial-Qualifikation als Licensed Clinical Social Worker (LCSW).

### 1.7.2 Die National Association of Social Workers (NASW)

Die National Association of Social Workers (NASW) in den USA wurde als einheitlicher Berufsverband bereits 1955 von den damals noch verbliebenen Verbänden der SozialarbeiterInnen als einheitlicher, allen in der Sozialarbeit Tätigen offener Berufsverband gegründet. Die ordentliche Mitgliedschaft steht AbsolventInnen von Ausbildungsstätten offen, die durch den CSWE akkreditiert sind. Zur Zeit gibt es mehr als 19.000 außerordentliche studentische Mitglieder. Mit 155.000 Mitgliedern (Stand 2000) bzw. mittlerweile rund 170.000 Mitgliedern (Organisationsgrad von mehr als 50 % der SozialarbeiterInnen mit einem Hochschulabschluss) ist die NASW z.Zt. die größte nationale Berufsvertretung von SozialarbeiterInnen und stellt eine bedeutende politische Lobby dar. Der nach geographischen und fachlichen Kriterien strukturierte Verband ist Mitglied in der International Federation of Social Workers (IFSW).

Als Antwort auf die großen Kürzungen im Sozialbereich in den 80er Jahren konzentriert die NASW ihre Kräfte 1988 in einem „National Center for Social Policy and Practice“, mit der Zielsetzung, eine bessere Verbindung zwischen Sozialpolitik und sozialarbeiterischer Praxis herzustellen. Zwischenzeitlich kommt diesem NCSP&P eine erhebliche Bedeutung zu in Bezug auf die Sicherung von Standards, speziell auch hinsichtlich der Kostensätze freiberuflicher SozialarbeiterInnen. Mit der 1962 gegründeten Academy of Certified Social Workers (ACSW) setzt die NASW auch im Aus- und Fortbildungsbereich ihre Vorstellungen von Qualität der Sozialen Arbeit wirkungsvoll um. Die NASW ist ein Beispiel dafür, dass Soziale Arbeit durchaus wirkungs- und machtvoll in die Politik einzugreifen vermag.<sup>33</sup>

Die aktuelle Stellung der Clinical Social Work in den USA, deren Entwicklung im nächsten Abschnitt skizziert wird, wurde auch durch den Einfluss der NASW erreicht.

---

<sup>31</sup> ebd.

<sup>32</sup> Bernard (1995) S. 10

<sup>33</sup> vgl. Forum Sozial (3-2001) S.6

## 1.8 Entwicklung der Clinical Social Work (CSW)

Laut NASW wird CSW folgendermaßen definiert: „Clinical social work shares with all social work practice the goal of enhancement and maintenance of psychosocial functioning of individuals, families, and small groups. CSW practice is the professional application of social work theory and methods to the treatment and prevention of psychosocial dysfunction, disability, or impairment, including emotional or mental disorders. The perspective of person-in-situation is central to Clinical Social Work practice. CSW includes interventions directed to interpersonal interactions, intrapsychic dynamics, life support and management issues. CSW services consist of assessment, diagnosis and treatment, including psychotherapy and counselling, client-centred advocacy, consultation, and evaluation.“<sup>34</sup>

Die Clinical Social Work (CSW) wurzelt in den USA methodisch im Ansatz des Case-Work der zwanziger Jahre. In den sechziger Jahren machten sich mehr und mehr SozialarbeiterInnen selbstständig und gründeten auf die Behandlung von sog. gestörten Menschen spezialisierte Praxen. Es entstanden Initiativen zur Schaffung eigener Berufsvereinigungen für im klinischen Bereich arbeitende Sozialarbeiter. 1971 wurde schließlich die National Federation of Societies for Clinical Social Work (NFSCSW) gegründet. 1978 erfolgte die Anerkennung der Clinical Social Work durch die National Association of Social Work als eigene spezialisierte Profession. Richtlinien für die Ausbildung und die Praxis wurden festgelegt. In den USA ist die Klinische Sozialarbeit somit seit beinahe dreißig Jahren ein eigener anerkannter Bereich der therapeutischen und behandelnden Sozialarbeit, mit eigener Ausbildung, Master-Abschluss an Universitäten und Promotionsmöglichkeit. Lizenzierte bzw. diplomierte Klinische Sozialarbeiter können sich in freier Praxis niederlassen und ihre Leistungen mit Krankenversicherungen abrechnen. Es existiert auch eine eigene Fachzeitschrift, das Clinical Social Work Journal.<sup>35</sup>

Der Titel Licensed Clinical Social Worker (LCSW) ist eine rechtlich geschützte Berufsbezeichnung, die von den Bundesstaaten verliehen wird und den MSW einer anerkannten Ausbildungsstätte sowie mehrere Jahre klinisch-therapeutische Praxis unter Supervision und eine bestandene Prüfung voraussetzt. Zur periodischen Erneuerung des Zertifikats ist die Teilnahme an einschlägigen Fortbildungen (Continuing Education) nachzuweisen. Ansonsten verliert man seine Lizenz. In Deutschland ist das vergleichbar mit dem Titel des Psychotherapeuten, wobei es da für den Erhalt der Lizenz reicht, einen bestimmten Betrag zu zahlen.<sup>36</sup>

In den USA werden die derart qualifizierten CSW in ein Register des Berufsverbandes eingetragen (NASW Register of Clinical Social Workers), das ständig ergänzt wird.<sup>37</sup>

In Deutschland ist der Begriff „klinische Sozialarbeit“ erst seit einigen Jahren eingeführt, obwohl die Tätigkeitsbereiche der KlinSA bekanntlich auch hier eine längere Tradition haben. Darauf komme ich im nächsten Teil meiner Arbeit zurück.

---

<sup>34</sup> Swenson (1995) S.507

<sup>35</sup> vgl. Zentralstelle für klinische Sozialarbeit (ZKS) (2002)

<sup>36</sup> Ich fände es sinnvoller, diese Summe regelmäßig in Fort- und Weiterbildungen zu investieren bzw. es wie die Amerikaner an die Erneuerung des Zertifikats zu koppeln, da somit ein gewisser Qualitätsstandard gewährleistet werden kann.

<sup>37</sup> vgl. Wendt (1995) S. 256f

## ***1.9 Die Beziehungen zu Case Management***

Eine der Methoden, die bei der CSW zu Anwendung kommt, ist das Case Management. Ich möchte darauf etwas näher eingehen, da ich im Rahmen meines Praktikumsemesters diesen Bereich besser kennen lernen konnte; die Mitarbeiter der Abteilung, die „Clinical Social Work“ betrieben hat, nannten sich dort Case Manager/ Coordinator.

Zuerst eine Begriffsdefinition: „Case Management ist ein Prozess der Hilfestellung für Menschen, deren Leben unbefriedigend verläuft oder nicht gelingt, weil viele Probleme vorhanden sind, welche die Unterstützung zugleich von mehreren Helfern erforderlich macht. Einerseits konzentriert es sich auf die Entwicklung oder Verbesserung eines Ressourcen–Netzwerkes, andererseits auf die Stärkung der persönlichen Befähigung des Klienten, Hilfsquellen zu erreichen und das Netzwerk der Ressourcen nutzen zu können.“<sup>38</sup>

Case Management geht nicht ins fachliche Detail, man verteilt vielmehr die Aufgaben und legt sie in die Verantwortung der an einer verzweigten gesundheitlichen Versorgung Beteiligten. Die vorgenommene Ablauforganisation eines Behandlungsgeschehens klärt, was und wie im einzelnen zu seinem Erfolg beigetragen wird. Von einem klinischen Case Management als Aufgabe von Sozialarbeitern kann besonders dann gesprochen werden, wenn die ambulante oder teilstationäre Behandlung und erforderliche Eingliederungsmaßnahmen im Alltag ineinander übergehen.

Das war auf der Onkologischen Station, wo ich tätig war, durchaus der Fall. Die Patienten kamen z.B. ambulant zur Chemotherapie, blieben einige Stunden zur Beobachtung und kehrten dann nach Hause zurück. Um dort wiederum zurecht zu kommen, benötigten viele die Hilfe eines Case Coordinators. In den USA wird diese Tätigkeit auch von einer RN (Registered Nurse) wahrgenommen, daher verwende ich diesen Begriff, anstatt „Clinical Social Worker“.

Die Alltagsbegleitung soll die Kranken nicht über- und nicht unterfordern, und es gehört zur klinischen Befähigung des Sozialarbeiters bzw. des Case Coordinators, dass er das Maß des Zuträglichen, Anzeichen von Krisen und Rückfällen und von gefährlichen Situationen erkennt und entsprechend zu handeln weiß. Der Ansatz des Case Management übernimmt berufsgruppenübergreifend wichtige Steuerfunktionen und sollte im Gesundheitswesen institutionsübergreifend etabliert werden. Case Management ist nicht für die Durchführung der Hilfen zuständig, sondern kontrolliert sie und lenkt ihren Ablauf in der Phase der Umsetzung (Implementation) des Hilfeplans. Die vereinbarte Versorgung muss überwacht, ihr Verlauf beobachtet werden (follow up). Im Case Management wird dieser Vorgang Monitoring genannt. Zur Kontrolle (monitoring) gehört eine Aufzeichnung (recording) der wesentlichen Momente des Geschehens. Diese trägt zur Qualitätssicherung bei und kann zu späteren Auswertung und Rechenschaftslegung herangezogen werden. Die Aktenführung durch die Fachkräfte in einer Einrichtung dient einerseits der Rechtmäßigkeitskontrolle, sie hilft, eine kontinuierliche Arbeit - auch bei Personalwechsel - sicherzustellen und gibt notwendige Orientierungshilfe im Hilfeprozess. Akten ermöglichen systematisches Arbeiten, Reflexion und Evaluation.<sup>39</sup> Ziel ist die Sicherstellung

---

<sup>38</sup> Ballew und Mink (1991) S.56

<sup>39</sup> vgl. Klie (1999) S.87

der Dienstleistung und der Bewältigungsleistung einer Person. Dazu sind flächendeckende Kompetenzen notwendig, die unabhängig, sprich: nicht-kostenträgenah, ihre Steuerungsfunktion wahrnehmen.

In Poughkeepsie, NY, wo ich mein Praktikum absolviert habe, wurden die Case Coordinator vom Krankenhaus beschäftigt. Neben den 25 angestellten Mitarbeitern gab es noch acht Praktikanten (interns). Mit diesem Personalschlüssel war es möglich, innerhalb der ersten 24 Stunden ein Assessment zu erstellen, welches in der Krankenmappe schriftlich festgehalten wurde. Im Sinne des „follow up“ waren alle Case Coordinators verpflichtet, nach 48 Stunden bzw. jeden zweiten Tag die Eintragungen zu aktualisieren, also schriftlich im „file“ bzw. in den „charts“ niederlegen, was sich in der Zeit getan hat/was sie unternommen haben. Das erleichterte und strukturierte den Arbeitsablauf, vor allem in Vertretungssituationen wusste man sofort, was der Kollege schon erledigt/bedacht hatte. Während meines Praktikums im Sozialdienst einer psychosomatischen Klinik in Deutschland machte ich eher die Erfahrung, mit fast keiner Dokumentation zu arbeiten, was strukturiertes Arbeiten erschwerte.<sup>40</sup> Durch solches unprofessionelles Auftreten ist es schwierig, sich gegenüber anderen Berufsgruppen wie Ärzten und Psychologen zu behaupten bzw. von ihnen als gleichwertig anerkannt zu werden. Bei Teamsitzungen und anderen Meetings habe ich während meiner Tätigkeit in den USA erlebt, dass den Sozialarbeitern bzw. Case Coordinatoren viel Achtung und Wertschätzung von anderen Berufsgruppen wie Ärzten und Pflegern entgegengebracht wurde. Während meines Praktikums in der deutschen Psychosomatik habe ich immer wieder Vergleiche mit dem Erlebten und Gelernten aus meiner Zeit in NY angestellt. Ähnliches will ich in dieser Arbeit tun, deshalb wende ich mich im nächsten Hauptkapitel wieder Deutschland zu.

---

<sup>40</sup> Das hatte bei häufiger Abwesenheit meines Anleiters bzw. in Vertretungssituationen die Folge, dass ich eben nicht wusste, was Stand der Dinge war. Das wiederum brachte mit sich, dass ich im interdisziplinären Team nur eingeschränkt kompetent auftreten konnte, da mir nicht alle Informationen zur Verfügung standen.

## 2. Sozialarbeit in Deutschlands Gesundheitswesen

Auch in Deutschland gibt es die professionelle SA in klinischen Arbeitsfeldern seit langem. Die KlinSA in Deutschland, auf deren Begriffsbestimmung ich im nächsten Kapitel genauer eingehen werde, orientiert sich stark an der amerikanischen CSW, wobei die amerikanische Konzeption nicht direkt auf Deutschland übertragbar ist, da die Gesundheitssysteme zu unterschiedlich sind. Doch auch hier in Deutschland tauchen immer mehr Begrifflichkeiten bzw. Lösungsvorschläge auf, die ich während meines Aufenthaltes in NY kennen gelernt habe bzw. mit denen die Kollegen in den USA täglich konfrontiert werden. Dazu gehören Termini wie „DRGs“, Fallpauschalen und „managed care“, auf die ich weiter unten eingehen werde. Da sich das deutsche Gesundheitssystem im Umbruch befindet, möchte ich zunächst die aktuelle Situation im deutschen Gesundheitswesen darstellen.

### 2.1 Merkmale der aktuellen Situation im dt. Gesundheitswesen<sup>41</sup>

Die wesentlichen Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen sind ökonomisch motiviert. Dieter Hundt gehört zu denjenigen, die schon seit langer Zeit Einschnitte ins soziale Netz fordern. Seiner Meinung nach (und da ist er nicht der einzige) ist das dt. Gesundheitswesen teuer und nicht in jeder Hinsicht effektiv bzw. effizient. Mit Gesundheitskosten von rund 250 Mrd. DM im Jahr 2000 liegt Deutschland weltweit an der Spitze. Im internationalen Vergleich sind die Patienten aber nicht auffällig gesund, obwohl sie 12 bis 13 Arztkontakte im Jahr haben - wesentlich mehr als die US-Amerikaner, die nur rund einmal im Jahr ihren Arzt aufsuchen.<sup>42</sup> Das mag zum einen daran liegen, dass viele Patienten interessanterweise von ihrem Hausarzt erwarten, durch das Dickicht des Gesundheitswesensdschungels geführt zu werden, auch wenn er meist weder die Zeit noch die Kompetenz dazu hat. Andererseits sind sich viele Versicherte nicht bewusst, welche Kosten Arztbesuche auf Seiten der Krankenkassen verursachen. US-Amerikaner versuchen zuerst einmal ohne Arztkonsultation klarzukommen, da sie wesentlich mehr der (Dienst-) Leistungen selbst finanzieren müssen. Außerdem übernimmt in den USA sehr oft ein Case Manager/Coordinator die Beratung und Funktion des Lotsen.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen mahnte in seinem Gutachten u.a. folgende Punkte an:

- „Somatische Fixierung“ des Gesundheitssystems: Soziale, psychische, lebensweltliche und biographische Bezüge chronisch Kranker und ihrer Angehörigen werden oftmals nicht oder nur unzureichend berücksichtigt.
- Unzureichende Information, Schulung und Partizipation des Patienten und seiner wichtigsten Bezugspersonen.

---

<sup>41</sup> Prof. Dr. Thomas Klie, ein Experte für Verwaltungsrecht mit Spezialisierung auf Gesundheits- und Pfleregerecht an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg, stand mir am Montag 10. Juni 2002 für ein Interview zur Verfügung. Wegen seiner rechtswissenschaftlichen Tätigkeit mit den Schwerpunkten Betreuungs-, Sozial- und Heimrecht und seinen Forschungstätigkeiten in unterschiedlichen Feldern der Sozialen Gerontologie, der Rechtstatsachenforschung und Fragen zivilgesellschaftlicher Entwicklung habe ich ihn als kompetenten Interviewpartner ausgewählt. Sehr viele der von Prof. Klie angesprochenen Inhalte bestätigen und ergänzen die Aussagen in den anderen Interviews, die ich schriftlich durchgeführt habe und die im dritten Teil dieser Arbeit ausführlich besprochen werden. Wenn die Quelle nicht anderweitig gekennzeichnet ist, beziehe ich mich im folgenden Kapitel auf Aussagen von ihm.

<sup>42</sup> vgl. Hundt (2001) S. 3

- Mangel an interdisziplinären und flexiblen Versorgungsstrukturen.
- Unzureichende Berücksichtigung der speziellen Versorgungsbedürfnisse chronisch Kranker in der Qualifikation und Sozialisation der Gesundheitsberufe.<sup>43</sup>

### 2.1.1 Veränderungen

Auch in Deutschland müssen sich die Sozialarbeiter im Gesundheitswesen damit auseinandersetzen, dass die Berufsgruppe der Pflege immer mehr in SA-Arbeitsbereiche hineindrängt und sich im Zuge der Professionalisierungsbestrebungen immer mehr von den direkten Klienten- bzw. Patientenbeziehung lösen und Steuerungsfunktionen reklamieren wird. Da die Berufsgruppe der Pflege in Hinsicht auf Professionalisierung und Akademisierung derzeit im Aufwind ist, wird dadurch sicherlich eine Art Rivalität entstehen. Die Pflegekräfte stellen damit eine ernstzunehmende Begleitmusik für den Prozess der Selbstfindung der SA dar, was nicht bedeuten soll, dass diese zwei Berufsgruppen sich deshalb voneinander abwenden müssen/verfeindet sein werden. Das gemischte Team in NY habe ich als sehr bereichernd und sich gegenseitig unterstützend erfahren. Ein Begriff, der dort gerade bei der Pflege bzw. die Pflegedienstleitung (Care Manager, Head nurse) schon zum Alltag gehört und auch in Deutschland immer häufiger auftaucht, wurde hierzulande unter der Bezeichnung "Managed Care" aus den USA bekannt, welche für die Umwälzung des Systems der medizinischen Versorgung in den USA steht. Gemeint ist damit ein äußerst rasant vorangehender Prozess, in dem Instrumente und Prinzipien betrieblichen Managements zunehmend in der medizinischen Versorgung angewandt und meist von der Finanzierungs- bzw. Versicherungsseite gesteuert werden. Im Kern steht dabei die enorme Beschleunigung einer langfristigen Tendenz mit den Hauptmerkmalen einer zunehmenden Standardisierung, höheren Arbeitsteiligkeit und Integration, formalisierter Kontrolle und Steuerung durch ein Management und nicht zuletzt der Bürokratisierung und tendenziellen De-Professionalisierung.<sup>44</sup>

### 2.1.2 Reformansätze

Die Vorschläge für eine durchgreifende und nachhaltige Strukturreform reichen von der Konzentration des Aufgabenkatalogs der Krankenkassen auf Kernleistungen bzw. wirklich medizinisch notwendige Leistungen<sup>45</sup>, der Ausweitung der Eigenverantwortung der Versicherten durch mehr Wahlrecht bei der Leistungszusammenstellung zur Intensivierung des Wettbewerbs auf allen Ebenen des Gesundheitswesens. Wir haben schon jetzt mannigfaltige Rationalisierungen im Gesundheitswesen, durch die notwendige Behandlung oder Therapie dem Patienten vorenthalten werden, wie etwa bei der Medikamentenversorgung oder Physiotherapie. An vielen Stellen sind sie nicht manifest und schon gar nicht offiziell oder direkt. Rationalisierungen finden im

---

<sup>43</sup> Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen(2000/2001) S. 15

<sup>44</sup> vgl. Kühn (1997)

<sup>45</sup> Es kann heikel sein, diese Entscheidung zu treffen. In den USA ist diese Minimalversorgung, sprich Medicaid (siehe erstes Kapitel) soweit „fortgeschritten“, dass den Patienten oft nur noch die Wahl bleibt, zur Behandlung in den „Emergency room“ zu gehen, da sie keine weiteren Dienste bezahlt bekommen. Wenn aber z.B. wegen Diabestes der Verlust der Sehkraft zu befürchten ist, und die nötige medikamentöse Einstellung nicht eingeleitet wird, weil diese nicht im Leistungskatalog der Krankenkasse aufgezählt ist, kann es passieren, dass der Patient langsam erblindet, obwohl die medizinischen Möglichkeiten vorhanden wären.

Arzt-Patienten- und Arzt-Krankenkasse-Verhältnis und zwischen Patient und Krankenkasse statt. Ansätze, wie einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich bzw. als Übergangslösung ab 2002 einen „Chroniker-Pool“ und ab 2003 einen „Risiko-Pool“ für kostenaufwendige Versicherte einzuführen<sup>46</sup>, sind in USA gängige Praxis.<sup>47</sup>

Weitere Punkte wären der Ausbau und die konsequente Anwendung der Qualitätssicherung,<sup>48</sup> die Stärkung integrierter Versorgung, bessere Verzahnung der einzelnen Leistungssektoren, Intensivierung des Fallmanagements<sup>49</sup> und die Anpassung der Kapazitäten vor allem im stationären Sektor, etwa mit Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus.<sup>50</sup>

Die durchschnittliche Verweildauer im VBH<sup>51</sup> lag im Jahr 2000 bei 3,5 Tagen. Wenn man bedenkt, dass bei diesem Durchschnittswert offene Herz-Operationen genauso hineingerechnet werden wie Chemo-Patienten, dann kann man sich ein Bild machen, welch großen Stellenwert eine möglichst kurze Verweildauer im KH bzw. der „safe discharge“ hat. Dieses stellte auch des öfteren einen nicht unerheblichen Stressfaktor da, wenn etwa die zuständige Krankenversicherung keinen zusätzlichen Tag im KH zahlen wollte (Fallpauschalen), der Patient aber – aus welchen Gründen auch immer – noch nicht entlassen werden konnte.

Über die Einführung von Fallpauschalen bzw., um es präziser zu sehen, von DRGs, wird in Deutschland auch schon länger diskutiert. Das bedeutet, es gibt auf normativer, nichtempirischer Ebene festgesetzte Entgelte für die Behandlung bestimmter Diagnosegruppen, die nach bestimmten Zielgruppen oder Risikomerkmale differenziert werden. Zur optionalen Einführung des Fallpauschalensystems bereits im Jahr 2003 erklärte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt am 24. Juni 2002, dass die "Fallpauschalen an die Gegebenheiten in deutschen Kliniken“ angepasst werden, „damit die Abrechnung nach Fallpauschalen in den Krankenhäusern erprobt werden kann. Wir wollen eine zügige Umsetzung und werden deshalb prüfen, was bisher erarbeitet worden ist, woran es noch fehlt und wie sichergestellt werden kann, dass die Krankenhäuser (60 Prozent) mit der Erprobung 2003 beginnen können. Wir begrüßen, dass auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft nach wie vor davon ausgeht, dass die Fallpauschalen im Jahr 2003 erprobt werden können, bevor sie ab 2004 für alle Krankenhäuser verbindlich werden.“<sup>52</sup>

Es besteht kein Interesse an langen Liegezeiten und man ist ökonomisch und betriebswirtschaftlich darauf angewiesen, „bad risks“ nach Möglichkeit bald aus dem KH zu beseitigen. Die Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung müssen ökonomisch gut gestaltet werden.

Solcherlei Budgetierungen, wie sie nicht nur in deutschen, sondern auch in anderen sozialen Krankenversicherungen Europas üblich geworden sind, „werfen auf System- oder Subsystemebene – weitere Fragen auf: Stellt man nicht den

---

<sup>46</sup> vgl. Hansen (2001)

<sup>47</sup> Ich war ziemlich schockiert, als ich mir die Fragebögen durchsah, welche auszufüllen sind, bevor man von einer amerikanischen Krankenkasse akzeptiert wird. Sobald man raucht oder bestimmte Sportarten durchführt oder anderweitig „risikoreich“ lebt, schnellen die Beitragssätze in die Höhe. Falls man Informationen wissentlich verschweigt oder verfälscht, werden Versicherungsleistungen verweigert!

<sup>48</sup> Welche ja nach und nach in allen Bereichen der Sozialen Arbeit eingeführt wird – wenn auch nicht selten mit erheblichem Widerstand der Beschäftigten.

<sup>49</sup> Dies ist eine Funktion der Sozialarbeiter in den USA. Mehr darüber steht im vorangegangenen Kapitel zu Case Management.

<sup>50</sup> vgl. Hansen (2001) S. 21

<sup>51</sup> Vassar Brothers Hospital, Kreiskrankenhaus (community hospital), 315 Betten, davon 257 Akutbetten, 15630 Aufnahmen pro Jahr. Behandelt werden dort u.a. onkologische, internistische, orthopädische, chirurgische und gynäkologische Krankheitsbilder.

<sup>52</sup> Bundesgesundheitsministerium ([www.bmggesundheit.de](http://www.bmggesundheit.de))

Gesundheitsgewinn im einzelnen Behandlungsfall, sondern den der gesamten Versichertenpopulation oder eines ausgewählten Teils in den Mittelpunkt, dann entsteht ein andersartiger, neuer Bedarfsbegriff. Dieser verlangt bei gegebenen Knappheitsbedingungen (z.B. durch Budgetierung), dass bei einem gegebenen Bedarf Verfahren, Einrichtungen etc. in Relation zu ihrer Kosteneffektivität bzw. bei konkurrierenden Bedarfen nach ihrem Kosten-Nutzen-Verhältnis gewählt und in eine Rangaufstellung gebracht werden [...] Eine solche Aufstellung und Auswahl kann nicht der einzelne Arzt vornehmen, sondern es sollten verbindliche Entscheidungsvorgaben u.U. durch gesetzlich etablierte Gremien verabschiedet werden.<sup>53</sup>

Diese Bedenken sind sicherlich begründet. So zeigten „internationale Studien – so die Berichte des Institutes of Medicine (IOM) zur Qualität des amerikanischen Gesundheitswesens – sowie z.B. die im Rahmen eines Modellprogramms des BMG durchgeführte NIDEP-Studie, dass Fehlversorgung oder ebenso Über- und Unterversorgung auch unabhängig von spezifischen Budgetierungen auftreten, ferner dass Über-, Unter- und Fehlversorgung bisher wissenschaftlich nicht hinreichend beschrieben und politisch nicht ausreichend rezipiert wurden.“<sup>54</sup> Dass das amerikanische System auch nicht ohne weiteres auf Deutschland oder Europa angewandt werden kann, da die Systeme zu unterschiedlich sind, wurde von mir weiter oben dargelegt.<sup>55</sup>

### 2.1.3 Fazit

Im Gesundheitswesen Beschäftigte klagen immer wieder über eine zu starke Hierarchie, rigide Strukturen und zu wenig Zeit am und für den Patienten.<sup>56</sup> Viele sind unzufrieden, überfordert und klagen über ihre Situation. Die Leidtragenden sind letztendlich die Patienten. Prof. Mühlum zieht aus der Situation im Gesundheitswesen folgende Konsequenzen: „Ein sich wandelndes Verständnis von Gesundheit stellt diese psychosoziale, soziokulturelle und politökonomischen Phänomene in einen Zusammenhang mit dem Gesundheitsthema, der nach neuen Antworten verlangt – innerhalb der Sozialarbeit selbst und in spezifischen Gesundheitsberufen. Das aber bedeutet, die Soziale Arbeit im Verhältnis zur Gesundheitsarbeit in Praxis, Lehre und Wissenschaft neu zu bestimmen.“<sup>57</sup> Eine der möglichen Antworten von Seiten der Sozialen Arbeit wird in der KlinSA gesehen. Im folgenden Kapitel möchte ich einen Überblick über den momentanen Stand der KlinSA in Deutschland geben.

## 2.2 *Stand der KlinSA in Deutschland: Überblick/ Einführung*

Klinische Sozialarbeit ist ein Begriffsimport aus den USA.<sup>58</sup> Dort versteht man unter CSW (entspricht KlinSA) direkte Hilfen für Menschen in Notlagen wie

---

<sup>53</sup> Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001) S. 30

<sup>54</sup> ebd. S. 21

<sup>55</sup> vgl. hierzu Kapitel 1.3, S. 4-7 dieser Arbeit

<sup>56</sup> In meiner Tätigkeit als Physiotherapeutin erlebte ich Auswirkungen unseres Gesundheitssystems. In diesem Beruf waren mir oft durch die strikte Hierarchie nicht nur im KH die Hände gebunden bzw. fehlten mir die Kompetenzen (bzw. wurden sie mir vom System nicht zugestanden), auch im Kleinen daran etwas zu ändern. Das war ja u.a. ein Grund, warum ich mich noch für das Studium der Sozialarbeit und dann zu diesem Diplomarbeitsthema entschieden habe.

<sup>57</sup> Mühlum (2002) S. 24

<sup>58</sup> vgl. hierzu den ersten Teil dieser Arbeit, vor allem S. 20f

Krankheit, Behinderung oder psychosozialen Problemlagen im Zusammenhang mit Armut, Wohnungslosigkeit, Sucht etc.<sup>59</sup>

Betrachtet man die Inhalte und Tätigkeitsfelder, so stellt man allerdings fest, dass auch in der deutschen Sozialarbeit eine lange klinische Tradition vorhanden ist. Die frühere Fürsorgearbeit in den Krankenhäusern, die behördliche Gesundheitsfürsorge und die verzweigten Ansätze der psychosozialen Beratung seit den 1920er Jahren sind dafür wichtige Belegstellen.

### 2.2.1 Begriffsbestimmung KlinSA

In der aktuellen Diskussion um die Sozialarbeit im Gesundheitswesen gibt es unterschiedliche Definitions- und Ansatzpunkte, einige davon möchte ich aufgreifen.

Für Robert J. Feinbier ist KlinSA „jener Zweig der Sozialarbeit, der sich mit dem traditionell als psychisch abweichend beschriebenen Verhalten befasst. Sie tut dies in der wissenschaftlichen Erforschung ihres Gegenstandfeldes, in der Lehre und Ausbildung von Klinischen Sozialarbeitern und in der Praxis mit der ihr eigenen Methodologie.“<sup>60</sup>

Prof. Pauls als großer Vorreiter und Kämpfer für die KlinSA definiert sie etwas ausführlicher: „Klinische Sozialarbeit ist eine gesundheitspezifische Fachsozialarbeit (,klinisch' bedeutet ,behandelnd'). Ihr generelles Ziel ist die Einbeziehung der sozialen und psycho-sozialen Aspekte in die Beratung, (sozio-)therapeutische Behandlung und psycho-pädagogische Unterstützung von gesundheitlich gefährdeten, erkrankten und (vorübergehend oder dauerhaft) behinderten Menschen. Fokus ist die Person-in-ihrer-Welt (person-in-environment) im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Verständnisses von Gesundheit, Störung und Krankheit. In das Leistungsspektrum Klinischer Sozialarbeit gehört u.a.: Psycho-sozial beratende und soziotherapeutisch behandelnde Tätigkeit in Beratungsstellen aller Art, in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, in Kernfeldern der Psychiatrie (psychiatrische Kliniken, Tageskliniken, Wohnheimen) und Sozialpsychiatrie, in Krankenhäusern und Fachkliniken (Krankenhaussozialarbeit), in der Suchtberatung und den verschiedensten Bereichen der Rehabilitation.“<sup>61</sup>

In dem Themenheft „Klinische Sozialarbeit“ der Blätter der Wohlfahrtspflege schreibt Gerhard Pfannendörfer im Editorial: „Nicht Sozialarbeit im Krankenhaus ist mit dem Begriff der klinischen Sozialarbeit gemeint. Verstanden werden soll darunter vielmehr das spezielle methodische Inventar der Sozialarbeit in der Beratung und Behandlung hilfesuchender Menschen. Dazu zählen systemische Ansätze, Familientherapie, Mediation und andere Verfahren, die in ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens erbracht werden. Klinische Sozialarbeit ist also die zusammenfassende Bezeichnung der Beobachtungen und Interventionen, die der Diagnose und der Hilfe von Menschen in prekären Lebenssituationen dienen soll.“<sup>62</sup> Dies steht im Gegensatz zu dem in der medizinischen Praxis dominierenden, auf pathologisch-physiologische Prozesse fixierten, reduktionistisch-mechanischen Denken. In der Praxis der Krankenbehandlung muss auch der Bedeutung psychosozialer Faktoren

---

<sup>59</sup> vgl. Swenson (1995) S.503f

<sup>60</sup> Feinbier (1997) S.26f

<sup>61</sup> Zentralstelle für klinische Sozialarbeit (2002)

<sup>62</sup> Themenheft KlinSA (1998) S.172

für die Entstehung und für den Verlauf menschlichen Krankseins angemessen Rechnung getragen werden.<sup>63</sup>

KlinSA lässt sich generell definieren als Einsatz professioneller Sozialarbeit in der Behandlung psychosozialer und sozio-somatischer Beeinträchtigungen und Störungen sowie in der Teilhabe an der Heilbehandlung von Krankheiten und an der Wiederherstellung von Gesundheit. An dieser Stelle möchte ich kurz die Definition von Krankheit, wie sie sich im Pschyrembel, dem einschlägigen klinischen Wörterbuch der Medizin, findet. Krankheit wird dort als eine Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus definiert, die mit subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen bzw. seelischen Veränderungen oder Störungen einhergeht. Nach der Definition der WHO gehört wiederum soziales Wohlergehen wesentlich zur Gesundheit. Es gibt eine Wechselwirkung der äußeren und inneren Disposition von Menschen; eine Erfolg versprechende Behandlung schließt die eine wie die andere ein und setzt sich bis in die alltägliche Lebensgestaltung und Problembewältigung in der Familie und am Arbeitsplatz fort.

In das Leistungsspektrum der KlinSA gehört u.a.: Psycho-sozial beratende und soziotherapeutisch behandelnde Tätigkeiten in Beratungsstellen aller Art, in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, in Kernfeldern der Psychiatrie (psychiatrische Kliniken, Tageskliniken, Wohnheimen) und Sozialpsychiatrie, in Krankenhäusern und Fachkliniken (Krankenhaussozialarbeit), in der Suchtberatung und den verschiedensten Bereichen der Rehabilitation.

Abschließend möchte ich die auf der Webpage der ZKS in Coburg veröffentlichten Definition anführen: „Klinische Sozialarbeit meint nicht Soziale Arbeit in Krankenhäusern, sondern fachlich spezialisierte Sozialarbeit mit gestörten, kranken, behinderten Menschen. Klinische Sozialarbeit ist eine spezielle Praxis der Profession, die den psycho-sozialen Kontext der Behandlung von Störungen und Krankheiten zentral stellt. Klinische Sozialarbeit diagnostiziert und behandelt Behinderung, Beeinträchtigung und Krankheit von Menschen, oder Menschen, die davon bedroht sind (Prävention). Sie stützt und stärkt ihr Klientel und dessen soziales Umfeld im Alltag durch Beratung, sozio- und psychotherapeutische Maßnahmen, Begleitung, Betreuung und soziale Unterstützung.

Das berufliche Profil einer "Klinischen Sozialarbeit" verspricht im Professionalisierungsprozess der Sozialen Arbeit auf drei zentralen Ebenen grundlegende Fortschritte: In wissenschaftlicher Hinsicht klarere theoretische Gegenstandsbereiche und kohärentere methodische Strategien; unter dem Institutionalisierungsaspekt eine stärkere Position klinisch orientierter Sozialer Arbeit in der interdisziplinären Arbeitsteilung; in Hinsicht des Expertentums eine verbesserte Fachlichkeit.“<sup>64</sup>

### **2.2.2 Ziele der KlinSA**

Helmut Pauls sieht das generelle Ziel KlinSA in der „Einbeziehung der sozialen und psycho-sozialen Aspekte in die Beratung, Behandlung und Unterstützung von gesundheitlich gefährdeten, erkrankten und (vorübergehend oder dauerhaft) behinderten Menschen mit dem Ziel der sozialen Integration. Sie wirkt einer

---

<sup>63</sup> vgl. Crefeld (2002) S.57

<sup>64</sup> vgl. Zentralstelle für klinische Sozialarbeit (2002)

Verengung der Gesundheitsarbeit auf ausschließlich somatische (Medizin) und psychische Aspekte (Psychotherapie) ebenso entgegen wie einer Verengung bzw. Reduzierung der Sozialarbeit bei klinischen Aufgabenstellungen auf organisatorische, rechtliche, disziplinarische und/oder rein erzieherische Maßnahmen.<sup>65</sup>

Für Harald Ansen soll mit verschiedenen Methoden das Ziel erreicht werden, die persönlichen und sozialen Lebensumstände eines Menschen so zu verbessern, dass seine psychosoziale Befindlichkeit wieder in ein für ihn erträgliches Gleichgewicht kommt.<sup>66</sup>

Zielgruppen der KlinSA sind insbesondere chronisch körperlich Kranke und Behinderte, chronisch seelisch Kranke und Behinderte sowie Menschen in sozialen Notlagen mit problemverstärkendem Verhalten, aber auch Multiproblemfamilien.<sup>67</sup>

### **2.2.3 Aufgaben klinischer Sozialarbeit**

Peter Reinicke, der zu vielen Bereichen der Sozialarbeit im Gesundheitswesen Arbeiten vorgelegt hat, beschrieb 1981 die Aufgaben des Sozialarbeiters im Gesundheitswesen wie folgt: „Informationen und Beratungen auf gesundheitsfürsorgerischem Gebiet, einschließlich Gesundheitserziehung/Gesundheitsbildung; Konkrete Hilfeleistungen (materielle Hilfen aller Art, wie Sicherung des Lebensunterhaltes, der Wohnung, Bereitstellung der Hauspflege, Familienhelfern usw.); Hilfen für Lern- und Entwicklungsprozesse Einzelner und Gruppen (vorbeugende Hilfen bei der körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung von Säuglingen, Kleinkindern, Schülern und Jugendlichen); Hilfen für Einzelne und Familien in Konfliktsituationen, die durch Krankheit und Behinderungen entstehen bzw. entstanden sind oder die durch solche bedroht sind; Hilfen bei der Eingliederung von Behinderten; Entwickeln und Aufstellen von Behandlungs- und Hilfsplänen gemeinsam mit dem Arzt; Koordination zwischen dem ärztlichen und dem sozialen Dienst.“<sup>68</sup> Natürlich hat sich in den vergangenen zwanzig Jahren viel im Gesundheitswesen fortentwickelt - die Menschen und deren Bedürfnisse sind im Wesentlichen gleich geblieben. Neben Medizin und Pflege leistet heute die

---

<sup>65</sup> vgl. Pauls (2001) S. 163 und Zentralstelle für klinische Sozialarbeit (2002)

<sup>66</sup> vgl. Ansen (2002) S. 86

<sup>67</sup> vgl. Forum (1'2000) S. 37

<sup>68</sup> Reinicke (1981) S.118

KlinSA im Krankenhaus einen wichtigen Beitrag im Sinne einer patientenorientierten ganzheitlichen Behandlung und kann somit adäquat Auswirkungen von Krankheit, Krankenhausaufenthalt und/oder Behinderung mit dem Patienten bearbeiten.<sup>69</sup>

Durchaus verändert haben sich die Bedingungen und Begrifflichkeiten im Arbeits- und Handlungsfeld der dort tätigen Sozialarbeiter. Das möchte ich im folgenden Kapitel näher erläutern.

#### **2.2.4 Ethische und rechtliche Hintergründe**

Für die Theorie und Praxis der klinischen Sozialarbeit im Gesundheitswesen gilt eine ethische Orientierung, die dazu verpflichtet, den Klienten als Person zu würdigen.<sup>70</sup> Dabei sollte man sich auch auf die in unserer Verfassung geschützte Menschenwürde besinnen. In Artikel 1 Abs. 1 Grundgesetz heißt es: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist die Aufgabe aller staatlichen Gewalt.“ Darunter fällt auch die Würde eines kranken oder auf Hilfe angewiesenen Menschen, welche auch bei der KlinSA im Mittelpunkt stehen sollte. In diesem Zusammenhang sollte ebenfalls das in Artikel 2 Grundgesetz verankerte Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit erinnert werden, aus dem u.a. Zugänge zu Gesundheitsleistungen abgeleitet werden.<sup>71</sup> Es ist darauf zu achten, dass diese Grundrechte eines jeden Menschen, und damit auch der Klienten, eingehalten werden. Der Patient darf nicht zum Objekt abgewertet werden,<sup>72</sup> wie es leider immer wieder in Krankenhäusern oder Institutionen des Gesundheitswesens geschieht. Immer wieder bewusst zu machen, dass Patienten in erster Linie Menschen sind und nicht nur als Diagnose wahrgenommen werden, ist sicherlich nicht immer leicht, doch sehe ich darin eine nötige und wichtige Aufgabe und Pflicht der Sozialen Arbeit, gerade im Bereich der stationären medizinischen Versorgung.

Nach dem §27 SGB V besteht ein Anspruch auf Krankenbehandlung, der ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung ebenso umfasst wie die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Krankenhausbehandlung, medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie. So bedeutend all die oben aufgezählten Behandlungsmöglichkeiten sein mögen, für die KlinSA ist es wichtig, die sozialen und psychischen Folgen zu sehen.<sup>73</sup> Die reine medizinische Versorgung gewährleistet nicht, dass sich der Patient im Alltag zurechtfindet.<sup>74</sup> Krankenhäuser

---

<sup>69</sup> vgl. Kurlmann (2000)

<sup>70</sup> Dies gilt auch in anderen Bereichen der SA

<sup>71</sup> vgl. Ansen (2002) S.88

<sup>72</sup> Zu oft habe ich selbst mitbekommen, wie Kollegen (und damit meine ich alle im med. Bereich Tätigen) die Patienten nicht als Herrn XY wahrnehmen, sondern von der „Hüft-TEP“ oder der „Borderlinerin“ sprechen. Im Zuge der Etablierung von Diagnostikmanualen wie ICD-10 oder „Managed Care“ besteht die Gefahr noch stärker, dass Patienten zu Diagnosen und damit zu Behandlungsobjekten degradiert werden und der Mensch auf der Strecke bleibt.

<sup>73</sup> vgl. Ansen (2002) S.90f

<sup>74</sup> In meiner Tätigkeit als Physiotherapeutin hatte ich immer wieder Patienten, die zwar medizinisch versorgt wurden, doch deren Leben sich durch die Krankheit gänzlich verändert hatte. So kam ich z.B. wöchentlich zu einer älteren, russischen Dame mit Diabetes, die nach einem Schlaganfall nicht mehr selbst einkaufen oder putzen konnte. Ihre früheren ausgedehnten Spaziergänge zum Einkaufszentrum und die sich daraus

sind zur persönlichen, in der Regel einzelfallorientierten sozialen Behandlung und Begleitung der Patienten aller Altersgruppen, deren Lebenssituation sich aufgrund von Krankheit und Behinderung in physischer, psychischer, sozialer, beruflicher, wirtschaftlicher und/oder anderer Hinsicht verändert hat, verpflichtet (§112 Abs.2, Nr. 4 und 5 SGB V, entsprechende Landeskrankenhausgesetze). Die KlinSA kann diese Verpflichtung erfüllen.<sup>75</sup>

KlinSA findet nicht nur im Krankenhaus statt. Den Rahmen des Tätigkeitsprofils der Sozialarbeit im Krankenhaus heutzutage wird vom Gesetzgeber durch § 112 II Nr. 4 und 5 SGB V<sup>76</sup> vorgegeben. Harald Ansen schreibt dazu: „Es handelt sich hierbei um die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus und um den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege. Zwei Tätigkeitsbereiche dominieren das Berufsbild: Zum einen handelt es sich um administrative Arbeitsformen wie die Vermittlung von Pflegeeinrichtungen oder Anschlussrehabilitationen, die Klärung der Kostenübernahme oder die Einrichtung von Betreuungen. Zum anderen geht es im Rahmen persönlicher Hilfen u.a. um psychosoziale Interventionen und um die Förderung von persönlichen Kompetenzen bei komplikationsreichen Erkrankungen.“<sup>77</sup> Nach Entlassung ist die Aufgabe des Sozialdienstes neben der häuslichen Versorgung und der Vermittlung von Rehabilitationsmaßnahmen oder Pflegeheimplätzen auch die Beratung der Angehörigen.<sup>78</sup> Hier wird es offensichtlich, dass der krankheitsbedingt umfassende Versorgungsauftrag gerade bei chronischen Erkrankungen nicht alleine von der Medizin bewältigt werden kann, sondern hier ein gesondertes Aufgabenfeld liegt. Gerhard Pfannendörfer bringt es auf den Punkt: Die praktische Aufgaben klinischer Sozialarbeit hat diagnostische, beratende, therapeutische, gutachterliche, koordinierende, vermittelnde und dokumentierende Funktionen. In der Zusammenarbeit mit anderen Professionen und Diensten muss die Sozialarbeit ihre spezifischen Kompetenzen anwenden und deutlich machen.<sup>79</sup>

Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Professionen und im Vergleich mit denselben gibt es Diskrepanzen und Schwierigkeiten auch hinsichtlich der Professionalisierung, auf die ich im nächsten Abschnitt eingehe.

### ***2.3 Professionalisierung der Sozialen Arbeit***

An dieser Stelle möchte ich kurz auf Professionalisierungsprozesse und -theorien und auf die wesentlichen Phasen der letzten fünfzig Jahre eingehen. Zunächst gab es die Phase der Demokratisierung der SA mit Hilfe der internationalen Entwicklung der „klassischen Methoden“ nach dem Zusammenbruch des sog. Dritten Reichs. Dann kam die Besinnung auf die Kritikwürdigkeit gesellschaftlicher Systeme und ihrer Produktions- und Reproduktionsweisen, die für die Notwendigkeit Sozialer Arbeit bestimmend

---

ergebenden Sozialkontakte fielen weg. Sie zog sich immer weiter zurück und war völlig auf die Unterstützung der Nachbarin angewiesen, die, neben mir als Therapeutin und den unregelmäßigen Besuchen ihres Hausarztes, den einzigen Kontakt zur Außenwelt darstellte. Da die Russin sich sprachlich nicht sehr gut ausdrücken konnte und auch vieles nicht kannte oder verstand, war sie ziemlich hilflos.

<sup>75</sup> Bei meinem Beispiel hätte ein klinischer Sozialarbeiter schon vor der Entlassung aus dem Krankenhaus mit der Patientin klären können, was sie zu Hause erwartet, sie kompetent beraten und etwa auf rechtliche Gegebenheiten aufmerksam machen können.

<sup>76</sup> vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2002)

<sup>77</sup> Reinicke (2001) S.63

<sup>78</sup> Dies gehörte auch u.a. zu meinen Case Manager-Aufgaben in den USA (safe discharge).

<sup>79</sup> vgl. Themenheft KlinSA (1998) S.172

waren. Sodann gab es die Frage, wie SA und SP aussehen müssten, um den an sie gerichteten Anforderungen gewachsen zu sein. Darauf hat es nach außen (gesellschaftliche Analyse) und nach innen (personale Befindlichkeit und ihre Kultivierung) gerichtete Antworten gegeben. Begriffe um die „Professionalität“ wurden von Utermann und anderen, vor allem aber von Hans-Uwe Otto seit 1971 beharrlich und berufspolitisch nicht ohne Erfolg vertreten und propagiert. Die auch in anderen Berufen personenbezogene Dienstleistungsarbeit vertretene „schwebende Distanz zum Klienten“ erschien als ein neues, erfolgversprechendes Paradigma am Horizont der Nach-68er.<sup>80</sup>

In den neunziger Jahren kam die Frage auf, wie denn diese Arbeit effektiv und effizient zu organisieren sei und zu welchen staatlichen, kommunalen und in freier Trägerschaft organisierten Institutionalisierungsformen sich die Soziale Arbeit weiterentwickeln müsse, um den erreichten Standard zu erträglichen Kosten halten zu können. In der nächsten Phase müsse sich die Soziale Arbeit mit der Frage befassen, welche zusätzlichen Anstrengungen zu unternehmen sind, um den gegenwärtigen Zustand als Fortschritt zu erleben und welche Opfer erbracht werden müssen, um ihn sich weiter leisten zu können.<sup>81</sup> Auch möchte ich einen Blick in das Jahr 1969 werfen, als Etzioni die Sozialarbeiter den sog. Semiprofessionen zuordnete. Folgende Merkmale wurden von ihm aufgezählt: Sie sind gegenüber anderen Professionen benachteiligt, im soziale Status und Ansehen stehen sie niedriger und vor allem sind Semiprofessionen in ihrer Fachkompetenz beschnitten. Sie haben eine kürzere Ausbildung, sie haben nicht die gleichen Rechte, Interessen ihrer Berufsgruppe und Standards ihres gemeinsamen Fachwissens in einer nach außen hin abgeschirmten Kommunikation zu regeln, ihr Fachwissen ist gegenüber anderen Fachwissen und Laienwissen nicht spezifisch abgegrenzt, kann also eher von dort kritisiert oder gar ersetzt werden und die Semi-Professionen müssen insbesondere in ihrer Organisation ein höheres Maß an externer Kontrolle über ihre Arbeit akzeptieren.<sup>82</sup>

## ***2.4 Kritik an der Situation Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen***

Viele dieser Merkmale treffen auch heutzutage noch auf die Soziale Arbeit zu, was an der aktuellen Kritik der Situation sichtbar wird. Die Bundesfachgruppe Gesundheit hat im Rahmen einer „Zukunftswerkstatt“ die Situation kritisch betrachtet und folgende „Hitliste Kritik“ erarbeitet:

1. Existenz von zwei Verbänden: DVSK-DBSH
2. Leistung lohnt sich finanziell nicht (BAT)
3. Geringer Theorie/Praxisbezug der Hochschulen und Praxis
4. Soziale Arbeit als kleiner Zwerg gegenüber der mächtigen Ärzte – und Pflegeverbänden
5. Anerkennung der Sozialen Arbeit fehlt, obwohl die Bedeutung der Gesundheitsversorgung zunimmt.
6. Zu wenig aktive Leute
7. Lebenslanges Kämpfen um Beruf, Stellenwert und Anerkennung
8. Ignoranz gegenüber der Funktion Sozialer Arbeit<sup>83</sup>

Auf einige der oben genannten Punkte möchte ich näher eingehen.

---

<sup>80</sup> vgl. Otto und Utermann (1971)

<sup>81</sup> vgl. Müller (1999) S. 140

<sup>82</sup> vgl. Otto und Dewe (1987) S. 783

<sup>83</sup> vgl. DBSH (2000b) S.4

### 2.4.1 Vergütung

Wilfried Nodes vertritt folgende Meinung: „Folgt man den bisherigen empirischen Studien über Identität und Beschäftigungsentwicklung in der Sozialen Arbeit, so wird sehr schnell die Aufspaltung der Profession deutlich: Über die Hälfte aller Beschäftigten arbeiten auf Teilzeitarbeitsplätzen. [...] Selbst bei gleichen Arbeitszeiten verdienen Männer aufgrund des unterschiedlichen Zugangs zu Leitungspositionen 37,5 % mehr als Frauen. Dabei ist das Gehaltsniveau auch der Leitungspositionen im Vergleich zum Profitbereich am unteren Ende akademischer Berufe angesiedelt. Nach der Philosophie ist die Soziale Arbeit die am schlechtesten bezahlte und ein Beruf mit ‚Minusrendite‘“<sup>84</sup>

### 2.4.2 Verortung im professionellem Umfeld

Krankenhaussozialdienst im Akutkrankenhaus wird angesichts zunehmender Standardversorgungsketten der Krankenkassen, vorgegebener sehr kurzer Verweildauer usw. entweder nur noch Schnittstellenmanagement beinhalten oder ganz entbehrlich werden.

Die Grenze der über die Krankenkassen abrechenbaren Leistungen ist erreicht und zukünftige zusätzliche Leistungen müssen privat eingekauft werden. Die deutsche gesetzliche Krankenversicherung folgt dem Prinzip einer versicherungskonformen bzw. versicherungstechnischen Rationierung. „Sie hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (§ 1 SGB V). Dabei hat der Versicherte nur Anspruch auf diejenigen Leistungen (§§ 2, 11 und 12 SGB V), die notwendig ausreichend und zweckmäßig sind; Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschrittes; ferner dürfen die Leistungen nicht unwirtschaftlich sein.[...] Die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einer Leistung und deren Eignung für das Behandlungsziel, mithin der Indikation und der erwarteten Effektivität (Wirksamkeit), entspricht inhaltlich der Bedarfsobjektivierung. Daneben umfasst der Wirtschaftlichkeitsbegriff des SGB V Qualitätsvorgaben und Überlegungen zur Nutzen-Kosten-Relation (Angemessenheit von Kosten im Hinblick auf das erwartete Behandlungsergebnis bzw. das Behandlungsziel) (vgl. §106 SGB V); er geht also über das reine Minimal- bzw. Sparsamkeitsprinzip hinaus.

Eine an sich bedarfsgerechte Versorgung kann somit durchaus mit einer unwirtschaftlichen Leistungserstellung einhergehen. Der Patient erhält in diesem Falle die für ihn indizierte Versorgung, die Behandlung erfordert jedoch mehr Ressourcen als nötig; dies verstößt gegen das Wirtschaftlichkeitsprinzip in seiner Version als Minimal- bzw. Sparsamkeitsprinzip. Aber umgekehrt kann eine nicht bedarfsgerechte Versorgung auch bei geringem Ressourcenverzehr nicht im Sinne des § 106 SGB V ‚wirtschaftlich‘ sein.“<sup>85</sup>

Gleichzeitig stehen Wohlfahrtsverbände und Kommunen Gewehr bei Fuß, um zusätzliche Betreuungsleistungen zumindest in kleineren Teilen bei der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen zu können. Dabei wird die „Hoffnung Soziotherapie“ wohl bei einem Stundensatz von weniger als DM 70,- (ca.35 Euro) landen.<sup>86</sup>

<sup>84</sup> vgl. Themenheft KlinSA (2001) S. 8-9

<sup>85</sup> Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001) S. 27 und S. 29

<sup>86</sup> vgl. Nodes (2000) S.17

Wilfried Nodes sieht bei der Funktionsbestimmung der Soziotherapie durchaus Gefahren, da es „um das kurzfristige Ausschöpfen von Einsparpotentialen in der Vermeidung stationärer Krankenhausaufenthalte“ geht und nicht um eine Anerkennung der Sozialen Arbeit im Metier der Bearbeitung von Krankheit. „Diese wurde sorgsam vermieden, indem vom ‚soziotherapeutischen Dienstleistungserbringer‘ die Rede ist und die ‚sozialpsychiatrische Fachkrankenschwester‘ genauso wie der Sozialarbeiter als Dienstleister zugelassen wird“. Seiner Meinung nach wollen „Träger zusätzlich Leistungen abrechnen können, Krankenkassen Geld einsparen und Fachverbände den eigenen Status verkaufen.“<sup>87</sup> Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass es sehr unterschiedliche Standpunkte und Sichtweisen gibt und noch nicht klar ist, welche Position die Soziale Arbeit dabei in Zukunft innehaben wird. Hier spielt sicherlich die schon erwähnte mangelnde Anerkennung der Sozialen Arbeit eine wichtige Rolle.

### 2.4.3 Anerkennung und Professionalisierung

Mit der mangelnden Anerkennung der Sozialen Arbeit setzt sich W. Nodes auch auseinander. Durch Untersuchungen fand er heraus, dass sich über 50 % der Beschäftigten über mangelnden Status, wachsende Arbeitsbelastung und schlechte Arbeitsbedingungen beschwerten. In vielen Interviews wurde ihm deutlich, dass sich „SozialarbeiterInnen gleichfalls in einer Einheit mit dem durch die Sozial- und Gesundheitspolitik gebeutelten Klientel sehen.“<sup>88</sup>

Helmut Pauls meint, dass es großer eigener Anstrengung bedarf, um die Wahrnehmung und Anerkennung von SA mit klinischer Spezialisierung als behandelnde Disziplin im deutschen Gesundheitswesen von Seiten der Politik, der Rentenversicherungsträger und Krankenkassen zu erreichen. Ohne eine Verankerung KlinSA als Behandlungskomponente im Gesundheitswesen, neben Medizin, Psychotherapie und Pflege, wird die SA dauerhaft degradiert bleiben und wahrscheinlich vollständig marginalisiert.<sup>89</sup>

Gesundheit, das ist ein Feld sich widersprechender ökonomischer Interessen in und um die Versorgung der Kranken. Einen entsprechend geringen Stellenwert genießt der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Situation der Menschen, und viele wollen diesen weiterhin nicht anerkennen. Bei 25 % der „sozial Schwachen“ verweigerten Ärzte am Ende des Jahres eine angemessene Behandlung, da das Budget aufgebraucht sei, führte der Arzneimittelforscher Prof. Gerd Glaeske am 2. Dezember 2000 auf dem 6. Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin aus. Auf der gleichen Konferenz wurde betont, dass arme Menschen ein doppelt so hohes Risiko, schwer zu erkranken, und eine um etwa sieben Jahre geringere Lebenserwartung haben.<sup>90</sup> Dies erinnert an Zustände, die bisher nur in den USA vorherrschten, da dort das Sozial- und Gesundheitssystem schon viele Jahre eine „Zweiklassengesellschaft“ gefördert hat.<sup>91</sup> Umso wichtiger ist es, sich die Bedeutung einer adäquaten Gesundheitsversorgung bewusst zu machen und sich für eine solche einzusetzen. Das liegt durchaus auch in dem Verantwortungsbereich der im Gesundheitswesen tätigen Sozialarbeiter.

---

<sup>87</sup> vgl. Themenheft KlinSA (2001) S. 7f

<sup>88</sup> vgl. ebd. S. 7f

<sup>89</sup> vgl. Pauls (2002) S.141

<sup>90</sup> vgl. Gesundheit Berlin e.V. (2001)

<sup>91</sup> vgl. hierzu Kapitel 1.3 dieser Arbeit, S. 4-8

#### 2.4.4 Die Berufsverbände

Da wären wir gleich bei dem nächsten Problem angelangt. Nur ein geringer Anteil der SozialarbeiterInnen ist verbandlich organisiert bzw. engagiert sich für die Zukunft ihres Berufszweiges. Laut Wilfried Nodes ergab eine Studie, dass „20% der DBSH-Mitglieder im Gesundheitsbereich arbeiten. Insgesamt gibt es ca. 200.000 SA/SP, im Gesundheitsbereich arbeiten etwa 20.000 – 40.000 KollegInnen, davon wiederum ein Viertel im Krankenhaus, d.h. ca. 5.00 bis 10.000. Die DVSK hat 1200 Mitglieder, jedoch nur 600 bis 700 persönliche Mitglieder, die anderen sind Kooperative Mitglieder. Der DBSH vertritt ca. 300 SA, die im Krankenhaus arbeiten und ca. 1000, die im Gesundheitsbereich tätig sind.“<sup>92</sup>

Der DBSH erwähnt auf seiner Homepage<sup>93</sup> ähnliche Zahlen: Von den über 6.000 Mitgliedern des DBSH arbeiten 20 % im Bereich der Bearbeitung gesundheitlicher Risiken. Angefangen von MitarbeiterInnen ambulanten Suchtberatungsstellen, sozialpsychiatrischer Dienste und psychosozialer Beratungsstellen bis hin zu KollegInnen in Akut- und Reha-Krankenhäusern, psychiatrischen Kliniken oder in der Forensik. Mit 1.200 KollegInnen organisiert der DBSH in den Gesundheitsdiensten mehr KollegInnen als z.B. die DVSK.

Der Anteil der DBSH-Mitglieder in diesen Bereichen dürfte typisch für die ganze Profession sein. Damit kann davon ausgegangen werden, dass ca. 40.000 KollegInnen in diesen Feldern beschäftigt sind. Die Soziale Arbeit wird insbesondere im ambulanten Bereich der „Gesundheitsdienste“ in Zukunft eine noch größere Bedeutung erhalten. Das bedeutet, nur ein geringer Anteil der SozialarbeiterInnen ist verbandlich organisiert bzw. engagiert sich für die Zukunft ihres Berufszweiges. Ob das an Desinteresse oder einfach Zeitmangel liegt, mag dahinstehen, doch es hat definitiv Einfluss auf die Macht (oder Ohnmacht) der Verbände. Bei einer solch geringen Beteiligung bzw. kleinen Kreis von Engagierten bleibt es nicht aus, dass die Interessen der in diesem Berufszweig Tätigen nicht immer vertreten werden können bzw. vieles über die Köpfe der Betroffenen hinweg entschieden wird.

Das gilt natürlich auch für die Diskussion um die Einführung der KlinSA.

#### 2.5 Gegenstimmen zur Spezialisierung KlinSA

Bei der Diskussion um die Einführung eines speziellen Studienganges KlinSA mit der Möglichkeit der Nachzertifizierung und/oder Masterabschluss gibt es auch viele Gegner.<sup>94</sup> Sibylle Kraus hat den Standpunkt der DBSH-Bundesfachgruppe „Sozialarbeit im Gesundheitswesen“ zum Thema Klinische Sozialarbeit zusammengefasst, welche die Meinung bzw. Befürchtungen vieler spiegelt: Die DBSH-Bundesfachgruppe hat folgende, für sie wesentliche Bedenken gegen die Einrichtung eines Spezialstudienganges KlinSA:

Die Bezeichnung „Klinische Sozialarbeit“ würde innerhalb des deutschen Sprachgebrauches eine Konzentration auf den Klinikbereich implizieren. „Auch wenn mit dieser Bezeichnung – in Übertragung der amerikanischen Bedeutung des Begriffes ‚Clinical Social Work‘ - die Sozialarbeit im Gesundheitswesen gemeint ist, erscheint es u.E. nicht sinnvoll, eine neue Bezeichnung einzuführen, die ihrerseits bereits wieder Erklärungsbedarf beinhaltet. Identitätsstiftend kann dies

---

<sup>92</sup> vgl. DBSH (2000b) S.1

<sup>93</sup> vgl. [www.dbsh.de](http://www.dbsh.de)

<sup>94</sup> vgl. hierzu Kapitel 2.8 und 2.9, S. 53-58

keinesfalls sein. Die Forderung nach permanenter Fort-/und Weiterbildung am jeweiligen Arbeitsplatz ist jeder professionellen Sozialarbeit immanent und erfordert u.E. nicht die Etablierung eines Spezialstudienganges.

Die Mängel der grundständigen Ausbildung sind durch gleichberechtigte Beteiligung sozialarbeiterischer Fachkräfte und durch einen funktionierenden Theorie-/ Praxisbezug zu verbessern. Von daher unterstützen wir ausdrücklich die Etablierung von praxisorientierten Masterstudiengängen ‚Social work‘. Spezialisierte Abschlüsse halten wir nicht für erforderlich.<sup>95</sup>

Gerade im Gesundheitswesen wird durch den Sachverständigenrat zur Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen die Fragmentierung im Gesundheitssystem beklagt und z.B. im Zuge der Integrierten Versorgung (§140 SGB V) eine stärkere Verzahnung gefordert. Die Probleme, die für PatientInnen aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten und Systembrüche (Sozial/Gesundheitssystem; stationär/ambulant) entstehen, sind den SozialarbeiterInnen im Gesundheitswesen hinlänglich bekannt, da sie im Rahmen des Schnittstellenmanagements gerade hier versuchen, das System transparent zu machen.

Der Gesundheitsmarkt unterliegt derzeit enormen Veränderungen: gewohnte Versorgungsstrukturen brechen auf, neue Tätigkeitsfelder entstehen, andere Berufsgruppen profilieren sich in bisher originären sozialarbeiterischen Tätigkeitsbereichen und konkurrieren um diese Positionen.<sup>96</sup> Ein Besetzen und Verteidigen dieser Positionen ist sofort erforderlich. Hierzu bedarf es eines eindeutigen beruflichen Bewusstseins, eindeutiger Standards und einer offensiven Berufspolitik, die auf einer breiten Basis fußt.

Durch die Etablierung eines spezialisierten Studienganges wird diese Basis weiter zergliedert. Darüber hinaus ist momentan völlig unklar, ob Fachhochschulen mit der Spezialisierung zur KlinSA nicht für einen Markt ausbilden, der u.U. in absehbarer Zeit keinen bzw. keinen adäquat honorierten (Arbeits-)Platz mehr für diese Berufsgruppe vorsieht. Die SA verfügt derzeit auf keiner Entscheidungsebene über Macht oder Einfluss, um den Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen entsprechend zu beeinflussen. „Die Spezialisierung bzw. Nachzertifizierung zur Klinischen SozialarbeiterIn wird allein durch die ArbeitnehmerInnen – mit ungewissem Ausgang - finanziert. Dieses Zertifikat<sup>97</sup> bedeutet u.U. letztendlich nur eine weitere Bescheinigung ohne Verlass auf einen entsprechenden Arbeitsmarkt, einen adäquat honorierten Arbeitsplatz, Status, usw.[...] Die Unterstützung bei der Bewältigung von Lebenskrisen und bei der Sicherstellung der Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen ist der originär sozialarbeiterische Berufsauftrag in der Gesellschaft. Dieses Bewusstsein ist bereits im jeweiligen Grundstudium zu vermitteln und bedarf keiner spezialisierten Ausbildung.“<sup>98</sup>

Dem möchte ich eine Aussage von Prof. Pauls gegenüberstellen, da sich so die unterschiedlichen Positionen gut verdeutlichen lassen: „Zu behaupten, dass mit dem Erwerb der Basiskompetenz zugleich alle Befähigung zur Bearbeitung spezialisierter Aufgabenstellungen erworben würden, verweist darauf, dass eine Profession noch in einer frühen Phase ihrer Entwicklung steckt und/oder eher eine Hilfsprofession ist, die bei spezifischen Anforderungen unter der Anleitung und

---

<sup>95</sup> vgl. Kraus (2001)

<sup>96</sup> vgl. hierzu Kapitel 2.1, S. 24ff

<sup>97</sup> vgl. hierzu Kapitel 2.9, S. 56ff

<sup>98</sup> Kraus (2001)

Verantwortung einer besser qualifizierten Leitprofession zu wirken hat, auch wenn diese noch so fachfremd sein mag.<sup>99</sup>

Zwischen diesen sehr konträren Standpunkten verorten sich noch viele andere Ansichten. Einige davon werden noch im dritten Teil dieser Arbeit bei der Auswertung der Interviews aufgegriffen. Es ist weiterhin unklar, wie sich in Zukunft die Ausbildung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen gestalten wird.

## **2.6 Die Ausbildungssituation in Deutschland**

Die Studiengänge an den Fachhochschulen befinden sich im Umbruch. Die Studienprüfungsordnungen werden geändert, Masterstudien eingerichtet und andere Maßnahmen diskutiert. Welche Stellung das „gute, alte“ Diplom dann haben wird, ist umstritten. A. Mühlum, selbst Professor an der FH Heidelberg und Leiter des AK's Sozialarbeit und Gesundheit, sieht die Situation wie folgt: „Aus Sicht der Hochschulen nimmt der Internationalisierungsdruck zu, wobei der Nachholbedarf in Deutschland hinsichtlich Verkürzung des Studiums, Durchlässigkeit und internationale Vergleichbarkeit nicht zu übersehen ist.“<sup>100</sup>

### **2.6.1 State of art an den Fachhochschulen**

Aufgrund der weiter oben geschilderten Situation im Sozial – und Gesundheitswesen sind die Hochschulen gefordert, zu reagieren. Doch wie das aussehen soll, ist noch unklar. „Für die Soziale Arbeit sind die berufspolitischen und hochschulpolitischen Konsequenzen noch keinesfalls abschließend geklärt. Selbst die Frage nach der disziplinären Eigenständigkeit wird noch kontrovers diskutiert, wobei sich gerade ein neuer Spannungsbogen zwischen sozialarbeitswissenschaftlicher und gesundheitswissenschaftlicher Orientierung aufzubauen scheint.“<sup>101</sup>

Ein anderer Punkt wird immer wieder erwähnt, wenn es um das Studium an den Fachhochschulen geht: Sehr viele der dort lehrenden Professoren kommen aus anderen Fachbereichen wie Psychologie, Soziologie, Rechtswissenschaften oder Theologie, doch die wenigsten Professoren haben ein SA/ SP Studium hinter sich. Hierzu schrieb Georg Hey in einer Email: „...der (ein dem Verfasser bekannter FH-Professor) hat ähnlich viel Praxis auf dem ‚Buckel‘ wie ich, speziell im Krankenhaussozialdienst und der Psychiatrie. Solche Leute gibt es als Prof. nur sehr wenige an deutschen Fachhochschulen. Die meisten anderen kommen aus allen möglichen Fächern, was ja eines der großen Ausbildungsprobleme der Sozialen Arbeit in Deutschland charakterisiert.“<sup>102</sup>

Inwieweit sich die „Fachfremden“ mit den Belangen der SA/SP identifizieren können bzw. die speziellen Bedürfnisse für diesen Bereich bedienen können, ist zu hinterfragen. W. Nodes schreibt dazu: „Einzig der Fachbereich Sozialwesen der Gesamthochschule Kassel bietet noch eine viersemestrige Ausbildung in Gesprächsführung an. Denn noch gibt es dort die verbleibenden lehrenden Sozialarbeiter – aber als Auslaufmodell.“<sup>103</sup>

Ein Versuch, die Bedingungen an den Fachhochschule bzw. die Ausbildung zu verbessern, wird im neuen Hochschulrahmengesetz gesehen.

---

<sup>99</sup> Pauls (2002) S.146

<sup>100</sup> Mühlum (2002) S. 26

<sup>101</sup> ebd. S. 27

<sup>102</sup> Hey (2002)

<sup>103</sup> Nodes (2001) S. 8f

## 2.6.2 Das neue Hochschulrahmengesetz

Die Neufassung des Hochschulrahmengesetzes 1999 ermöglicht „die Einführung von Stufenabschlüssen und bietet insbesondere für die Fachhochschulen einen neuen Gestaltungsrahmen, der formal-strukturell und inhaltlich-fachlich zu füllen ist. Dabei müssen die gesellschaftlichen Belange mit den Anliegen der Ausbildung und den wissenschaftlichen Anforderungen zusammengeführt werden. Sofern dies gelingt, können die Stufenabschlüsse zu einem Modernisierungsschub für die beteiligten Professionen und Disziplinen werden.“<sup>104</sup>

Die Einführung internationaler Studienabschlüsse erlaubt auch den Fachhochschulen, Universitätsabschlüssen gleichgestellte Master-Titel zu verleihen. „Fachhochschulen erhoffen sich dadurch mehr Anerkennung, die ihnen bislang versagt blieb. Langfristig, so wird gehofft, mindern sich Stundendeputate und mehren sich die Freiräume für wissenschaftliche Arbeit.“<sup>105</sup>

V. Schneider, selbst Dipl. Sozialarbeiter und Bundesgeschäftsführer des DBSH sieht durch diese gesetzliche Neuregelung attraktive Perspektiven der Profilierung für die - nach wie vor um Anerkennung ringenden - Fachhochschulen. „Dies gilt insbesondere für den Bereich der Sozialen Arbeit, da es derzeit - vom Umweg über ein Universitätsstudium der Sozialpädagogik einmal abgesehen - noch keinen ausreichenden Zugang zu den vollakademischen Weihen gibt. Über den Master könnte sich auch das Problem der Rekrutierung wissenschaftlichen Nachwuchses für die Professuren der aufkeimenden Fachwissenschaft Soziale Arbeit lösen lassen.“<sup>106</sup> Das wäre sicherlich begrüßenswert, da es, wie schon weiter oben erwähnt, zu wenig Professorinnen mit SA/SP-Hintergrund in der Lehre gibt.

## 2.6.3 Diskussion um BA- und MA-Abschlüsse

Hier möchte ich zuerst kurz sechs Vorzüge einer Differenzierung des Hochschulwesens aufzählen (nach Stadtman 1980):

- 1) Differenzierung erhöht die den Lernenden zur Verfügung stehenden Wahlmöglichkeiten;
- 2) sie ermöglicht praktisch höhere Bildung für jeden;
- 3) sie passt die Bildung den Bedürfnissen und Fähigkeiten des einzelnen an;
- 4) sie ermöglicht den jeweiligen Hochschulen, Auftrag und Zielsetzung selbst zu bestimmen und ihre Aktivitäten zu begrenzen;
- 5) sie entspricht den Anforderungen einer in sich selbst komplexen und differenzierten Gesellschaft;
- 6) sie wird zur Grundvoraussetzung von Freiheit und Autonomie der Hochschule<sup>107</sup>

Das überarbeitete HRG eröffnet den FH-Abgängern ganz neue Möglichkeiten. Vor der Einführung des HRG wurde an den deutschen Fachhochschulen „nur“ der klassische Diplomstudiengang angeboten. Mit der Einführung internationaler Abschlüsse (BA und MA) stehen umfangreiche Umstrukturierungen an. Es wird nötig sein, das komplette Kursangebot, Leistungsnachweise etc. zu überarbeiten. Das neue Gesetz „differenziert nicht - sehr zum Ärger der Universitäten - zwischen Bachelor- und Master-Abschlüssen, die an der Universität oder der Fachhochschule erworben wurden. Zusätze wie (FH) oder (Univ.) sind nicht

---

<sup>104</sup> Mühlum (2000b) S. 72

<sup>105</sup> Nodes (2001) S. 8f

<sup>106</sup> Schneider (2000a) S. 14

<sup>107</sup> vgl. Goedegebuure (1993) S.381

vorgesehen, die Abschlüsse also völlig unabhängig vom Ort ihres Erwerbs einander gleichgestellt. Für den Master bedeutet dies, dass somit auch an einer Fachhochschule ein vollakademischer Abschluss erworben werden kann, der unmittelbar zur Promotion berechtigt.<sup>108</sup>

Diese neuen Möglichkeiten lassen natürlich auch Hoffnungen auf einen höheren Status (und den damit verbundenen höheren Verdienst) entstehen. „Dies hat in bezug auf die Einrichtung von Masterstudiengängen eine regelrechte Goldgräberstimmung entstehen lassen. Keine Fachhochschule, die etwas auf sich hält, ist nicht in den Planungen für einen solchen Studiengang oder hat bereits fertige Pläne hierfür in der Schublade. Das Tempo, das dabei vorgelegt wird, weckt Zweifel an der Qualität manches Angebots. Der Wunsch, bei den ersten dabei sein zu wollen, duldet keine strenge Beachtung der Regeln der Sorgfalt. Dabei wäre dies durchaus angebracht. Auch Adam stürzte sich voreilig auf den verlockenden Apfel, um dafür anschließend aus dem Paradies vertrieben zu werden. Kritische Fragen sind bei aller Euphorie durchaus angezeigt.“<sup>109</sup>

Eine Frage ist etwa, was passieren könnte, wenn sich Studierende auf die verlockenden Äpfel stürzen? Die Befürchtungen von A. Mühlum: „Es droht ein Wildwuchs von Masterstudiengängen, die ihre sozialarbeiterischen Wurzeln nicht mehr erkennen lassen und deshalb weder zur wissenschaftlichen Entwicklung noch zur Identitätsbildung der Sozialarbeiter beitragen.“<sup>110</sup> Kritiker wie W. Nodes warnen vor negativen Entwicklungen z.B. in der Landschaft der Einstellungsträger. „Endlich scheint eine Binnendifferenzierung in der Profession denkbar: Dort die Masse mit Bachelor-Abschluss als niedriger bezahlte ‚Sozialhelfer‘ von morgen und auf der anderen Seite die wenigen (besser bezahlten?) ‚Master Sozialarbeiter‘. Interne Papiere sprechen von einem gewünschten Anteil von 80 zu 20.“<sup>111</sup>

Auch V. Schneider befasst sich kritisch damit. Er meint, dass zwar SA „light“ den Einsparungswünschen entgegenkommen mag, doch sie höhle die Substanz Sozialer Arbeit aus: „Die zunehmend komplexeren Anforderungen an das Arbeitsfeld erfordern eine systemisch orientierte Ausbildung hoher Qualität.[...] Dabei droht das begehrte Fachhochschul-Diplom reformerischem Eifer zum Opfer zu fallen. Die Falle hierzu wurde bereits im HRG aufgebaut. Dieses begrenzt im §19 die Gesamtstudiendauer sog. konsekutiver Studiengänge auf fünf Jahre. Bei einem dreijährigen Bachelor-Studiengang ist daher aufbauend ein zweijähriger Master-Studiengang möglich. Bei einem vierjährigen Fachhochschulstudium bliebe jedoch nur noch ein Jahr, um den Master zu erwerben. [...]Es ist aber auch bereits ein Fall bekannt, bei dem aufgrund der Länge der Gesamtstudiendauer eine Verleihung des Master-Grades abgelehnt wurde.“<sup>112</sup>

Berufspolitisch dominiert Skepsis, da die abgestuften Abschlüsse zwar dem Anforderungsprofil der Praxis entgegenkommen, aber auch zum Verdrängungswettbewerb führen können.<sup>113</sup>

Generell liegt das deutsche Fachhochschuldiplom im Niveau zwischen Bachelor und Master. Die in Deutschland eingeführten Master dürften, wenn sie auf das

---

<sup>108</sup> Schneider (2000a) S. 15

<sup>109</sup> ebd.

<sup>110</sup> Mühlum (2002) S. 28

<sup>111</sup> Nodes (2001) S. 8f

<sup>112</sup> Schneider (2000a) S. 16

<sup>113</sup> vgl. Mühlum (2002) S. 28

Diplom aufbauend berufsbegleitend durchgeführt werden, über dem Niveau der amerikanischen Masterabschlüssen liegen.<sup>114</sup>

## **2.7 Verfahren zur Standardsicherung von Studiengängen**

„Gegliedert Lernstoff (Module), vergleichbare Bewertungssysteme (Credit points) und definierte Anforderungsniveaus (Levels) sind für die Stufenabschlüsse verbindlich und auch im Hinblick auf die klinische Fachlichkeit wichtige Faktoren. Von besonderer Bedeutung aber sind Verfahren zur Standardsicherung unter Mitwirkung der Praxis und öffentlich-rechtlicher Träger an Inhalt, Profil und Qualität der Lehre sowie eine externe Überprüfung, also Fremd-Evaluation. Das Fehlen derartiger Standardsicherungsverfahren löst international regelmäßiges Erstaunen aus, da dort verbindliche Verfahren der Akkredierung von Studiengängen (institutionell) und der Lizenzierung von Absolventen (individuell) selbstverständlich sind um definierte Kenntnisse und Fertigkeiten sicherzustellen.“<sup>115</sup> Diese Forderungen bzw. den Bedarf nach Standardsicherungsverfahren möchte ich hier aufgreifen. Es gibt bundesweit viele Bestrebungen in diese Richtung, die natürlich auch Einfluss auf die Sozialwesen-Studiengänge haben (werden), was wiederum auch die Ausbildung für KlinSA betrifft.

### **2.7.1 Evaluation**

Das novellierte HRG sieht Evaluation der Lehre in seinem §6 vor. Inzwischen sind die in diesem Sinne geforderten Lehrberichte Bestandteil zahlreicher Hochschulgesetze der Länder. Unter Evaluation wird hier im weiteren Evaluation einer Einrichtung (Hochschule, Fakultät) verstanden. Die studentische Bewertung der Lehrqualität, die in der Regel in die Evaluation einfließt, wird hier nicht explizit behandelt. Evaluation als Bestandteil der Qualitätssicherung ist an den deutschen Hochschulen seit etwa 1995 mit vielen Aktivitäten unterschiedlicher staatlicher und gesellschaftlicher Gremien eingeführt und in Pilotprojekten erprobt worden.<sup>116</sup>

Als Verfahren der Evaluation soll hier das sog. „niederländische Modell“ vorgestellt werden:

- Umfassende Selbsteinschätzung der Fakultät in einem internen Evaluationsbericht, der von allen Gruppen an der Universität erarbeitet werden muss
- externe Evaluation durch Übergabe des internen Evaluationsberichtes an eine Gruppe von Peers, die dann durch einen in der Regel zweitägigen Besuch die Aussagen überprüfen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Qualität in einem externen Evaluationsbericht geben.
- Auswertung der und Schlussfolgerungen aus dem externen Evaluationsbericht durch die Fakultät mit der Festlegung einer

---

<sup>114</sup> Mir selbst wurde während meiner Praktika (4. bzw. 5. Fachsemester) von meinen amerikanischen Anleitern immer das Niveau eines graduate student bestätigt bzw. ich wurde mit einem solchem gleichgesetzt.

<sup>115</sup> Mühlum (2002) S. 27

<sup>116</sup> Eine sehr detaillierte Information über ausgeführte Projekte ist im Internet bei Hochschulinformationssysteme Hannover GmbH (HIS Hannover) abrufbar: <http://evanet.his.de/evanet/>

- Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen in angemessener Zeit, spätestens bei der nächsten Evaluation
- eventuelle Absprachen oder Zielvereinbarungen mit der Hochschulleitung zum Abstellen von Mängeln, die nicht aus eigener Kraft abgestellt werden können.<sup>117</sup>

Von Zeit zu Zeit werden Expertenkomitees einberufen, die spezielle Themenbereiche und Maßnahmen evaluieren. Der Wissenschaftsrat in Deutschland sammelt und bewertet eine große Anzahl von Daten, die in die hochschulpolitischen Debatten des Landes eingehen. Evaluation ist ein starkes hochschulpolitisches Instrument, das nach Ansicht vieler durch eine direkte Kopplung mit Finanzierung sogar noch an Bedeutung gewinnen kann. Andere sind der Meinung, dass eine zu enge Beziehung negative Auswirkungen haben kann, da so den Evaluierenden nur die „richtigen“ Informationen gegeben werden könnten. Dies schränkt die Glaubwürdigkeit der Evaluation als effektives Instrument zur Hochschulentwicklung ein.<sup>118</sup> Eine flächendeckende Institutionalisierung von Evaluationsmechanismen als auch eine systematische hochschulinterne Evaluation ist für Deutschland ein relativ neues Konzept, in den USA hat die interne Evaluation, insbesondere auf dem Gebiet der Lehre, eine recht lange Tradition. Je mehr Eigenverantwortung die Hochschulen für ihre Aufgaben, Ziele und Prioritäten übernehmen, umso mehr wächst die Bedeutung von Evaluation.<sup>119</sup> In im US-amerikanischen Hochschulsystem kommt der Evaluation schon lange eine große Bedeutung zu.<sup>120</sup>

## 2.7.2 Akkreditierung

In vielen Ländern wird befürchtet, dass die Qualität der Hochschule aufgrund unzureichender Finanzmittel und steigender Studentenzahlen gelitten hat. In einigen Ländern dient die Qualitätsbewertung der Entscheidung über die Vergabe von Forschungsmitteln und manchmal auch dazu, schlechte Leistungen zu sanktionieren.<sup>121</sup> Zusätzlich zu den weiterhin notwendigen Bemühungen um Evaluation von Hochschulen oder Fakultäten wurden seit etwa 1995 vielfältige Bemühungen unternommen, die in den USA<sup>122</sup> und<sup>123</sup> sowie in anderen Ländern der Welt bestehenden Verfahren zur Akkreditierung auch in Deutschland einzuführen. Als Begründung wurden die jetzt im novellierten HRG zugelassenen neuen Studienabschlüsse Bachelor/Bakkalaureus und Master/Magister ins Feld geführt. Die Qualität dieser neuen Studiengänge sollte mit einem möglichst weltweit akzeptierten Gütesiegel dokumentiert werden.<sup>124</sup>

Akkreditierung (eigentlich Zertifizierung) eines Studiengangs soll den Studierenden einerseits und den die Absolventen heute weltweit aufnehmenden Einrichtungen andererseits die Sicherheit vermitteln, dass die Ausbildungsziele des Studiengangs den anerkannten aktuellen Mindestanforderungen an die gewählte

---

<sup>117</sup> vgl. Büchner (2000)

<sup>118</sup> vgl. Goedegebuure (1993) S.406

<sup>119</sup> ebd. S.409f

<sup>120</sup> Während meiner Studienzzeit in den USA habe ich gemerkt, welches Gewicht Evaluation an den Hochschulen dort hat. So wurden etwa am Ende jedes Semesters für jeden Kurs ein mehrseitiger Evaluationsbogen an alle Studenten ausgeteilt, wo u.a. Fragen zu den Inhalten des Seminars, deren Vermittlung und zur Kompetenz des jeweiligen Dozenten gestellt wurden.

<sup>121</sup> vgl. Goedegebuure (1993) S. 413

<sup>122</sup> vgl. Myers (1998)

<sup>123</sup> vgl. The Council for Higher Education Accreditation (CHEA)

<sup>124</sup> vgl. Büchner (2000)

Ausbildung entsprechen. Sie ist insbesondere unter den Bedingungen der zurückgenommenen Regelungstiefe des HRG, der beabsichtigten Abschaffung von Rahmenprüfungsordnungen und der damit zunehmenden Diversifizierung der Studiengänge sowie der Gründung neuer privater Hochschulen eine Maßnahme gegen Wildwuchs im Ausbildungssystem. Die Mindestanforderungen sind dabei so zu wählen, dass eine erfolgreich erworbene Akkreditierung zu einem „Gütesiegel“ für den Studiengang wird, das in Abständen immer wieder errungen werden muss.

Die Akkreditierung steht unter den Prämissen:

- Qualität zu sichern
- Studierbarkeit nachzuweisen
- Vielfalt zu ermöglichen
- Transparenz zu schaffen<sup>125</sup>

Zu beachten ist jedoch, dass eine Überbetonung von Qualitätskontrollmechanismen und enge Definitionen von Relevanz und Verantwortlichkeit das Hochschulwesen in eine „Zwangsjacke“ stecken könnten und so den Interessen keiner Seite gedient wäre.

### 2.7.3 Das European Credit Transfer System (ECTS)

Im ersten Teil meiner Arbeit habe ich das amerikanische Creditsystem dargestellt. Im Folgenden möchte ich das europäische Kredit- und Leistungssystem vorstellen. Viele sehen inzwischen die Notwendigkeit, die aus der Praxis der Diplomstudiengänge übernommene Angabe des Aufwandes in SWS in konsekutiven Studiengängen in der Regel durch ein Credit-Point-System nach anglo-amerikanischem Vorbild bzw. durch das European Credit Transfer System (ECTS) zu ersetzen.

Es ist von der Kommission der Europäischen Union eingerichtet worden, um Studienleistungen, die innerhalb Europas erbracht werden, einheitlich zu bewerten. Mit ihrer Unterstützung wurde von einer Reihe europäischer Hochschulen ein einheitliches System zur Umrechnung und Übertragung von Studien- und Prüfungsleistungen entwickelt und erprobt: ECTS. Dieses System soll keine Harmonisierung im europäischen Hochschulwesen herbeiführen, sondern als Brücke zwischen den verschiedenartigen Systemen und Regelungen fungieren. Kernelement des ECTS sind sogenannte Anrechnungspunkte (credits), die den einzelnen Lehrveranstaltungen bzw. Studien- und Prüfungsleistungen zugeordnet werden. Die Punkte geben den normalen studentischen Arbeitsaufwand an, der mit dem erfolgreichen Besuch einer bestimmten Lehrveranstaltung oder dem Bestehen einer bestimmten Prüfung verbunden ist. Der Arbeitsaufwand - und damit die Punktzahl - für die einzelne Lehrveranstaltung oder Prüfung wird festgelegt in Relation zu dem für das Studium in einem Jahr insgesamt erforderlichen Arbeitsaufwand. Dabei sind zwei Dinge wichtig:

- (1) bei der Berechnung des Arbeitsaufwands werden alle Lehrveranstaltungen - Vorlesungen, Seminare, (praktische) Übungen, Tutorien, Exkursionen und Praktika - einbezogen.
- (2) Die Zahl der Anrechnungspunkte basiert nicht einfach auf der Stundenzahl einer Lehrveranstaltung, sondern berücksichtigt auch die persönliche Vorbereitung auf Lehrveranstaltungen und Prüfungen, z.B. zu Hause oder in Bibliotheken.

---

<sup>125</sup> ebd.

Bei ECTS entsprechen dem Arbeitsaufwand eines Studienjahres in der Regel 60, dem eines Semesters 30 Anrechnungspunkte und entsprechend für ein Trimester 20.<sup>126</sup> Das ECTS hat sich schon an vielen Hochschulen, gerade im Universitätsbereich, etabliert. Was sind denn die Gründe, die deutsche Hochschulen veranlassen, ECTS einzusetzen? Bei allgemeinen Stellungnahmen zu ECTS schreiben viele Hochschulen, dass sie darin eine unabdingbare Voraussetzung für ihre europäische und internationale Zukunft sehen. ECTS würde die Zeitgemäßheit und den europäischen Standard ihrer Studiengänge fördern. Es ermögliche zielgerichtete Planbarkeit und minimiere die formalen und administrativen Hindernisse für Austausch und Anerkennung. Neben der akademischen Anerkennung erleichtere ECTS den Gesamtprozess der Studentenmobilität: Die Transparenz der Studien- und Prüfungsanforderungen aller beteiligten Hochschulen/Fächer sei gegeben, welche zu Qualitätssteigerung führe.

Hochschulintern führe ECTS u.a. zu folgenden Vorteilen: Erhöhung der nationalen und internationalen Konkurrenzfähigkeit durch hergestellte Transparenz, Qualitätssicherung und -steigerung durch Transparenz und internationalen Vergleich. ECTS erleichtere die Flexibilität, fördere die Modularisierung der Studiengänge, die curriculare Reform und die Studienreform und die „Entrümpelung“ der Studiengänge allgemein.<sup>127</sup> Weltweit hat sich das Umfeld der Hochschulen verändert. Die Hochschulen selbst wurden von Elite- zu Masseneinrichtungen, sind so gut wie überall überlastet und gleichzeitig verengt sich deren wirtschaftliche Situation. Auch die Finanzlage der Studenten ist schwieriger geworden, viele können nicht mehr, wie ihre Eltern, ein Studium zügig absolvieren, sondern sind gezwungen, neben dem Studium zu arbeiten, Teilstudiengänge durchzuführen oder zwischen den einzelnen Studienphasen Pausen einzulegen. Hier kommt den Studenten ein Kreditsystem wie das ECTS sicher sehr entgegen. Einige dieser Punkte werden ja auch für die Verbesserung des Studiums der Sozialen Arbeit gefördert, doch darauf komme ich später zurück. Kritische Stimmen kritisieren weniger ECTS als System sondern die Rahmenbedingungen, die die Einführung behindern oder nicht direkt möglich machen, wie die deutschen Staatsprüfungen und Approbations-Ordnungen und die hochschulinternen, häufig unflexiblen Prüfungsämter, die Regierungspräsidien und Ministerien.

Kreditsysteme – sowohl das amerikanische als auch das europäische - haben Vor- und Nachteile. Zu den Hauptvorteilen zählen die Steigerung der Flexibilität (Studenten wird ermöglicht, je nach Möglichkeit und Lebenslage zu studieren; das Studium kann jederzeit unterbrochen und wieder aufgenommen werden; lebenslanges Lernen wird angeregt), der Effizienz des Lernens (Studium eher kurs- als prüfungsorientiert; Student und Hochschullehrer wissen jederzeit, ob und wie erfolgreich studiert wird; ungeeignete Studenten scheiden schnell aus, geeignete Studenten werden zu schnellem Studium ermuntert) und die Kosteneffizienz (Masse der Vollzeitstudenten durchläuft das Studium in Regelstudienzeit; nur nicht bestandene Prüfung wird wiederholt, credits für bestandene Kurse bleiben erhalten, ganze Studienabschnitte werden nicht wiederholt). Zu den Hauptnachteilen zählen die Fragmentierung (Zerlegung des Wissens in Stücke bzw. Kurse) und Desintegration des Wissens (Aufspalten der Lernerfahrung in kleine Einheiten wirkt Integration von Wissen entgegen) und die mögliche Verminderung des Werts ernsthafter wissenschaftlicher Arbeit

---

<sup>126</sup> vgl. [http://www.fu-berlin.de/studium/ects/ects\\_fu.html](http://www.fu-berlin.de/studium/ects/ects_fu.html)

<sup>127</sup> vgl. Dalichow (1997) S.78

(Akkumulationsprozess von Einheiten als Ziel an sich, der Wert wissenschaftlicher Arbeit wird reduziert).<sup>128</sup>

Deutschland liegt im internationalen Vergleich nicht nur bei einem zukunftsorientierten Hochschulprozess zurück, sondern auch bei der Entwicklung von Kredit- und Leistungspunktsystemen stehen die deutschen Hochschulen erst am Anfang der Entwicklungen. Im Rahmen des Reformprozesses wäre unter anderem dem Teilzeitstudium, den weiteren Zwischenqualifikationen und Weiterqualifikationen besondere Aufmerksamkeit zu widmen.<sup>129</sup> Diese Reformen machen auch nicht vor dem sozialen Bereich Halt, was bedeutet, dass auch hier Handlungsbedarf besteht.

## ***2.8 Der Masterstudiengang für klinische Sozialarbeit***

Eine Möglichkeit, auf die Veränderungen des Hochschulumfelds zu reagieren, ist die Einrichtung von Stufenabschlüssen bzw. speziellen Masterstudiengängen. In der Diskussion darum gibt es Gegenstimmen<sup>130</sup> genauso wie Fürsprecher. An einigen Hochschulen wird ein derartiger Schritt gerade vorbereitet, wie etwa an der ASFH und der KFHB in Berlin. Auch die FH in München plant die Einrichtung eines solchen Studiengangs. Unterstützer einer solchen Fachsozialarbeit ist Albert Mühlum. Er schreibt, dass bei einem bestimmten Klientel von der Sozialarbeit ein klinischer Beitrag gefragt ist, der weit über die Handlungskompetenzen hinausgeht, die von einer grundständigen, generalistischen Ausbildung erwartet werden können.<sup>131</sup> Der Regional Advisor der WHO Europe Wolfgang Rutz sprach die ausdrückliche Unterstützung seiner Institution für eine solche berufliche Spezialisierung und entsprechende Masterstudiengängen aus. Er stellte klar, dass das Konzept KlinSA genau auf der Linie der WHO-Politik liege und begrüßte die Schaffung nationaler und internationaler Netzwerke.<sup>132</sup> Prof. Dr. Helmut Pauls, der Leiter des Studiengangs KlinSA in Coburg, setzt sich sehr für die Etablierung der KlinSA in Deutschland ein. Er schreibt, dass es wie bei anderen Disziplinen auch gilt, Niveau-Unterschiede sowohl in der Ausbildung als auch in der beruflichen Praxis zu bestimmen und zu operationalisieren und das konkret für die KlinSA. So würde jeder Psychologe grundlegende Kenntnisse in Psychologischen Behandlungsmethoden lernen, aber um Psychologischer Psychotherapeut zu werden, ist eine berufsbegleitende, fünfjährige Ausbildung nötig. Auch jeder Mediziner lernt in seinem Studium Kinderkrankheiten kennen, doch für den Facharzt in Pädiatrie muss er nach dem Staatsexamen eine mehrjährige Facharztausbildung absolvieren.<sup>133</sup> In einer Vorreiterrolle hat sich der Fachbereich Sozialwesen der FH Coburg auf den Weg gemacht, einen solchen Studiengang zu etablieren. Dort wird seit der feierlichen Einführung am 11. Januar 2002 ein berufsbegleitender Masterstudiengang „Klinische Sozialarbeit“ angeboten. Diesen möchte ich als Beispiel genauer vorstellen: Die Zielgruppe dieses Masterstudiengangs sind Fachkräfte aus sozialen Arbeitsfeldern mit klinischen Aufgabestellungen, die einen Hochschulabschluss in

---

<sup>128</sup> ebd. S. 37

<sup>129</sup> ebd. S.90

<sup>130</sup> vgl. hierzu Kapitel 2.5, S.41f

<sup>131</sup> vgl. Mühlum (2002) S. 28ff

<sup>132</sup> vgl. Pauls (2002) S.142

<sup>133</sup> ebd. S.147f

SA/SP oder Pädagogik mit Schwerpunkt SA/SP haben. Sie sollten mindestens zwei Jahre Berufspraxis in Vollzeit oder eine entsprechend längere Berufspraxis in Teilzeit nachweisen können und über Englischkenntnisse verfügen.<sup>134</sup> Zum Studium werden nur Bewerber zugelassen, die einen Hochschulabschluss in einem sozial-, human-, geisteswissenschaftlichen oder theologischen Studiengang nachweisen können. Das Team besteht aus hauptamtlichen KollegInnen aus dem Fachbereich Sozialwesen der FH Coburg, klinisch ausgewiesenen Hochschullehrern anderer deutschen und ausländischen Hochschulen und Universitäten sowie klinisch erfahrenen Berufspraktikern als Lehrbeauftragte. Die Studiengebühren richten sich nach der Hochschulgebührenordnung (HschGebV). Die Semestergebühr beträgt einschließlich des Studentenwerksbeitrags momentan 800.- Euro.<sup>135</sup>

### 2.8.1 Studienziel

Ziel des Studiums ist die Ausbildung Klinischer Sozialarbeiter, die in selbstständiger Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse über klinische Fachlichkeit in der SA verfügen. Diese Kompetenzen bestehen insbesondere darin, an den Schnittstellen des Gesundheitswesens zu sozialen, psychologischen, pädagogischen und rechtlichen Einrichtungen im Sinne sozialer Behandlung mitzuwirken. „Der klinische Sozialarbeiter bearbeitet spezielle klinische Aufgabenstellungen in der Regel in interdisziplinären Zusammenhängen und in multiprofessionellen Teams. Deshalb vermittelt das Masterstudium auf einem grundständigen Studium der SA aufbauend qualifikationserweiternde kommunikative und systemische Kompetenzen, vertiefte Kenntnisse über Strukturen des Gesundheitswesens sowie organisatorisch-institutionelle, spezielle rechtliche, berufs- und forschungsethische Kenntnisse.“<sup>136</sup>

### 2.8.2 Kennzeichen des Studiengangs

Der vergebene Abschluss Master of Social Work (MSW) mit dem Schwerpunkt KlinSA „bietet eine international anerkannte akademische Qualifizierung. Die Ausbildung vermittelt vertieftes Bedingungs- und Änderungswissen in psychosozialen Beratungs- und Behandlungsmethoden, Forschungs- und Evaluationskompetenz sowie Intervention- und Planungskompetenz.“<sup>137</sup> Der Studienumfang beträgt 6 Semester, die modular aufgebaut sind, mit je 10 SWS seminaristischer Ausbildung (entspricht 150 Unterrichtsstunden pro Semester) und mindestens 10 SWS beruflicher Praxis an der eigenen Arbeitsstelle. Die fortlaufende Berufstätigkeit wird durch die Organisation der Veranstaltungen in Blockform ermöglicht: Pro Semester gibt es 5-6 Veranstaltungen in Workshop-Form, die jeweils 2-3 Tage in Anspruch nehmen. In jeder Studiengruppe sind maximal 20 Teilnehmer. Weitere Kennzeichen:

- Integration von Theorie, Praxis und Forschung
- Kooperation mit deutschen und ausländischen Hochschulen und Praxiseinrichtungen im Rahmen eines internationalen „Quality Network“.<sup>138</sup>

---

<sup>134</sup> vgl. FH Coburg, SPO M KS, § 3

<sup>135</sup> vgl. FH Coburg, Vorstellungsbroschüre

<sup>136</sup> FH Coburg, SPO M KS, § 1

<sup>137</sup> FH Coburg, Vorstellungsbroschüre

<sup>138</sup> vgl. FH Coburg, Vorstellungsbroschüre

### 2.8.3 Inhaltliches Profil

Hier möchte ich kurz die vier verschiedenen Module der Ausbildung vorstellen:

- *Im Modul 1* geht es um theoretische Fundierung. Es werden die wissenschaftlichen Grundlagen klinischer Sozialarbeit vermittelt. Weitere Fächer sind Organisation, Sozialmanagement, Betriebswirtschaft, Recht und Ethik.
- *Im Modul 2* geht es um klinisch-soziale Forschungs- und Kontrollmethoden. Dazu gehört auch Evaluation, Qualitätsmanagement, Praxiskontrolle und Supervision.
- *Im Modul 3* geht es um personale und kommunikative Kompetenzen und differentielle Gesprächsführung.
- *Im Modul 4* geht es um Interventions- und Planungskompetenz. Es wird Beratung, Soziotherapie, psycho-soziale Diagnostik, Konfliktmanagement, Krisenintervention und Organisations- und systemorientierte Arbeit behandelt. Dazu kommt die Abschlussarbeit (Master Thesis), durch die der Student zeigen soll, dass er in der Lage ist, ein Problem aus dem Bereich der KlinSA selbstständig unter der Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse theoretisch fundiert und mit fachgerechter Auswahl und Anwendung klinischer Forschungsmethodik zu bearbeiten. Die studienbegleitende kontrollierte Berufspraxis, die in ausreichendem Umfang Möglichkeiten zur Umsetzung von Wissen und Methoden klinischer Sozialarbeit ermöglicht (z.B. Diagnostik, Beratung, Gesprächsführung, Therapie, Koordination, Case-Management, Aufsuchende Arbeit, Gruppenarbeit), ist eine weitere Anforderung des Studienplans.<sup>139</sup>

Mit diesen spezifischen Kenntnissen und elaborierten Methoden zu antworten auf definierte Herausforderungen, die die grundständige Sozialarbeit übersteigen, wäre laut Prof. Pauls die Aufgabe der innerberuflichen Spezialisierung. Nach der Vorstellung von Prof. Paul könnte ein solches Profil nicht nur das gesellschaftliche Ansehen erhöhen und die Durchsetzungsfähigkeit stärken, sondern böte auch bei extremen Belastungen und Verwicklung der Patienten die Chance, ihnen den notwendigen psychosozialen Beistand zu sichern.<sup>140</sup>

Die Gedanken von A. Mühlum zu diesem Vorhaben möchte ich zitieren: „Ob damit ein neuer Focus und neue Kompetenzen eindeutig definiert oder ob klassische Aufgaben nur präziser gefasst werden, mag vorläufig offen bleiben, nicht zuletzt deshalb, weil sich die Sozialarbeit vor eine doppelte Herausforderung gestellt sieht: die grundsätzliche Zuständigkeit für Gesundheitsanliegen zu behaupten und gleichzeitig eine deutlich höhere Kompetenz in Fragen der Gesundung und Heilung zu entwickeln. Um diesen Anforderungen einigermaßen angemessen begegnen zu können, müssen die Anstrengungen in Ausbildung und Praxis, Theorie- und Methodenlehre zweifellos nachhaltig verstärkt werden.“<sup>141</sup>

Neben dem Masterstudiengang gibt es in Coburg eine weitere Einrichtung, die sich zum Ziel gemacht hat, die KlinSA in Deutschland weiter zu etablieren. Im folgenden Kapitel soll diese Einrichtung, die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, vorgestellt werden.

## 2.9 Die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

Die ZKS ist eine Einrichtung des IPSG (Institut für Psycho-Soziale Gesundheit), gemeinnützige GmbH, einer wissenschaftlichen Einrichtung an der FH Coburg. Geschäftsführer sind Prof. Dr. Helmut Pauls und Stephanus Gabbert (Dipl. SP).

---

<sup>139</sup> vgl. FH Coburg, Anlage zum Studienplan

<sup>140</sup> vgl. Pauls (2002) S. 54

<sup>141</sup> Mühlum (2002) S. 53

Ein Kuratorium mit VertreterInnen aus den Hochschulen, der Praxis und den Verbänden berät und lenkt die Aktivitäten der Zentralstelle.<sup>142</sup>

### 2.9.1 Ziele der ZKS

Die ZKS hat folgende Zielsetzungen:

- Förderung der KlinSA in Deutschland
- Zertifizierung/Anerkennung der FachsozialarbeiterIn für KlinSA
- Förderung der Forschung und wissenschaftlicher Publikationen
- Beratung und Kooperation bei der Entwicklung von Weiterbildungsgängen außerhalb der Hochschulen und Master-Studiengängen in KlinSA
- Förderung der interdisziplinären Kooperation
- Öffentlichkeitsarbeit

Bei der Anerkennung und Akkredierung qualifizierter SozialarbeiterInnen/-pädagogInnen als „Fachsozialarbeiter für Klinische Sozialarbeit (ZKS)“ bzw. „Clinical Social Worker (ZKS)“ handelt es sich nach der ZKS um entscheidende und richtungsweisende Schritte in Richtung der beruflichen Profilierung der KlinSA. „Die ZKS vollzieht mit der Anerkennung zum Fachsozialarbeiter für KlinSA einen wichtigen Schritt Professionalisierung fachspezifischer Sozialarbeit bei gesundheitsbezogenen, beratenden und behandelnden Aufgabenstellungen. Durch den neuen Titel wird fortbildungsvermittelte psycho-soziale Basis-Kompetenz von Dipl. SA/SPs für Beratung und psycho-soziale Therapie im Gesundheits- und Sozialwesen professionsspezifisch profiliert.“<sup>143</sup>

Auf die Kriterien für den Erwerb der Anerkennung und zur Akkredierung möchte ich hier nicht weiter eingehen, sie sind in den Richtlinien zur Anerkennung zum Fachsozialarbeiter für KlinSA genau aufgeführt.<sup>144</sup> Die Kosten für die Bearbeitung und Prüfung der Unterlagen, die Akkredierung bei der ZKS und für das Zertifikat belaufen sich derzeit auf € 230,00.

Für jeden akkreditierten klinischen Sozialarbeiter besteht die Möglichkeit, sich in ein Register der ZKS eintragen zu lassen.

### 2.9.2 Stellungnahmen der Fachverbände

Die DGS, die DVSK und das DBSH- Institut zur Förderung der sozialen Arbeit begrüßen die Aktivitäten der ZKS ausdrücklich und unterstützen ein differenziertes Bild der KlinSA.

*Die Stellungnahme der DGS:*

- Die DGS unterstützt alle Bemühungen, die Qualifikation beruflicher Sozialarbeit zu verbessern und zu zertifizieren, auch die im klinischen Feld.
- Die Schaffung einer Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit wird vom Vorstand ausdrücklich begrüßt als eine Agentur, die der Überprüfung und Zertifizierung klinischer Kompetenzen dient.

---

<sup>142</sup> Am 10. Mai 2002 besuchte ich die ZKS in Coburg. Meine Gesprächspartner dort waren sowohl Stephan Kutscher als auch Prof. Dr. Pauls. Prof. Pauls bot mir an, die Mitglieder des Kuratoriums der ZKS anzuschreiben und sie zu bitten, mich bzw. meine Diplomarbeit zu unterstützen, indem sie die beigefügten Fragen beantworten. Das war eine sehr große Hilfe, da solch ein E-Mail natürlich eine andere Gewichtung hat, als wenn eine unbekannte Studentin um ein Interview bittet.

<sup>143</sup> ZKS, Informationsbroschüre

<sup>144</sup> All diese Unterlagen und noch weiteres Informationsmaterial sind über die ZKS zu beziehen.

- Den in den Richtlinien der ZKS formulierten Voraussetzungen und Standards wird zugestimmt.

*Aus der Stellungnahme der DVSK:*

- Die Entwicklung der Sozialarbeit im Gesundheitswesen zur KlinSA ist ein Schritt zu mehr Professionalisierung.
- Die Schaffung einer Zentralstelle zur Überprüfung fachlicher klinischer Kompetenzen bedeutet Transparenz und Überprüfbarkeit der Inhalte KlinSA und ist somit ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Qualität beruflicher Sozialarbeit.<sup>145</sup>

Das DBSH-Institut zur Förderung der sozialen Arbeit kooperiert mit der ZKS und bringt sich in die Konzeption neuer Weiterbildungsangebote ein.<sup>146</sup>

Um die deutsche KlinSA anschlussfähig an die internationale Entwicklung zu machen, lehnen sich die Anerkennungskriterien an die Standards des American Board of Examiners in Clinical Social Work<sup>147</sup> und die berufsethischen Prinzipien der Clinical Social Work Federation an.

---

<sup>145</sup> vgl. Clinical Social Work Federation (Internet)

<sup>146</sup> vgl. ZKS, Vorstellungsbroschüre

<sup>147</sup> vgl. American Board of Examiners in Clinical Social Work (ABE) (Internet)

### 3. Qualitative Untersuchung

Da ich in den USA und in Deutschland sowohl die Theorie (das Studium) als auch die Praxis kennen lernen durfte und es sich immer wieder zeigte, welche unterschiedlichen Hintergründe, Vorstellungen und Visionen bei den in diesem Bereich Tätigen vorliegen, habe ich beschlossen, dieses an Hand einer qualitativen Untersuchung näher zu beleuchten.

#### 3.1 Vorüberlegungen zur eigenen Untersuchung

Nachdem ich mich für dieses Thema entschieden hatte, war mir klar, dass ich dazu das Wissen von Fachleuten aus beiden Ländern brauche und ich deshalb Befragungen durchführen werde. Dafür wollte ich u.a. Entscheidungsträger aus Verbänden, Ausbildungsinstitutionen, aber auch Praktiker vor Ort für die Datengewinnung rekrutieren, um an ihr (Erfahrungs-)wissen über das Bildungssystem bzw. der SA heranzukommen. Im Unterschied zu anderen Interviewformen bildet beim ExpertInneninterview nicht die Gesamtperson den Gegenstand der Analyse, sondern es geht um deren organisatorische und institutionelle Einbeziehung. Es eignet sich zur Rekonstruktion komplexer Wissensbestände und wird oft in der Bildungsforschung und der Implementationsforschung angewandt.<sup>148</sup> So habe ich mich für diese Methode entschieden. Die klassischen Methoden der empirischen Sozialforschung wie die standardisierte Befragung, Beobachtung oder Experiment schieden daher im Vorfeld aus.

Die nächste Überlegung meinerseits drehte sich um die praktische Durchführung der Interviews. Da ich vorhatte, auch amerikanische ExpertInnen zu befragen, stellte sich die große Frage, wie ich das bewerkstelligen sollte. Extra deswegen in die USA zu fliegen, wäre zu teuer und zeitaufwendig gewesen. Auch die ExpertInnen in Deutschland sind über das ganze Bundesgebiet verteilt, was ebenfalls einen sehr hohen Zeit- und Geldaufwand für das Reisen bedeutet hätte. Die Idee, die Interviews per Telefon durchzuführen, verwarf ich wegen Zweifeln an der technischen Machbarkeit der Aufnahmen bzw. der möglichen mangelnden Qualität derselben.

Da es bei ExpertInneninterviews um gemeinsam geteiltes Wissen geht, sind bei der Transkription aufwendige Notationssysteme, wie sie z.B. bei narrativen Interviews unvermeidlich sind, nicht notwendig. Pausen, Stimmlagen sowie sonstige nonverbale und parasprachliche Elemente werden nicht zum Gegenstand der Interpretation gemacht.<sup>149</sup>

Aufgrund dieser Vorüberlegungen entwickelte ich die Idee, die Interviews schriftlich durchzuführen. Dieses besprach ich mit meiner Betreuungsdozentin Prof. Allwin, und wir einigten uns auf die innovative Methode der schriftlichen Befragung per E-Mail durch die Nutzung der neuen Kommunikationstechnologie Internet.

---

<sup>148</sup> vgl. Meuser und Nagel (1997) S. 481

<sup>149</sup> vgl. Meuser und Nagel (1991) S. 455

## 3.2 Methodisches Vorgehen

Obwohl ExpertInneninterviews weit verbreitet sind, gibt es einen auffälligen Mangel an methodischer Literatur. In den gängigen Lehr – und Handbüchern zu den Methoden der empirischen Sozialforschung wird das ExpertInneninterview allenfalls kurz erwähnt - wenn überhaupt -, aber nicht als besonderes Verfahren angesprochen. Die Erhebungs- und Auswertungsstrategien unterscheiden sich von anderen Befragungstechniken wie dem fokussierten, problemzentrierten, narrativen oder biographischen Interview. Begründet ist das mit den besonderen Erkenntnisinteressen, die anders sind als beispielsweise in der Biographieforschung.<sup>150</sup> Die einzigen, die sich ausführlicher mit dieser Methode beschäftigt haben, sind Michael Mauser und Ulrike Nagel, auf deren Veröffentlichungen ich mich im Folgenden immer wieder beziehen werde.

### 3.2.1 Das Erhebungsverfahren

Bei dem ExpertInneninterview handelt es sich insgesamt um die „Erfassung von praxisgesättigtem Expertenwissen, des know how derjenigen, die die Gesetzmäßigkeiten und Routinen, nach denen sich ein soziales System reproduziert, enactieren und unter Umständen abändern bzw. gerade diese verhindern, aber auch der Erfahrung derjenigen, die Innovation konzipiert und realisiert haben.[...]Ein weiteres Forschungsgebiet sind Bildungs- und Berufsabläufe und institutionelle Karrieren. Hier dient das ExpertInneninterview dazu, den Wirkungszusammenhang von allgemeinen gesellschaftlichen Strukturvorgaben, betrieblich-organisatorischen Kontextbedingungen und individuellen Optionen zu erschließen sowie zukünftige Steuerungsaufgaben zu erschließen“.<sup>151</sup> Dies bildet die Grundlage meiner Untersuchung. Mein Forschungsinteresse waren die unterschiedlichen Ausbildungssituationen und die das Ganze beeinflussenden Voraussetzungen. Somit waren die Interviews darauf ausgelegt, dass die ExpertInnen Auskunft über ihr eigenes Handlungsfeld geben und Informationen über die Kontextbedingungen liefern.

### 3.2.2 ExpertInnen/wissen- Begriffsbestimmung

Bevor ich die von mir kontaktierten ExpertInnen vorstelle, möchte ich näher auf die Begriffe ExpertIn und ExpertInnenwissen eingehen. Ab welchem Moment gilt eine Person als Experte und was ist das überhaupt? Wolfgang Walter definiert das wie folgt: „Eine Person wird zum Experten gemacht, weil wir wie auch immer begründet annehmen, dass sie über ein Wissen verfügt, das sie zwar nicht alleine besitzt, das aber doch nicht jedermann bzw. jederfrau in dem interessierenden Handlungsfeld zugänglich ist.“<sup>152</sup> Meuser/Nagel bestimmen den Begriff methodologisch. „Expertin ist dann ein hinsichtlich des jeweiligen Erkenntnisinteresses vom Forscher verliehener Status; jemand wird zur Expertin in ihrer und durch ihre Befragtenrolle“<sup>153</sup> Ob jemand als ExpertIn angesprochen wird, hängt also in erster Linie vom Forschungsinteresse ab. Somit ist jeder meiner Befragten ein Experte. In einem etwas älteren Artikel schreiben die beiden

---

<sup>150</sup> Das merkte ich besonders bei der Erstellung meines Leitfragenkataloges, da ich mich gerade zu diesem Zeitpunkt im Rahmen eines Seminars intensiver mit biographischen Interviews auseinandersetzte.

<sup>151</sup> Meuser und Nagel (1997) S. 481

<sup>152</sup> Walter (1994) S. 271

<sup>153</sup> Meuser und Nagel (1997) S. 483

Autoren: „Von Interesse sind ExpertInnen als FunktionsträgerInnen innerhalb eines organisatorischen oder institutionellen Kontextes. Die damit verknüpften Zuständigkeiten, Aufgaben, Tätigkeiten und die aus diesen gewonnenen exklusiven Erfahrungen und Wissensbestände sind die Gegenstände des ExpertInneninterviews [...] Sie sind auch als Repräsentanten einer Organisation oder Institution zu sehen, insofern sie die Problemlösungen und Entscheidungsstrukturen (re)präsentieren.“<sup>154</sup>

Expertenwissen wiederum lässt sich als „ein in einer arbeitsteiligen organisierten Gesellschaft als notwendig erachtetes Sonderwissen“ definieren. Zu dem Status des ExpertInnenwissen heißt es, dass „dem Experten das Sonderwissen klar und deutlich präsent ist und darin eine entscheidende Differenz zum Alltagswissen liegt.[...] Der ExpertInnenstatus bestimmt sich in Abhängigkeit vom jeweiligen Forschungsinteresse. Eine rein methodologische Fassung reicht nicht aus, sondern bezieht sich notwendigerweise auf eine im jeweiligen Feld vorab erfolgte und institutionell-organisatorisch zumeist abgesicherte Zuschreibung.“<sup>155</sup>

Bei der Auswahl meiner InterviewpartnerInnen bin ich diesen Kriterien gefolgt.

### 3.2.3 Die InterviewpartnerInnen

Um einen breitgefächerten Einblick in die unterschiedlichen Standpunkte und Sichtweisen zu bekommen, entschied ich mich, als ExpertInnen sowohl Repräsentanten der Lehre, als auch schon lange in der Praxis der Sozialen Arbeit Tätige zu befragen, da diese unterschiedliche Erfahrungshintergründe haben. Auch wollte ich beide Geschlechter möglichst gleich vertreten wissen, was aber gerade im Bereich der Lehre nicht möglich war, da dort die Frauen absolut unterrepräsentiert sind.

Durch meine Betreuungsdozentin Prof. Allwin bekam ich Namen von „Praktikern“, die ihr durch das eigene Engagement in der Bundesfachgruppe Gesundheit des DBSH bekannt waren. Um das andere Geschlecht zu vertreten, kontaktierte ich auch eine weibliche Sozialarbeiterin, welche leider wegen längerer Erkrankung nicht befragt werden konnte.

Durch meine Nachforschungen hatte ich schon früh Kontakt mit Stephan Kutscher, der die ZKS (siehe vorangegangenes Kapitel) koordiniert, aufgenommen. Mit seiner Hilfe und der Unterstützung von Prof. Pauls wurden die Fragen an alle Kuratoriumsmitglieder der ZKS verschickt.

Um ein Gegengewicht zu den Kuratoriumsmitgliedern zu schaffen bzw. auch einer anderen Position Raum zu geben, fragte ich bei Norbert Gödecker-Geenen, Dipl. Sozialarbeiter und erster Vorsitzender des DVSK an. Leider hatte er zu viel zu tun. Auch hatte ich Prof. Dr. Büschges-Abel, FH Mannheim und Prof. Dr. Wendt, BA-Stuttgart kontaktiert, da sie auch zu denen zählen, die sich intensiv mit dem Thema KlinSA auseinandersetzen. Hier bekam ich keinerlei Rückmeldung.

Meine zwei amerikanischen Interviewpartnern waren mir durch mein Praktikum in NY bekannt. Um einen Vertreter der Lehre hatte ich mich auch bemüht: Einer meiner ehemaligen Professoren der SUNY hatte zugesagt kam aber dann wegen Computerproblemen (Virus) nicht mehr dazu, mir die Antworten rechtzeitig zukommen zu lassen.

---

<sup>154</sup> Meuser und Nagel (1991) S. 444

<sup>155</sup> Meuser und Nagel (1997) S. 483

### 3.2.4 Die Interviewfragen

Für meine qualitative Untersuchung hatte ich drei Leitfragenkataloge erstellt, die sich nicht sehr voneinander unterschieden, da mein Ziel ja war, im Vergleich der erhobenen Daten das Überindividuell-Gemeinsame herauszufinden.

Der erste Leitfragenkatalog war für die „Praktiker“ bestimmt, also den Teil der Befragten, die als SA oder SP direkt mit Klienten arbeiten. Beim zweiten handelte es sich um den Leitfragenkatalog für die Befragten, die in Forschung und Lehre tätig sind, wofür ich die ersten Fragen etwas umformulieren musste, da diese Interviewpartner eine andere Rolle/Position hinsichtlich der SA/SP innehaben. Für die Befragung der amerikanischen Social Worker übertrug ich meinen ersten Fragebogen ins Englische. Einen zusätzlichen englischen Fragebogen für Forschung und Lehre benötigte ich nicht, da der Dozent, den ich interviewen wollte, auch gleichzeitig praktizierender CSW und damit ein Praktiker gewesen wäre.

Anhand meiner Fragen wollte ich an Informationen herankommen, die das Selbstbild und Fremdbild und damit das Rollenverständnis der Sozialen Arbeit betreffen, die Ausbildungssituation genauer hinterfragen und ich wollte mehr über die jeweiligen, individuellen Vorstellungen über die Zukunftsperspektiven der KlinSA erfahren.

Da durch die schriftliche Form ein direktes Rückfragen nicht möglich war, formulierte ich die Fragen so, dass sie sich ergänzten bzw. ineinander übergingen, um so sicher zu gehen, an die mir wichtigen Informationen zu gelangen. Dabei war ich mir bewusst, dass sich einige Fragen wiederholten oder gleichartige Antworten herbeiführten.

Für das Interview mit Prof. Klie, welchen ich sowohl als Experten für die Situation im Gesundheitswesen<sup>156</sup> als auch als einen Stellvertreter der Lehre für Sozialarbeit im Gesundheitswesen befragt habe, modifizierte ich den Fragebogen. Im ersten Teil drehten sich die Fragen um das Gesundheitswesen und die Positionierung der Sozialen Arbeit dort, im zweiten Teil übernahm ich die Fragen aus den anderen Interviews.

Alle vier Leitfragenkataloge, welche ich bei meinen Interviews verwendet habe, befinden sich mit Originalwortlaut im Anhang dieser Arbeit.<sup>157</sup>

Dort befindet sich auch die Einverständniserklärung, anhand derer ich aus Datenschutzgründen mich bei jedem Interviewpartner rückversichert habe.

### 3.3 *Vor- und Nachteile der E-Mail Befragung*

Die E-Mail Befragung erbrachte durchaus Erleichterung und eine erhebliche Zeitersparnis, da nicht mit jedem der Interviewten ein Termin vereinbart werden musste. Alle ExpertInnen waren und sind sehr stark durch ihre beruflichen Pflichten eingespannt und auch per Telefon nur schwer zu erreichen (gewesen). Bei der E-Mail Befragung konnten sowohl die Interviewten als auch ich als Interviewer unabhängig von Terminen oder der Tageszeit E-Mails verschicken. Einige der Interviewten haben auch die Möglichkeiten der Textverarbeitung benutzt, um etwa schon Geschriebenes als Antwort in den Text einzufügen bzw. andere Dateien anzuhängen. Auf diesem Weg war es auch möglich, in dem doch recht knapp bemessenen Zeitraum, der für eine Diplomarbeit zur Verfügung steht,

---

<sup>156</sup> vgl. hierzu Kapitel 2.1, S. 24ff

<sup>157</sup> vgl. hierzu S. 90ff

viele unterschiedliche, im ganzen Bundesgebiet und in NY State verteilte Interviewpartner zu befragen.<sup>158</sup>

Auch war bei dieser Methode im Vergleich zu den „üblichen“ persönlich geführten, auf Band aufgenommen Interviews durchaus positiv, dass der Arbeitsschritt „Transkription“ komplett wegfiel und die Antworten meist so kurz waren, dass ich den ersten Auswertungsschritt „Paraphrase“ auch recht schnell abhandeln konnte. Bei anderen, transkribierten Interviews ist das ein sehr arbeitsintensiver Schritt, Wichtiges herauszufiltern, ohne Inhalte zu verzerren oder Informationen zu verschenken.

Das stellte jedoch gleichzeitig einen Nachteil dar. Die Antworten waren oft sehr knapp, es wäre wünschenswert gewesen, wenn die ExpertInnen ihr Wissen und ihre Erfahrungen umfassender in das Interview miteinfließen hätten lassen. So war es teilweise nicht möglich, Individuelles herauszuarbeiten bzw. Hintergründe genauer zu erforschen. Bei einem mündlich geführten Interview kann der Forscher bei dem einen oder anderen Punkt nachhaken, was bei der von mir gewählten Interviewform nicht möglich war.

### ***3.4 Das Auswertungsverfahren***

Da ich die Interviews nicht persönlich führte, sondern, wie weiter oben beschrieben, schriftlich via E-Mail durchführte, und es sich dabei um ein noch nicht im Feld erprobtes Interviewverfahren handelte, fand sich dazu keine spezielle Literatur zur Methode. Die sowieso spärlich vorhandene Literatur zu ExpertInneninterviews beschäftigt sich vorwiegend mit Fragen des Feldzugangs und der Gesprächsführung. Bei der Auswertung meiner Interviews habe ich mich deshalb an dem Verfahren orientiert, welches von Michael Meuser und Ulrike Nagel<sup>159</sup> aus eigener Forschungspraxis mit offenen, leitfragenorientierten Interviews entwickelt wurde. Das Ziel meiner Forschung war, wie bei ihnen, im Vergleich mit anderen ExpertInnenaussagen „das Überindividuell-Gemeinsame herauszuarbeiten, Aussagen über Repräsentatives, über gemeinsam geteilte Wissensbestände, Relevanzstrukturen, Wirklichkeitskonstruktionen, Interpretationen und Deutungsmuster zu treffen.“<sup>160</sup> Es handelt sich bei dem Vorgehen um den thematischen Vergleich, mit dem Gemeinsamkeiten und Unterschiede festgestellt werden, welche ich durch Äußerungen der Interviewten dokumentiere.

Anders als bei der einzelfallorientierten Interpretation orientierte ich mich bei der Auswertung der ExpertInneninterviews an thematisch und inhaltlich zusammengehörigen Einheiten und nicht an der Sequenzialität von Äußerungen je Interview. Der gemeinsam geteilte institutionell-organisatorische Kontext der ExpertInnen<sup>161</sup> und das leitfadenorientierte Interview sichern weitgehend die Vergleichbarkeit.

---

<sup>158</sup> Da mir als Studentin keinerlei finanzielle Unterstützung zur Durchführung meiner Forschung zur Verfügung stand, war es für mich überhaupt nur auf diesen Weg möglich, all die Interviews durchzuführen, da sonst (auch mit Bahncard und Studentenermäßigungen) die Transportkosten (nach Berlin, Bochum, Coburg und nicht zuletzt NY) finanziell für mich nicht tragbar gewesen wären.

<sup>159</sup> vgl. Meuser und Nagel (1991)

<sup>160</sup> Meuser und Nagel (1991) S.452

<sup>161</sup> Im Gegensatz dazu würden bei Textmaterial mit informellem Kontext, wie etwa bei biographischen Interviews, ungleich größere Schwierigkeiten auftreten.

Der Auswertung geht normalerweise die Transkription der auf Tonband protokollierten Interviews voraus. Dieser Schritt fiel aus, da die Antworten durch die E-Mail Befragung schon in Schriftform zurückgesandt wurden.

Bei der Paraphrase wurde die Chronologie des Interviewverlaufs verfolgt. Sie stellte den ersten Schritt zur Verdichtung des Textmaterials dar. Da alle Passagen der Interviews recht kurz waren und sich nicht selten auf einen oder zwei Sätze beschränkten, war es nicht immer nötig und möglich, dieses noch weiter zusammenzufassen.

Beim nächsten Schritt zur Verdichtung des Materials versah ich die paraphrasierten Passagen mit Überschriften. Die Textpassagen waren (durch die schriftliche Beantwortung) fast ausschließlich auf ein Thema konzentriert und so konnte die Hauptaussage der Fragen meist als Überschrift genommen werden.

Als nächste Stufe der Auswertung wurden beim thematischen Vergleich interviewübergreifend vergleichbare Textpassagen gesucht und die Überschriften vereinheitlicht. Da sich alle sehr an den Leitfadenskatalog hielten, konnten Passagen, welche gleiche Themen behandelten, leicht zusammengestellt werden. Äußerungen der Relevanzstrukturen des ExpertInnenwissens wie Beobachtungen, Interpretationen, Positionen und Konzepte wurden so ablesbar. Da alle Interviewten über einen Hochschulabschluss verfügten, benutzen viele wissenschaftliche Begriffe und soziologische Termini, um ihre Positionen zu akzentuieren, welche teils zur Verdichtung des Datenmaterials übernommen wurden. Einschlägige Passagen bzw. Aussagen habe ich hintereinander aufgelistet, um Gemeinsamkeiten, Unterschiede, Abweichungen und Widersprüche herauszustellen.

Bei dem nächsten Schritt, der bei Meusser und Nagel den Namen soziologische Konzeptualisierung trägt, erfolgt die Ablösung von Texten und Terminologie der Interviewten. Das Gemeinsame wird begrifflich gestaltet und in Kategorien verdichtet und explizit gemacht, um einen Anschluss der Interpretation an allgemeinere disziplinäre Diskussionen zu ermöglichen. Ziel ist eine Systematisierung von Relevanzen, Typisierungen, Verallgemeinerungen und Deutungsmustern.

Schließlich geht es bei der theoretischen Generalisierung (um bei den Begrifflichkeiten von Meusser und Nagel zu bleiben) darum, aus der erweiterten Perspektive soziologischer Begrifflichkeit eine Interpretation der empirisch generalisierten Sachverhalte zu formulieren. Bei der Interpretation der Ergebnisse soll auf die soziologische Konzeptualisierung des Forschungsgegenstands Bezug genommen werden. Danach soll Empirie und Theorie konfrontiert werden, woraus sich drei Entscheidungsalternativen ergeben: die Konzepte sind inadäquat, falsifiziert oder sind zutreffend.

Da mein Forschungsinteresse dem Kontext- und nicht dem Betriebswissen gilt, habe ich bei meiner Auswertung auf diesen letzten Schritt verzichtet. Ansonsten habe ich darauf geachtet, dass alle Stufen durchlaufen und keine übersprungen wurde und ich habe im Laufe des Auswertungsprozesses immer wieder die vorhergegangenen Schritte auf Angemessenheit und Korrektheit kontrolliert.

### ***3.5 Ergebnisse der Untersuchung***

Die Ergebnisse meiner E-Mail Befragung möchte ich in der Reihenfolge des Leitfragenkataloges präsentieren, um die Struktur meiner Interviews beizubehalten.

Zuerst werde ich die Ergebnisse der deutschen Interviews darstellen bzw. zusammenfassen und darauf mit den amerikanischen vergleichen. In den folgenden Abschnitten werde ich teilweise an die theoretische Diskussion mit Hilfe der empirischen Generalisierung auf der Abstraktionsebene anknüpfen.

Bei der Beschreibung des Berufsfelds der KlinSA benannten alle Befragten die klassischen Aufgaben und Tätigkeiten, wie sie auch in der Literatur zu finden sind.<sup>162</sup> Besonders hervorgehoben wurden die Einzelfallberatung und die klassische Sozialberatung, die psycho-soziale Beratung und Diagnostik wurde neben dem Case Management gleich oft genannt. Darüber hinaus wurden die Bereiche Gesundheitsförderung, Krisenintervention und Schaffung von Netzwerken erwähnt. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Experten hier übereinstimmen. Die in dieser Diplomarbeit näher ausgeführten theoretischen Betrachtungen, insbesondere die Differenzen der Berufsfelder CSW in den USA und KlinSA in Deutschland, wurden bei der Auswertung klar bestätigt. Im Folgenden habe ich hierzu Ausschnitte eines Interviews ausgewählt:

*„Ich bin ein Case Coordinator oder Case Manager, als Sozialarbeiter ausgebildet und arbeite auf der Onkologie-Station unseres örtlichen Krankenhauses. Wir haben kein Social Work Department mehr, sondern arbeiten mit Krankenschwestern gemeinsam[...]. Ich lese täglich die Patienten-„charts“, bespreche mit Krankenschwestern, Ärzten, Pflegepersonal sowie Physiotherapeuten, Beschäftigungstherapeuten, Diätberaterinnen (Registered Dietitian) den Fall des /der betreffenden Patienten im Hinblick auf eine bevorstehende Entlassung; Anpassung an die Krankheit; Beseitigung/Verminderung von Barrieren, die die weitere Krankenversorgung erschweren könnten; Beschaffung von \$ für Medizin, Taxis[...]. Ich vermittele und überweise, ziehe die American Cancer Society heran; Kirchen und Synagogen (auch Moscheen, sollte das der Fall sein), um geistliche Unterstützung für Patienten, die das wünschen, zu finden[...]. Zusätzlich habe ich noch eine private Praxis, in der ich mit Patienten psychotherapeutisch arbeite...“ (Peggy Kraft)*

Auch bei den Fragen zum Rollenverständnis gab es relativ gleichartige Antworten. Die meisten KlinSA nehmen sich selbst als Kompetenz-Instanz für psychosoziale Probleme und als Koordinator zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen wahr. Es wird betont, dass der Einzelne im sozialen Kontext wahrgenommen wird und dass sozialarbeiterische Handlungsansätze oft erklärungsbedürftig seien. Aber es gibt auch unterschiedlichen Positionen. So sieht sich jemand z.B. als *„gleichberechtigten Partner, der von seinem Fachgebiet betrachtet in Fallbesprechungen etwas zu sagen hat“ (Michael Trost)* und ein anderer meint, die Sozialarbeiter seien *„oft nicht gleichwertig ausgebildet und in ihrer beruflichen Rolle untergeordnet.“ (Helmut Pauls)*. Von Michael Szymczak kam folgender Kommentar: *„Da wo wirklich multiprofessionelle Handlungsansätze gewünscht und gewollt werden, wird auch der sozialarbeiterische Handlungsansatz gewünscht.“*

Die amerikanischen Kollegen besitzen hier ein gesundes Selbstbewusstsein und vertreten ihre berufliche Rolle im interdisziplinären Team:

*„Ich betrachte mich als wesentliches Mitglied des Teams. Häufig sind wir Sozialarbeiter diejenigen, die gesunden Menschenverstand zu besitzen scheinen und den anderen Berufen helfen, Patienten besser zu verstehen.“ (Peggy Kraft)*

---

<sup>162</sup> vgl. hierzu Kapitel 2.2, S.29ff

Bei der Erhebung der Fremdwahrnehmung wiederholte sich, dass Inhalte und Arbeit immer wieder erklärt werden müssen, da sonst Klischees entstehen, wenn die differenzierte Betrachtung verloren geht. Der Beruf wird von anderen positiv und mit hoher Wertschätzung und als wichtige Ergänzung zum eigenen beruflichen Handeln gesehen. Ilse Weis meinte, andere würden ihren Beruf „manchmal als störend, da Arbeit verursachend“ wahrnehmen.

Bei den amerikanischen Kollegen wird durchgehend von gegenseitiger Wertschätzung und Respekt berichtet, was das im ersten Teil Geschilderte bestätigt:

*“Other professionals turn to me for help with ‘social’ and ‘psychosocial’ issues. They are usually respectful, sometimes desperately eager for help with something they feel outside their control. I think most of the time I work in an environment of mutual respect.” (May Mamiya)*

Es fällt auf, dass die im Gesundheitswesen tätigen Sozialarbeiter in ihrem Umfeld noch kein richtiges Profil haben bzw. sich dort noch weiter etablieren müssen. Den Kollegen aus anderen Professionen ist nicht immer klar, welche Kompetenzen bei ihren KollegInnen aus der Sozialarbeit vorhanden sind. Ist einmal klar, welche Rolle der Sozialarbeiter inne hat, werden sie respektiert und ihre Arbeit geschätzt (wie etwa in den USA). Das bestätigt die vielfach in der Literatur geforderte Etablierung der Sozialen Arbeit als eigenständige Profession im Gesundheitswesen.

Nun komme ich auf ein sehr vielseitiges Thema zu sprechen, nämlich die Ausbildung der einzelnen Interviewpartner. Alle Praktiker und ein in der Lehre Tätiger studierten an einer Fachhochschule entweder SA oder SP. Die Hälfte hatte schon vor dem Studium eine Ausbildung (Erzieher, Pflegehelfer, Industriekaufmann). Bis auf eine Ausnahme haben alle entweder Zusatzausbildungen (TZI, Sozialmanagement, psychotherapeutische Zusatzausbildung, Systemische Familientherapie, Gesprächstherapie...) oder ein Zweitstudium (Dipl. Sozialtherapie, Dipl. Sozialpädagogik) abgeschlossen. Auch bei den Lehrenden war nach dem ersten Studium (Medizin, Philosophie, Psychologie, Sozialwissenschaften...) die Zusatzausbildung bzw. ein weiteres Studium der nächste Schritt.

Auch die beiden New Yorker Interviewpartner haben „nicht nur“ Social Work studiert, sondern sich auch in anderen Bereichen mehr oder weniger intensiv (MA in Politik, BA with major in religion and minor in psychology) weitergebildet. Als besonders wichtige Ausbildungsinhalte wurden in gleicher Anzahl das Studium an sich, die Zusatzausbildung(en) und die berufliche Vorerfahrung, sowie die Praxiserfahrung genannt. Drei Personen betonten, dass alles aufeinander aufbaue. Des Weiteren wurden jeweils individuelle, von der eigenen Ausbildung abhängige Inhalte genannt, wie Kenntnisse der Anthropologie und Ethik, systemische Sicht- und Denkweisen, Selbsterfahrung, Wissen über Gesundheitsverhältnisse und –verhalten und sozialwissenschaftliche Inhalte. Bei den beiden CSW-Vertretern zeigt sich ein ähnliches, weitgefächertes, von dem eigenen Hintergrund gefärbtes Bild. Einer war die Praxiserfahrung (field work) am wichtigsten, die andere betont ihre eigene Therapie und das persönliche soziale Umfeld.

Bei allen Befragten wird deutlich, wie mannigfaltig die jeweiligen Ausbildungswege sein können und dass die verschiedenen beruflichen Sozialisationen die Deutungsmuster und Relevanzstrukturen beeinflussen. Gleichermäßen werden jedoch die Erfahrung in der Praxis und die berufliche Weiterbildung als große Bereicherung und Unterstützung angesehen.

Daher ist es nicht verwunderlich, dass nur zwei der Befragten ihre Ausbildung für ausreichend hinsichtlich ihrer jetzigen Tätigkeit halten. Alle anderen gaben an, dass entweder bestimmte Komponenten in der Ausbildung gefehlt hätten bzw. nur ein gewisser Bereich abgedeckt wurde oder dass die gesamte Ausbildung für Ihr Tätigkeitsgebiet inadäquat sei. Folgendes Zitat möchte ich als Beispiel aufführen: „*Mit dem FH-Abschluss alleine wäre ich nicht weit gekommen. Vor allem methodische Kompetenz und wissenschaftliches Arbeiten hätten mir gefehlt.*“ (Peter Olm)

Die beiden US- Kolleginnen zeigten sich beide zufrieden mit dem Gelernten, wiesen aber auch auf die Notwendigkeit des sich Weiterbildens hin: „*...learning continues after school- continuously.*“ (May Mamiya)

Bei der Frage, was nicht gelehrt wurde, aber im Berufsfeld benötigt wird, waren die Antworten wieder sehr vielfältig. Ein großer Teil der Befragten vermisste eine klare Vorstellung von Methoden bzw. einen verstärkten Fokus auf die Vermittlung derselben wie etwa die Befähigung zur sozialen Einzelhilfe oder zur psychosozialen Intervention. Des Weiteren fordern viele verstärkt auch medizinische Lehrinhalte in der Ausbildung, wie z.B. Kenntnisse und Wissen über Erkrankungen, „*fundierte theoretische Darstellung der Hintergründe für komplexe bio-psycho-soziale Problemlagen*“ (Prof. Zimmermann), Diagnostik und Gesetzgebung im Gesundheitswesen. Auch wird wissenschaftlich-empirische Ausrichtung, Qualitäts- und Sozialmanagement und Evaluation<sup>163</sup> vermisst. Neben diesen sollte auch die interdisziplinäre Verknüpfung von Lehrinhalten und Netzwerkgedanken stärker in der Lehre auftauchen.

Abschließend wird die Vermittlung von Fähigkeiten angesprochen, die eine Verbesserung und Weiterentwicklung der Rolle und Stellung der SA/SP im beruflichen Umfeld zum Ziel haben, d.h. besonders auch die gesellschaftliche Außenwirkung dieses Berufsfeldes, so zum Beispiel ein Training zur Darstellung/Präsentation, Schulung des Bewusstseins über eigene (SA) Kompetenzen und Selbsterfahrung.

Michael Trost meinte zu der Frage, was er während seiner Ausbildung nicht gelernt habe, aber im Beruf benötige: „*Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann.*“

Aus diesen Kritikpunkten wurden von den Interviewpartnern folgende Verbesserungsvorschläge abgeleitet:

- Inhalte der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen sollten an den Fachhochschulen stärkere Beachtung finden, z.B. „*Vertiefungsbereiche oder Schwerpunktbildung in Sachen Gesundheit und Gesundheitsförderung*“ (Albert Mühlum) anbieten oder ins ISD-10 einführen.
- Es sollte mehr Wert auf Methoden wie etwa Case Management, Qualitätsmanagement, Sozialmanagement gelegt werden. Georg Hey plädiert für „*zentrale Schlüsselqualifikationen anstelle eines mehr zufälligen Methodenkanons*“ in der Ausbildung.
- Des Weiteren sollten Führungskompetenzen und strategisches Vorgehen gelehrt werden.
- Andere legten Wert auf mehr Präsentationskompetenzen und Schulung im Umgang mit EDV.
- Auch muss ein klares Berufsbild von Sozialer Arbeit gezeichnet werden, etwa durch Einführung von Ausbildungsstandards. Wichtig wäre, dass „*für Kooperationspartner, Anstellungsträger und Auftraggeber verlässlich vorhandene*

---

<sup>163</sup> vgl. hierzu Kapitel 2.7.1, S.47f

*grundlegende Kompetenzen mit einem Ausbildungsabschluss gewährleistet sein müssen.“ (Wolf Crefeld)*

- Helmut Pauls fordert *„mehr klare Standards und Anforderungen an die Studierenden, schärfere Benotung, höhere Ansprüche. Dies setzt entsprechende Verbesserungen der Studienordnungen und des Studiums voraus.“*

Ähnliche vielseitige Vorschläge kamen auch von der amerikanischen Seite: *„Now that I have management responsibilities, I have to focus on budgeting, improve my computer skills (Excel, etc.) and improve my research knowledge (since I also have responsibility for performance improvement activities).“* (May Mamiya)

An diesem Zitat zeigt sich sehr deutlich, was auch für die anderen Befragten gilt: Jeweils das, was in der eigenen Profession sehr nahe steht oder individuell für bedeutend und gewichtig erlebt wird, findet Niederschlag in den Verbesserungsvorschlägen. Derjenige mit Zusatzqualifikation in Sozialmanagement unterstreicht besonders die Bedeutung der Fächer, die damit in Zusammenhang stehen. Der Psychiater betont die bio-psycho-sozialen Problemlagen und der in der Forschung Tätige legt Wert auf die wissenschaftliche und insbesondere empirische Ausrichtung der Lehrinhalte usw. Daher ist es nicht verwunderlich, dass an den Fachhochschulen so viele Fächer angeboten werden – haben doch die Dozenten ganz verschiedene professionelle Hintergründe. Wichtig wäre es, diese unterschiedlichen Anforderungen an das Curriculum bestmöglich umzusetzen, so dass die Studierenden für ihre Berufstätigkeit maximal davon profitieren.

Zur Entwicklung und Positionierung der KlinSA in Deutschland gab es von Seiten der ExpertInnen auch eine sehr breite Rückmeldung ihrer Vorstellungen. Sie könnte und sollte sich zu einer wichtigen Profession im Gesundheitswesen entwickeln, die nicht wegrationalisiert wird. Immerhin sind jetzt schon 25-30 % der Kollegen in diesem Bereich tätig.<sup>164</sup> Dazu müsste sie ihre Wirksamkeit nachweisen, als Qualitätsfaktor gesehen werden und ökonomisch sein, was einen gewissen Rechtfertigungsdruck mit sich bringen würde. Die KlinSA müsste mit klaren Handlungskompetenzen aufwarten. *„Sie muss einen Spagat versuchen zwischen ökonomischem ‚Erfolgsfaktor‘ und Anwaltschaft für Patienten.“* (Ilse Weis). Helmut Pauls hofft, *„dass es mit der KlinSA ähnlich wird wie in der USA. D.h. gegenwärtig haben wir in Deutschland eine Situation wie dort Anfang der 1970er Jahre: viel Widerstand etc., heute sind die CSW die bedeutendste Gruppe und auch von Versicherungen, Gerichten etc. anerkannt.“*

Für die Entwicklung der Ausbildung wurde angesprochen, KlinSA solle beispielhaft hinsichtlich methodisch-fachlicher Ausrichtung bzw. ein profiliertes Teilgebiet der SA sein und könnte einen der klinischen Psychologie gleichgesetzten Studienabschluss erhalten. *„Professoren mit soliden KlinSA-Kompetenzen müssten bereits im Grundstudium die Grundlagen der psychosozialen Intervention vermitteln.“* meint Wolf Crefeld. Georg Hey spielt mit verschiedenen Gedanken: KlinSA könnte ein weitgehend von der allgemeinen SA abgelöstes Fach bilden (wie etwa Heilpädagogik). *„Vielleicht entwickelt sich aber vor dem Hintergrund der BA/MA-Implementation auch ein gestuftes Modell analog zur ärztlichen Grundausbildung und Spezialisierung.“* Michael Trost hat Befürchtungen bei dieser Entwicklung: *„Hoffentlich nicht zu einer Degradierung der grundständigen Ausbildung; was wir nicht brauchen, ist eine*

---

<sup>164</sup> vgl. Angaben der Berufsverbände, Kapitel 2.4.4, S. 40f

*Fachsozialarbeit[...] Nicht Aufwertung ist aktuelles Thema, sondern Kampf gegen die drohende Abwertung.*“

Auch die amerikanischen CSW werden mit Veränderungen konfrontiert, doch sie sehen optimistisch in die Zukunft: *„We are the most numerous providers of health services; our role in medical facilities has changed – somewhat weakened, or at least decentralized - over the past decade. There are, of course, pressing needs to reduce poverty, strengthen families, help people cope with crisis situations. So – I guess I see the degree/the role remaining important.”* (May Mamiya)

Bei all den unterschiedlichen Äußerungen der Interviewten wird deutlich, wie viele Faktoren berücksichtigt werden müssen. Dieselbe Situation zeigt sich auch in der theoretischen Diskussion um die zukünftige Positionierung der KlinSA,<sup>165</sup> welche ich im zweiten Teil meiner Arbeit dargelegt habe.

Abschließend möchte ich auf die Ideen und Visionen der Befragten hinsichtlich der KlinSA eingehen. Es wird gewünscht, dass sich die SA selbst als wichtiger Bestandteil hoher Qualität definiert und kontrolliert. Psychologen und Ärzte sollen aus vielen Bereichen der SA verdrängt werden. Die KlinSA soll Teil der Sozialen Arbeit bleiben und sich nicht separieren zu einem eigenen Berufsbild. Dies ist ein sehr wichtiger Befund meiner Arbeit, worauf ich noch eingehen werde. Die Vermittlungsfunktion im integrierten Versorgungsverband soll ausgebaut werden, Peter Marquart sieht das so: *„Die Vernetzung zwischen stationären und ambulanten sozialen und medizinischen Diensten wird stärker sein. Dabei erweist sich die Sozialarbeit als eigenständige wichtige Profession im multidisziplinären Team.“* Peter Ohm geht noch weiter und wünscht sich *„Eine Approbationsregelung für klinische Sozialarbeiter oder die Einbeziehung ins Psychotherapeutengesetz.“*

Von amerikanischer Seite kommen eher Optimierungsvorschläge: *„Stronger academic preparation, closer field work supervision, more supports at the workplace-especially for new graduates... Continued focus on political action, as well as individual/family counselling roles.“* (May Mamiya)

Hier geht es also um die Profilierung und Etablierung Sozialer Arbeit in einem Gesundheitswesen der Zukunft und der beständigen Implementierung KlinSA in diesem Bereich. Auch das zieht sich wie ein roter Faden durch die Literatur und wird u.a. von Norbert Gödecker-Geenen und Ilse Weis in ihrem aktuell veröffentlichten Artikel<sup>166</sup> aufgegriffen.

---

<sup>165</sup> vgl. hierzu Kapitel 2.4, S. 36ff und Kapitel 2.6, S.43ff

<sup>166</sup> vgl. Gödecker-Geenen (2002) S. 13ff

## 4. Resümee

### 4.1 *Professionalisierung der (klinischen) Sozialarbeit*

Professionstheoretische Reflexionen gibt es mittlerweile reichlich<sup>167</sup> und sollen hier nicht erneut im Einzelnen nachgezeichnet werden. Da soziale Arbeit nicht isoliert gesehen werden kann bzw. immer in Systemen eingebettet ist bzw. die SA selbst ein System ist, greife ich Gedanken von Niklas Luhmann auf. In der Praxis sozialer Arbeit kommunizieren soziale Systeme. Soziale Systeme bestimmen sich nach Luhmann durch Selbstreferenz, eine autopoietische Organisationsstruktur und Angewiesenheit auf die Umwelt. Soziale Systeme perpetuieren sich durch ausschließlich kommunikative Prozesse. Systeme, insbesondere soziale kommunikative Systeme, bedürfen dabei der Umweltanregungen als „Lebenselixier“, da sie aufhören zu existieren, wenn sie nicht mehr kommunizieren. Rückkopplungsprozesse erlauben es dem System, die Umweltirritationen in Selbstirritationen umzuwandeln und hierdurch selbstirritierte Strukturmodifikation vorzunehmen.<sup>168</sup> So gesehen benötigt die soziale Arbeit die Veränderungen im Gesundheitswesen<sup>169</sup>, um überhaupt Modifikationen an sich selbst vorzunehmen. Die Soziale Arbeit hat also durch die Umstrukturierung des Gesundheitswesens die Chance, ihre Position neu zu bestimmen und sich unter den andere Professionen zu profilieren und somit einen wichtigen Schritt hinsichtlich der eigenen Professionalisierung zu gehen. Der bestehende Kostendruck und der daraus resultierende Zwang zur Veränderung bietet die Chance, die KlinSA neu zu positionieren. Unterstützt werden kann dies durch öffentlichkeitswirksames Darstellen kostengünstiger Auswirkungen der KlinSA. Die sich daraus ergebenden Notwendigkeiten bzw. Konsequenzen für die Ausbildung werden im nächsten Abschnitt beleuchtet.

### 4.2 *Konsequenzen für die Ausbildung*

Im Jahr 1993 wurden für die zukünftige Entwicklung der Hochschulpolitik vage Prognosen gestellt. Man mutmaßte damals, dass sich der zweigleisige Prozess von verminderter staatlicher Kontrolle auf der einen und verstärktem Management und Autonomie der Hochschulen auf der anderen Seite fortsetzen wird. Auch wurde vermutet, dass der Prozess von gesteigertem Wettbewerb zwischen den Hochschulen, einer gewissen Privatisierung der Finanzierung von Lehre und Forschung und dem Vertrauen auf Regulierungsmechanismen, die aus der freien Marktwirtschaft bekannt sind, begleitet werden wird. Man war sich damals schon recht sicher, dass parallel dazu die Institutionen in größerem Maß ihre Qualität und Dienstleistungen selbst verantworten müssen.<sup>170</sup>

Auch im Aufgabenfeld KlinSA hat sich in den vergangenen Jahren einiges geändert. Ursprünglich stand eine umfassende psychosoziale Beratung und Betreuung der Patienten/Klienten im Vordergrund,<sup>171</sup> was jetzt durch Vorgaben in

---

<sup>167</sup> siehe zum Überblick Dewe u.a. (1995) S.25ff

<sup>168</sup> vgl. Luhmann (1984)

<sup>169</sup> vgl. hierzu Kapitel 2.1.1, S. 25ff.

<sup>170</sup> vgl. Goedegebuure (1993) S.420

<sup>171</sup> vgl. hierzu Kapitel 2.2.3, S.32f

der Gesundheitspolitik und durch gesellschafts-politische Veränderungen<sup>172</sup> beeinflusst wird. Es ein ist spezielles Fachwissen erforderlich, um eigenständige Aufgaben in Diagnostik, Therapie, Prävention, Nachsorge, Rehabilitation und sozialer Integration wahrzunehmen.

An den unterschiedlichen Hochschulen der Sozialen Arbeit werden verschiedene Schwerpunkte gesetzt. Das ist einerseits durchaus sinnvoll hier zu differenzieren. Andererseits sollten in der Ausbildung gewisse Bausteine (etwa Methoden, siehe oben bei der Auswertung) in jeden Ausbildungsgang integriert werden, so dass sie bei jedem Absolventen, egal von welcher Hochschule er kommt, vorausgesetzt werden können. Gewisse Ausbildungsstandards sollten bindend eingeführt und die Studienprüfungsordnungen bundesweit dahingehend modifiziert werden.

Dessen ungeachtet reicht oft das einmal erworbene Wissen für eine heutige Berufskarriere nicht aus, es muss immer wieder erneuert und erweitert werden. Dieser Umstand wird sich auch durch Anpassung des Curriculums der Hochschulen an die aktuelle Situation nicht ganz verhindern lassen. Das gilt auch für die Soziale Arbeit, und - wie von mir ausführlich dargestellt - im Bereich Gesundheitswesen. Viele SAs/SPs in diesem Feld bilden sich durch (therapeutische) Weiterbildungen fort. Eine andere Alternative ist meiner Meinung nach durchaus ein Aufbau-/Masterstudiengang, wie er von der FH Coburg angeboten wird, wobei ich die Bedenken, die Ilse Weis, Michael Trost u.a. äußern, durchaus teile. Eine Abqualifizierung der Grundausbildung bzw. eine Degradierung der Diplomstudiengänge sollte verhindert werden. Wenn durch die Einführung von Masterstudiengängen die Diplom Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen an Bedeutung verlieren bzw. den Absolventen der ursprünglichen Ausbildung dadurch wichtige Kompetenzen aberkannt werden, verfehlen die Stufenabschlüsse ihr Ziel. Bei den Medizinerinnen etwa kann man ohne Facharztausbildung nur noch im KH arbeiten, und immer mehr postgraduierte Psychologen beginnen sofort in Anschluss an das Studium eine Weiterbildung zum Psychotherapeuten, da sie sonst auf dem Arbeitsmarkt nur sehr eingeschränkte Chancen haben, unterzukommen. Dieses nicht erstrebenswerte Schicksal sollten die diplomierten SAs/SPs nicht teilen müssen. Ziel der Ausbildungsmodifikationen sollte sein, das Berufsbild der Sozialen Arbeit in seiner Gesamtheit zu stärken und zu professionalisieren, dies jedoch nicht auf Kosten der bestehenden Strukturen insbesondere derjenigen, die momentan im Berufsfeld der KlinSA tätig sind und versuchen, ihr Berufsfeld zu profilieren.

---

<sup>172</sup> vgl. hierzu Kapitel 2.1, S.24ff



## Literatur

American Board of Examiners in Clinical Social Work (ABE) (2001). Professional Development and Practice Competencies in Clinical Social Work. Internet-Text. <http://www.abecsw.org>

Ansen, H. (2000). Klinische Sozialarbeit und methodisches Handeln. Sozialmagazin, 2-2000, S. 16 – 25.

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

Ansen, H. (2002). Theoretisch-systemische Grundlagen der Klinischen Sozialarbeit im Gesundheitswesen. In: Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (Hrsg.). Klinische Sozialarbeit – eine Positionsbestimmung. LIT Verlag. Münster, S. 83- 125.

Ballew, J. R. und Mink, G. In: Wolf Rainer Wendt (Hrsg.) (1991). Unterstützung fallweise- Case Management in der Sozialarbeit. Lambertus Verlag; Freiburg im Breisgau, S.56.

Backhaus-Maul, Holger (Hrsg.) (1999). Von der Sozialhilfe in die Erwerbsarbeit. Die "Welfare-Reform" in den USA als Vorbild ? Frankfurt

Bernard, D. The United States.. In: Watts, T., Elliot, D. und Mayadas, N. (Hrsg.) (1995). International handbook on social work education. Greenwood Press, Westport, CT, S. 7-22.

Büchner, P.(Redaktion) (Juni 2000).Handreichung für die Durchführung von Evaluationen und Akkreditierungen.(6. Fassung). Internet-Text. [http://ftei.uni-duisburg.de/referate/eva\\_hr6.doc](http://ftei.uni-duisburg.de/referate/eva_hr6.doc).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG). Veröffentlichte Version im Bundesgesetzblatt. Internet-Text. <http://217.160.60.235/BGBl/bgb11f/BGB1102027s1412.pdf>

Bundesministerium für Gesundheit (2002). Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung. Internet-Text. <http://www.bmggesundheits.de/bmg-frames/index.htm>

Burne, B. (1974). The American Credit System. In: OECD Conference Report. Structures of Studies and Place of Research in Mass Higher Education. Paris

Crefeld, W. (2000). Zur Erforderlichkeit klinischer Sozialarbeit. Protokoll des Symposiums Perspektiven klinischer Sozialarbeit vom 18.2.2000 in der KFH-Mainz. Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V., Sersheim

Crefeld, W. (2002). Psychosoziale Beratung bei Krankheit oder Behinderung braucht eine sozialarbeitswissenschaftliche Grundlage. In: Gödecker-Geenen, N, Nau, H. (Hrsg.). Klinische Sozialarbeit – eine Positionsbestimmung. LIT Verlag. Münster

CSWF (2000). Clinical Social Work Federation. Internet-Text.  
<http://www.cswf.org/twenty.html>

Dalichow, F. (1997). Kredit- und Leistungspunktsysteme im internationalen Vergleich. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie. (Hrsg.). Referat Öffentlichkeitsarbeit, Bonn

DBSH (1999). DBSH-Tätigkeitsbericht. Internet-Text.  
<http://www.dbsh.de/html/archiv4.html>

DBSH (2000a). Berufsregister. Internet-Text.  
<http://www.dbsh.de/html/beruf16.html>

DBSH (2000b). Protokoll des Treffens der Bundesfachgruppe Gesundheit am 6./7.10.2000 im Kolping Hotel Frankfurt, Bad Säckingen

DBSH (2002). Hauptteil Gesundheit. Internet-Text.  
[http://www.dbsh.de/html/hauptteil\\_gesundheit.html](http://www.dbsh.de/html/hauptteil_gesundheit.html)

Dewe, B. u.a. (1995). Professionelles soziales Handeln. Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis. Juventa, Weinheim/München

DGS (2000a). Satzung der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit. Internet-Text.  
<http://www.fh-fulda.de/dgs/dgssatz.htm>

DGS (2000b). Die Arbeitskreise. Internet-Text.  
<http://www.fh-fulda.de/dgs/dgskreis.htm>

DGS (2000c). Die Veröffentlichungen. Internet-Text.  
<http://www.fh-fulda.de/dgs/dgspub.htm>

DVSK (2000). Satzungsänderungen. Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus. Forum Krankenhaussozialarbeit, 1-2000, S. 19 – 22.

Enders, A. (2000). Sozialarbeit auf Rezept. Forum Sozial, 2-2000, S. 30 – 31.

Erath, P. (1998). Ökonomisierung der Sozialarbeit als Folge von Globalisierungsprozessen? Plädoyer für eine eigenständige und multireferentielle Sozialarbeitswissenschaft. In: Göppner, H.J., Oxenknecht-Witzsch, R. (Hrsg.). Soziale Arbeit und Sozialarbeitswissenschaft in einem sich wandelnden Europa: Beiträge aus der Sicht verschiedener Länder. Lambertus, Freiburg im Breisgau

Fachhochschule Coburg (2001a). Berufsbegleitender Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit (Vorstellungsbroschüre), Fachhochschule Coburg

Fachhochschule Coburg (2001b). Studienziele und Studieninhalte der Module und Fächer. Anlage zum Studienplan, Fachhochschule Coburg

Fachhochschule Coburg (2001c). Studien – und Prüfungsordnung für den berufsbegleitenden Masterstudiengang KlinSA an der FH Coburg (SPO M KS), Fachhochschule Coburg

Feinbier, R. J. (1997). Klinische Sozialarbeit. Ein Prolog. Schriftreihe des Instituts für soziale Praxis, Band 12, Asgard-Verlag, St. Augustin

Gesundheit Berlin e.V.(2001) Info-Dienst Forum für ein gesundes Berlin, Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung - 1. Jahrgang - Nummer 1 - 8. März 2001

Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2000). Stellungnahme zur Einführung eines berufsbegleitenden Masterstudiengangs an der FH-Coburg. In: Forum Sozial, 2-2000, S. 4 - 5.

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

Gödecker-Geenen, N., Weis, I. (2002). Klinische Sozialarbeit in der Praxis. Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. In: Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (Hrsg.). Klinische Sozialarbeit – eine Positionsbestimmung. LIT Verlag. Münster, S.8-17.

Goedegebuure, L. u.a. (1993). Resümee: Trends- Probleme- Lösungsansätze der Hochschulpolitik. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Hochschulpolitik im internationalen Vergleich – eine länderübergreifende Untersuchung. Gütersloh

Gosejacob-Rolf, H. (2000). Vorschläge des DBSH zur Ausgestaltung und Beauftragung der Soziotherapie. Internet-Text. <http://www.dhsh.de>

Grob, C., Hahn, G, Schmidt-Amtmann, Kuhn, E., Roelofs, P., Ratzek, K. (1999). Vorschlag der Landesarbeitsgemeinschaft klinisch-psychiatrische Sozialarbeit/Sozialpädagogik - LAKS zur Verbesserung des Studienangebots an Fachhochschulen für Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Protokoll des Symposiums Perspektiven klinischer Sozialarbeit vom 18.2.2000 in der KFH-Mainz, Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V., Sersheim

Hansen, V. (2001). Konfuses Stückwerk statt schlüssiges Konzept. In: Arbeitgeber. 4/53. S.18-23.

Hartmann, H. (2000). Ökonomisierung des Sozialen - Chance und Notwendigkeit. Forum Sozial 4-2000. S. 14 - 16.

- Hey, G. (1997). Sozialdienst im Krankenhaus als Aufgabenfeld sozialer Arbeit. In: Homfeldt, H.G., Hünersdorf, B. (Hrsg.). Soziale Arbeit und Gesundheit. Neuwied, Kriftel, Berlin, S. 29-40.
- Hey, G. (2000). Perspektiven der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Personenbezogene Dienstleistungen als habitative Ressource. Lage
- Hey, G. (2002). Zitat aus Email an Küspert, I. am 13. Mai 2002
- HIS Hannover. (2002). Aktuelle Informationen über Evaluation und Akkreditierung. Internet-Texte. <http://evanet.his.de/evanet/>
- HRK (1997). Zur Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen/ abschlüssen. Entschließung des 183. Plenums der HRK.
- Hundt, D. (2001). Das System krankt. Editorial. In: Arbeitgeber. 4/53
- Imker, H., Rössner, L. (1996). Sozialarbeitswissenschaft. In: Stimmer, F. (Hrsg.). Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit. Oldenbourg Verlag. München, S. 433 - 437.
- Institut für Psycho-Soziale Gesundheit. Beiträge zur Klinischen Sozialarbeit. Coburg. Internet Text. <http://www.ipsg.de/ipsgohnejavaundframes/deutsch/html/klinischesozialarbeit.html>
- Katz, Michael B. (1989). The Undeserving Poor. From War on Poverty to the War on Welfare, New York
- Klassen, M. (1999). Bachelor- und Masterstudiengänge. Risiken und Chancen für die soziale Arbeit. Internet Text. <http://www.fh-fulda.de/dgs/dgspub.htm>
- Klie, T., Maier, K., Meysen, T. (1999). Verwaltungswissenschaften- Eine Einführung für soziale Berufe. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau
- Kling-Kirchner. (2000). Zum Verständnis Klinischer Sozialarbeit. Protokoll des Symposiums Perspektiven klinischer Sozialarbeit vom 18.2.2000 in der KFH-Mainz, Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V., Sersheim
- KMK (1999). Strukturvorgaben für die Einführung von Bachelor-/ Bakkalaureus- und Master-/Magsiterstudiengängen. Beschluß der KMK.
- Kramer, D. und Brauns, H.-J. (1995). Germany. In: Watts, T., Elliot, D. und Mayadas, N. (Hrsg.) International handbook on social work education. Greenwood Press, Westport, CT, S. 177-189.
- Kraus, S. (2001). Klinische Sozialarbeit. Stellungnahme der DBSH-Bundesfachgruppe. In: Forum Sozial 4/2001
- Kühn, H. (1997). Managed Care: Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung. Am Beispiel USA, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Presse- und Informationsreferat

Kurlemann, U. (2000). Klinische Sozialarbeit im System Krankenhaus. Kapitel 6. S.1-27. In: Der Krankenhausmanager. Springer-Verlag, Berlin

Luhmann, N. (1984). Theorie sozialer Systeme. Frankfurt

Meuser, M., Nagel, U. (1997). Das ExpertInneninterview -Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Frieberthäuser, B., Prengler, A. (Hrsg.). Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa Verlag. Weinheim & München, S. 481-491.

Meuser, M., Nagel, U. (1991). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D., Kraime, K. (Hrsg.) Qualitativ-empirische Sozialforschung – Konzepte, Methoden, Analysen. Westdeutscher Verlag, Opladen. S. 441-465.

Myers, R. S., u.a.(1998).Die Akkreditierung amerikanischer Hochschulen. BMBF Bonn

Mühlum, A., Franzkowiak P., Köhler-Offierski, A., Paulus, P., Zurhorst, G. (1998). Soziale Arbeit und Gesundheit. Online-Texte der DGS. Sersheim.

Mühlum, A. (2000a). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – berufsständische Positionierung. Krankenhaussozialarbeit Forum, 1'2000, S.33-41.

Mühlum, A. (2000b). Stufenabschlüsse als Modernisierungsschub. Blätter der Wohlfahrtspflege, 3+4, S. 72-76.

Mühlum, A. (2002). Klinische Sozialarbeit – Stationen einer Kontroverse. In: Gödecker-Geenen, N, Nau, H. (Hrsg.). Klinische Sozialarbeit – eine Positionsbestimmung. LIT Verlag. Münster, S. 18-56.

Müller, W. (1999). Professionalität und Parteilichkeit- Von der Entwicklung unserer Standards für erfolgreiches Arbeiten. In: Krause, H.U. (Hrsg.) Einen Weg finden- Diskurs über erfolgreiche soziale Arbeit. Lambertus, Freiburg im Breisgau

Nodes, W. (1999). Studie des DBSH zur Sozialen Arbeit. Forum Sozial 1-1999, S. 22.

Nodes, W. (2000). Selbständigkeit: Mit Stundensätzen von 50,00 DM zum scheitern verurteilt. Forum Sozial, 1-2000, S.17.

Nodes, W. (2001). Im oder am Krankenhausbett: Wer heilt die soziale Arbeit?. Forum Sozial, 2-2001, S.7-9.

Otto, H.U./ Utermann, K. (Hrsg.) (1971). Sozialarbeit als Beruf. Auf dem Weg zur Professionalisierung. Juventa, München

Otto, H.U./ Dewe, B. (1987). Professionalisierung. In: Eyferth, H., Otto, H.-U., und Thiersch, H. (Hrsg.). Handbuch der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik, 2. völlig überarbeitete Auflage. Luchterhand Verlag, Neuwied/Kriftel, S. 775-811.

Pauls, H. (1999). Psycho-soziale Gesundheit als Gegenstand Klinischer Sozialarbeit. S. 10 - 29. In: Pauls, H., Schlittmaier, A., Priller, J. (1999). Beiträge zur Klinischen Sozialarbeit. Institut für Psycho-Soziale Gesundheit, Coburg

Pauls, H. (2000). Berufsbegleitender Weiterbildungsstudiengang mit Master Abschluß Klinische Sozialarbeit. Fachhochschule Coburg, Coburg

Pauls, H. (2001). Ausbildung und Qualifizierung für Klinische Sozialarbeit. In: Reinicke, P. (Hrsg.). Soziale Arbeit im Krankenhaus. Lambertus, Freiburg im Breisgau, S. 163-170.

Pauls, H. (2002). Spezialisierte Qualifizierung, Kompetenzstufen und berufliche Profilierung. In: Gödecker-Geenen, N, Nau, H. (Hrsg.). Klinische Sozialarbeit – eine Positionsbestimmung. LIT Verlag. Münster, S. 140-177.

Reinicke, P. (1981). Möglichkeiten der Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Mensch – Medizin – Gesellschaft, 6, S.116-129.

Reinicke, P. (Hrsg.) (2001). Soziale Arbeit im Krankenhaus. Lambertus, Freiburg im Breisgau

Reichert, E., Wieler, J. (2001). Soziale Arbeit in den USA. In: Otto, H.-U. und Thiersch, H. (Hrsg.) Handbuch der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik, 2. völlig überarbeitete Auflage. Luchterhand Verlag Neuwied/Kriftel, S. 1611-1621.

Richtberg, W. (2000). Klinische Psychologie. In: Stimmer, F. (Hrsg.) Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit. Oldenbourg Verlag, München. S. 567.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Ausführliche Zusammenfassung. Band III.

Schneider, V.(2000a). Aufgewertet ins nichts? Forum Sozial, 2-2000, S. 13-17.

Schneider, V. (2000b). Wer mag mehr Markt? Forum Sozial, 4-2000, S. 7 -11.

Schneider, V. (2000c). Zur Ökonomisierung des Sozialen, 4-2000, S. 17.

Schneider, V. (2001). Sind wir, was wir glauben? Forum Sozial, 3-2001, S. 5-7.

Seibel, W. (1997). Der Nonprofit Sektor in Deutschland. In: Badelt C. (Hrsg.) (1997). Handbuch der Nonprofit Organisation. Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart. S. 19 - 34.

Sklar, K. u.a. (1998). Social Justice Feminists in the United States and Germany. A Dialog in Documents, 1885-1933. Cornell Univ. Press, Ithaca

- Specht, H. (1995). *Unfaithful Angels. How social work has abandoned its mission.* The Free Press, New York.
- Steinert E. (Hrsg.) (1998). *Sozialarbeitsforschung: Was sie ist und leistet; eine Bestandsaufnahme.* Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Sticher-Gil (1998). *Menschen in prekären Situationen sollen erleben: Probleme sind lösbar.* Blätter der Wohlfahrtspflege, 9 & 10, S. 180.
- Stimmer, F. (Hrsg.) (2000). *Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit.* Oldenbourg Verlag, München.
- Snowden, Frances (2001): *Case Manager`s Desk Reference*, 2<sup>nd</sup> ed., Maryland
- Swenson, C. (1995). *Clinical Social Work.* In: *Encyclopedia of Social Work.* NASW-Press, Washington, S. 502-512.
- The Council for Higher Education Accreditation (CHEA). Washington D.C. Internet-Text. <http://www.chea.org>
- Themenheft KlinSA (1998). *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 9 & 10
- Themenheft KlinSA (2001). *Forum Sozial 2/2001*, Zeitschrift des DBSH (Hrsg.) Essen
- Themenheft KlinSA (2001). *Forum Krankenhaussozialarbeit 1/2001*, Zeitschrift des DVSK (Hrsg.), Mainz
- Turner, Francis J. (1996). *Social work treatment. Interlocking theoretical approaches.* 4<sup>th</sup> ed. New York, S. 555- 580.
- Vahsen, F. (1999). *Soziale Arbeit im Prozess der Globalisierung.* Forum Sozial, 1-1999, S. 2 - 11.
- Walter, W. (1994). *Strategien der Politikberatung. Die Interpretation der Sachverständigen-Rolle im Lichte von Experteninterviews.* In: Hitzler, Homer, Maeder, S.268-284.
- Weis, I. (2000 a). *Klinische Sozialarbeit.* Forum Krankenhaussozialarbeit, 2, S. 19-20.
- Weis, I. (2000 b). *Statement für Symposium Klinische Sozialarbeit. Protokoll des Symposiums Perspektiven klinischer Sozialarbeit vom 18.2.2000 in der KFH-Mainz, Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V., Sersheim*
- Weismiller, T. Rome, S.H. (1995). *Social Workers in Politics.* In: *Encyclopedia of Social Work.* 19. Aufl. Washington, D.C., S. 2305-2313.
- Wendt, W. R. (1995). *Die klinische Sozialarbeit braucht ein Profil.* Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit e.V. Blätter der Wohlfahrtspflege, 10, S. 256 f.

Wendt, W.R. (1998). Behandeln können. Klinische Kompetenzen in Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Blätter der Wohlfahrtspflege, 9 & 10, 173-175.

Wendt, W.R. (1999). Stellungnahme zum Weiterbildungsstudiengang "Klinische Sozialarbeit" an der Fachhochschule Coburg. In: Pauls, H. (2000). Berufsbegleitender Weiterbildungsstudiengang mit Master Abschluss Klinische Sozialarbeit. Fachhochschule Coburg, Coburg

Wendt, W.R. (2000a). Klinische Sozialarbeit. In: Stimmer, F. (Hrsg) (2000). Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit. Oldenbourg Verlag, München, S.391 – 393.

Wendt, W.R. (2000b). Zukunftsperspektiven für die Klinische Sozialarbeit an der Schwelle zum nächsten Jahrtausend. In: Forum Krankenhaussozialarbeit 1/2000, S. 4-17.

Zentralstelle für klinische Sozialarbeit (ZKS) (2002). Internet Text.  
<http://www.klinische-sozialarbeit.de/Hintergrund/hintergrund.html>

Zentralstelle für klinische Sozialarbeit (ZKS) (2001). Anerkennung als FachsozialarbeiterIn (ZKS). Informationsbroschüre. Coburg

## **Anhang**

- a) InterviewpartnerInnen
- b) Leitfragenkatalog für Praktiker
- c) Leitfragenkatalog für Forschung und Lehre
- d) Leitfragenkatalog in Englisch
- e) Leitfragenkatalog für das Interview mit Prof. Klie
- f) Einverständniserklärung

## **InterviewpartnerInnen**

### **Praktiker:**

Peter Marquard, Dipl. Sozialpädagoge, Betriebsrattätigkeit, Hochrheinklinik Bad Säckingen

Michael Szymczak, Dipl. Sozialpädagoge, Geschäftsführer der Kirchlichen Sozialstation Nördlicher Breisgau

Michael Trost, Dipl. Sozialarbeiter, St. Elisabeth Krankenhaus Lörrach

Dipl. Soz. Päd. Peter Olm, DBSH-Institut zur Förderung der sozialen Arbeit, Bochum

Dipl. Soz. Päd. Ilse Weis, Vorstandsmitglied der DVSK, Universitätsklinikum Heidelberg, Radiologie, Sozialdienst

### **Forschung und Lehre:**

Prof. Dr. Georg Hey, FH Nordhausen

Prof. Dr. Wolf Crefeld, Lehrender an der ev. FH-Bochum, Stellvertretender Vorsitzender des Vormundschaftsgerichtstages

Prof. Dr. Albert Mühlum, Lehrender an der FH-Heidelberg, Vorstandsmitglied der DGS, Leiter des Arbeitskreises „Soziale Arbeit und Gesundheit“

Prof. Dr. Helmut Pauls, Lehrender an der FH-Coburg, Leiter des Instituts für Psychosoziale Gesundheit GmbH Weitramsdorf

Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann, Lehrender an der Kath. FH Berlin

### **USA:**

May Mamiya, MSW, CSW, Leitung der Case Coordinator/Case Manager Abteilung, Vassar Brother Hospital, Poughkeepsie, NY

Peggy Kraft, MSW, CSW, Case Coordinator, Vassar Brother Hospital, Poughkeepsie, NY

## **Leitfragenkatalog für Praktiker**

Wenn Sie jemand nach Ihrer Tätigkeit fragt- was würden Sie antworten?  
Wie beschreiben Sie Ihren Beruf – was ist Ihre Aufgabe?

Wo und wie sehen Sie Ihre Rolle in Bezug zu Ihren unmittelbaren Arbeitskollegen/  
unter den Angehörigen anderer Professionen, mit denen Sie beruflich zu tun haben?

Wie glauben Sie, sehen andere Ihren Beruf?

Welche Art von Ausbildung(en) haben Sie durchlaufen?

Was darunter war besonders wichtig/ hilfreich für Sie?

War Ihre Ausbildung adäquat/ ausreichend hinsichtlich der Anforderungen Ihrer  
jetzigen Tätigkeit?

Was haben Sie während Ihrer Ausbildung nicht gelernt, was Sie in Ihrem Berufsfeld  
benötigen?

Welche (Verbesserungs-) Vorschläge haben Sie für die zukünftige Ausbildung?

Wohin entwickelt sich Ihrer Einschätzung nach die klinische Sozialarbeit in  
Deutschland?

Welche Position wird sie in Zukunft einnehmen?

Welche Ideen und Visionen haben Sie persönlich hinsichtlich der Zukunft klinischer  
Sozialarbeit?

**VIELEN DANK, DASS SIE SICH DIE ZEIT  
FÜR DIESEN FRAGEBOGEN GENOMMEN HABEN!  
Leitfragenkatalog für Forschung und Lehre**

Wie würden Sie den Beruf/ die Aufgaben eines Sozialarbeiters in der KlinSA  
beschreiben?

Wo und wie sehen Sie die Rolle der Sozialarbeiter in Bezug auf deren unmittelbaren  
Arbeitskollegen/ unter den Angehörigen anderer Professionen, mit denen  
Sozialarbeiter beruflich zu tun haben?

Wie sehen Sie die Rolle/ die Profession der Sozialarbeiter?

Welche Art von Ausbildung(en) haben Sie durchlaufen?

Was von dem dort angeeigneten ist besonders wichtig/ hilfreich für Ihre jetzige  
(Lehr-) Tätigkeit?

Welche Lehrinhalte vermissen Sie bei der momentanen Ausbildung zum Sozialarbeiter?

Was wird zur Zeit nicht gelehrt, was aber Ihrer Meinung nach im Berufsfeld benötigt wird?

Welche (Verbesserungs-) Vorschläge haben Sie für die zukünftige Ausbildung?

Wohin entwickelt sich Ihrer Einschätzung nach die klinische Sozialarbeit in Deutschland?

Welche Position wird sie in Zukunft einnehmen?

Welche Ideen und Visionen haben Sie persönlich hinsichtlich der Zukunft klinischer Sozialarbeit?

**VIELEN DANK, DASS SIE SICH DIE ZEIT  
FÜR DIESEN FRAGEBOGEN GENOMMEN HABEN!  
Leitfragenkatalog in Englisch**

**Questions „Clinical Social Work“**

When someone asks you „What do you do ? “-how would you answer that?

Where do you see your role within the other professionals you are in contact with-relating to your job?

How do you think others see your profession?

What kind of preparation did you have in school/ college?

What training was most significant to you?

Is the training you get adequate in view of the demands of the job?

What didn't you get in training that would have helped you in the field?

Which suggestions do you have for future training?

Where do you think CSW is going in your country?

What will be the future position of CSW?

What are your personal visions and ideas for the future of CSW?

**THANK YOU FOR TAKING THIS TIME!!!**

## **Leitfragenkatalog für das Interview mit Prof. Klie**

Wie sehen Sie die Rolle/ die Profession der Sozialarbeiter?

Wie wirken sich die Veränderungen im Gesundheitswesen auf die Soziale Arbeit aus?

Mit welchen Schwierigkeiten und Problemen wird der Berufszweig zu kämpfen haben?

Wie sollten die Sozialarbeiter darauf reagieren?

Welche Aufgaben kommen in Zukunft auf den Sozialarbeiter zu?

Wohin entwickelt sich Ihrer Einschätzung nach die Sozialarbeit im Gesundheitswesen in Deutschland?

Welche Position wird sie in Zukunft einnehmen?

Welche Ideen und Visionen haben Sie persönlich hinsichtlich der Zukunft klinischer Sozialarbeit?

## **Einverständniserklärung**

Juni 2002  
Evangelische Fachhochschule Freiburg  
Diplomarbeit  
Ilona Küspert

## **Einverständniserklärung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, im Rahmen einer Diplomarbeit zum Thema „Perspektiven der klinischen Sozialarbeit“ mich schriftlich/ per Email von Ilona Küspert (Studentin an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg, Studiengang Sozialarbeit) interviewen zu lassen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass im Rahmen der wissenschaftlichen Diplomarbeit möglicherweise Interview-Abschnitte ausgewertet, die Auswertung und die Ausschnitte veröffentlicht werden. Da es sich bei der Untersuchung um ExpertInnen-Interviews handelt, kann mein Name bzw. meine Funktion erwähnt werden.

Die Interviewerin wird streng darauf achten, alle datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

Damit bin ich einverstanden.

Ort, Datum:  
Name: