

**Fachtagung Sozialtherapie und Psychoedukation in der  
Klinischen Sozialarbeit  
Freitag 19.12.2003 Fachhochschule Coburg**

**Gernot Hahn**

**Sozialtherapie – der Grundgedanke Klinischer Sozialarbeit**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Fachtage zur Klinischen Sozialarbeit an der FH Coburg dienen der Darstellung theoretischer Aspekte klinischer Sozialarbeit, deren Arbeitsgebiete und Fragen der Professionalisierung und besseren Profilierung dieser Fachsozialarbeit in Deutschland. Nachdem ich hier im vergangenen Jahr bereits sozialtherapeutische Aspekte der Krisenintervention vorstellen konnte, habe ich die Einladung zur heutigen Veranstaltung gerne angenommen um den Beitrag Sozialer Therapie zur Klinischen Sozialarbeit vorzustellen und mit Ihnen zu diskutieren. Klinische Sozialarbeit versteht sich als eine gesundheitspezifische Fachsozialarbeit, klinisch meint dabei behandelnd. Ihr Ansatzpunkt ist die Einbeziehung der sozialen und psycho-sozialen Aspekte in Beratung, therapeutische Behandlung und psychopädagogische Unterstützung von gesundheitlich gefährdeten, erkrankten und behinderten Menschen. Der Fokus liegt darauf die Person-in-ihrer-Welt, im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Verständnisses von Gesundheit, Störung und Krankheit zu sehen, damit wirkt sie einer Verengung der Gesundheitsarbeit auf rein somatische und/oder psychische Aspekte, der Reduktion einer Gesundheitsstörung auf die Rolle eines Symptoms vor. Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit verfügt in der Geschichte sozialer Arbeit über viele historische Anknüpfungspunkte. Über die frühen Arbeiten Alice Salomons (welche unlängst als liebevoll editierte Originalschriften im Luchterhandverlag wieder veröffentlicht wurden), die Bewegung der clinical social work in den USA und eine in Deutschland auch gesellschaftspolitisch intendierte und gesellschaftskritische Theorie und Handlungswissenschaft, als Sozialtherapie. Die

theoretischen Überlegungen zur Sozialtherapie beschäftigen mich mittlerweile seit mehr als zehn Jahren und ich bin zu der Überzeugung gelangt, dass damit wesentliche Grundzüge einer klinischen Sozialarbeit formuliert wurden, welche nun bei den anstehenden, wichtigen Professionalisierungsschritten sozialer Arbeit in Deutschland genutzt werden können.

Ich möchte meinen Ausführungen drei Thesen voranstellen, welche Ihnen auch als Gliederungshilfe in einem sonst nur auf sprachliche Ereignisse beruhendem Vortrag dienlich und hilfreich sein sollen:

1. Behandelnde Sozialarbeit, für die ich den Begriff der sozialen Therapie verwende, verfügt über einen spezifischen handlungswissenschaftlichen Ansatz, welcher sich am deutlichsten in der Fallkonstruktion ausdrückt: Gegenstand der Intervention ist nicht nur der Klient, sondern berücksichtigt wird das gesamte System, in dem ein Mensch erkrankt ist und das System, das ihm hilft, gesund – oder wenigstens: weniger krank – zu werden. (person-in-environment)
2. Soziale Therapie versteht sich dabei als eigenständiger Beitrag, als eigenständige Handlungswissenschaft und positioniert sich dadurch als Fachsozialarbeit, welche sich von allgemeiner sozialer Arbeit, aber auch von anderen im Gesundheitswesen tätigen Professionen unterscheidet, als vertiefte Praxis und Theorie, welche mehrdimensional auf unterschiedlichen Ebenen eines Krankheitssystems einzuwirken versucht.
3. Will Soziale Therapie/Klinische Sozialarbeit diese Position im Feld gesundheitsbezogener und psychosozialer Arbeit einnehmen und beibehalten, wird sie darauf angewiesen sein, eben diese Stellung weiter auszubauen und auch deutlicher darzustellen.

1.

Ansätze einer behandelnden Sozialarbeit finden sich in der deutschsprachigen Fachliteratur seit gut 80 Jahren. Victor von Weizsäcker formuliert bereits 1947 Sozialtherapie als eine „Methode der modernen Psychotherapie, in der (neben

dem Patienten) die soziale Mitwelt ... gezielt beeinflußt und verändert wird, um damit dem psychischen und psychosomatisch kranken Menschen zu helfen ... wenn eine psychotherapeutische Behandlung des Patienten selbst nicht möglich ist, dann wird versucht, jene Faktoren der sozialen Umwelt des Patienten zu ändern, welche das soziodynamische Gleichgewicht dieses Menschen so ungünstig beeinflußt hatten, daß es zum Krankheitsgeschehen gekommen war.“

In der wohl wichtigsten Phase sozialtherapeutischer Theoriebildung im Zuge der Gesellschaftskritik der 60er und 70er Jahre, später weitergeführt in einem universitären Studiengang Soziale Therapie an der Gesamthochschule Kassel wurde dieser Ansatz weiter ausformuliert. Die Hoffnungen waren weit gefasst und erinnern in weiten Zügen an die Arbeit z. B. der Gesellschaft für soziale Psychiatrie, der Aktion Psychisch Kranke oder (im Justizsektor) der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Initiativen und Gruppen in der Straffälligenhilfe BAG. So sollte durch soziale Therapie u. a. ein Beitrag zur Behebung gravierender Mängel im Bereich der institutionellen psychosozialen Versorgung geleistet werden. Ein spezifisches Fallverstehen, die Benennung eines sozialtherapeutischen Arbeitsgegenstandes (die soziale Bedingtheit individuellen Leids, der soziale Kontext dessen Bearbeitung, die dabei zugrundeliegenden und neu entstehenden Interaktionen und Beziehungen – kurz: „das Soziale“), sowie die Erkenntnis, dass der Ort sozialer Therapie eher eine Institution und nicht die freie Praxis sein werden waren wichtige Eckpunkte dieser Diskussion, ebenfalls die Notwendigkeit einer ständigen Reflexion beruflicher Praxis und persönlicher Anteile. In den wissenschaftlichen Methoden erfolgte eine Bezugnahme auf Verfahren und Methoden der Sozialarbeit-/Sozialpädagogik (z. B. social casework, social group work, social community work, Administration), der qualitativen Sozialforschung (z. B. der Biographieforschung), die Professionalisierungsdiskussion und Theorien zur Identitätsbildung in der Soziologie, Institutionskritik, Analyse der individuellen, psychischen Faktoren psychosozialen Leidens in Psychologie und Psychoanalyse. Soziale Therapie sollte die Problemfelder im Gesamtbereich der

sozialpsychiatrischen Aufgaben und im Bereich der Straffälligenhilfe systematisch analysieren und die dort möglichen Handlungsverfahren auf Mechanismen und Bedingungen hin untersuchen und ausgestalten. Die Ausbildung einer sozialtherapeutischen Wissenschaft erfolgte in Ansätzen durch Forschungsarbeit und darauf aufbauende Theorieentwicklung. Diese orientierte sich an folgenden Aspekten:

- Die Dynamik der Fallentfaltung sowie die Verfahren ihrer Analyse und Bearbeitung
- Die Grenzen professioneller Handlungsmöglichkeiten
- Die vom Professionellen selbst erzeugte sekundäre Problemnatur
- Probleme und Störungen in der kommunikativen Interaktion zwischen Professionellen und Klienten
- Probleme und Hindernisse der Interpretation im Diagnose-, Bearbeitungs- und Präsentationsprozess
- Die unauflösbaren Paradoxien und systematischen Fehlertendenzen professioneller Arbeit.

Das praktische berufliche Handeln sozialer Therapie ist u. a. gekennzeichnet durch die Entwicklung sozialtherapeutischer Behandlungs- und Rehabilitationskonzepte, Erstellung sozialtherapeutischer Diagnosen, Auswahl und Koordination therapeutischer Angebote im institutionellen Kontext, sozialtherapeutische Gruppen- und Einzelarbeit und die Erhebung der Erfolgskontrolle therapeutischer Maßnahmen.

Als Kernstück sozialtherapeutischer Methodik kann die sozialwissenschaftliche Biographieanalyse beschrieben werden. Dieser Forschungsansatz gibt Aufschluß über die Prozesse, die zur Aufschichtung der sozialen und psychischen Probleme geführt haben, die aber in konventioneller sozialpädagogischer Bearbeitung nicht deutlich werden und dadurch unbearbeitet bleiben. So kann z. B. die aktuelle Leidenssituation eines Klienten durch soziale und kognitive Schwierigkeit,

als auch durch die Folgen der psychiatrischen Behandlung und Etikettierung mit entsprechendem sozialen Abstieg, beschreibbar und bearbeitbar gemacht werden. Der spezifisch sozialtherapeutische Ansatz, der sich aus der Biographieforschung ergibt, gliedert sich dabei in eine Phase der Problem- und Situationsdefinition, die biographische Beratung (mit den Bereichen kognitive Bearbeitung von Problemen und Beziehungsarbeit) und Unterstützungsleistungen auf der Handlungsebene als Training und als Hilfe bei der Beeinflussung der sozialen Umwelt. Letztgenannten Aspekt, das Training und die Hilfe bei der Beeinflussung der sozialen Umwelt wird Ihnen im Anschluß Dr. Conrads unter dem Begriff der Psychoedukation anschließend vorstellen.

Der Begriff Sozialtherapie wurde in verschiedenen Kontexten unterschiedlich gedeutet. Während in sozialtherapeutischen Anstalten Sozialtherapie eher verstanden wurde als Maßnahme, die den delinquenten Klienten sozial machen sollte, als Ziel also Sozialisierung und Anpassung intendierten, waren mit der Begriffsverwendung in psychiatrischen Arbeitsfeldern stärker sozialkritische Reflexionen impliziert, etwa als

- Kritik an einer therapeutischen und sozialpädagogischen Praxis, deren Bezugssysteme Individuumzentriert orientiert waren
- als Ausrichtung auf soziale Lebensumstände anstelle einer reinen Symptomzentrierung
- als Förderung nach Veränderungsansätzen, die über den engen Behandlungsrahmen hinausgehen und auf organisatorische und institutionelle Faktoren des psychosozialen Systems zielen. DORST und LEFFERS (1980, 91f) stellten bereits vor 25 Jahren Sozialtherapie als ein neues Handlungsmodell im psychosozialen und juristischen Sektor vor, daneben wird –unter den Begriffen der Institutionsanalyse und –entwicklung und allgemeiner sozialtherapeutischer Kompetenzen, die Chance dieses Handlungsmodells für eine Vielzahl sozialpädagogischer Arbeitsfelder beschrieben.

## Der Gegenstand sozialer Therapie

Soziale Therapie ist zu verstehen als interdisziplinärer Ansatz, der eine erhöhte Reflexions- und Handlungskompetenz herausbildet (und damit eben nicht grundständige Sozialarbeit ist). Der Begriff soziale Therapie bedeutet, dass dieses Leiden nicht aus den sozialen Bezügen, in denen es entstanden ist, herausgelöst und einer isolierten Behandlung zugeführt wird, sondern daß das therapeutische Handeln in doppelter Perspektive sowohl an den sozialen wie an den psychischen Konflikten ansetzt. Soziale Therapie wendet sich primär dem Elend sozial vernachlässigter Bevölkerungsgruppen zu, (ich selbst arbeite mit psychisch kranken Straftätern), die bisher in den konventionellen, meist individualtherapeutischen Angeboten zu kurz gekommen sind. Soziale Therapie begründet eine politische Dimension in ihrer Authentizität, welche aus ihrem Doppelcharakter hergeleitet wird. SCHWENDTER (1991, 61)) schreibt dazu: „Mir ist kaum ein Symptom, eine Entfremdungserfahrung bekannt, die nicht gleichzeitig aus dem gesamtgesellschaftlichen Herrschaftszusammenhang, gleichzeitig aus jenem Leiden, welches durch die Beeinflussung von Wünschen, Bedürfnissen und Interessen im Gesamtzusammenhang herrührt.“ Für die Störungsbilder der KlientInnen sozialer Therapie hat er den Begriff der Leidenserfahrung eingeführt. Damit ist die Zuschreibung eines Leidenszustandes zunächst einmal losgelöst von sozialer und/oder individueller Verursachung und ermöglicht einen offenen Blick auf die Gesamtsituation in der „LEIDEN ERFAHREN WIRD“ wie er Schwendter (2000, 15f).

Die soziale Bedingtheit des Leidens von Individuen und Gruppen steht im Fokus sozialer Therapie. Gegenstand der sozialtherapeutischen Intervention ist also das Soziale, so wie vergleichbar Medizin und Rechtswissenschaften mit ihren spezifischen Gegenständen Krankheit (als objektivierbarer, eigendynamischer Ablauf

im biomedizinischen Verständnis) und Recht (als normbestandswahrender Handlungsansatz). Die durch diese Gegenstandsbestimmung entstehende Perspektivik läßt eine spezifische Situationsdefinition entstehen. Für die soziale Therapie bedeutet das, daß der Klient nicht „nur im Sinne eines monadischen Individuums“ gesehen werden kann, sondern „immer um ein Verständnis des Klienten im Kontext, vor allem in seiner sozialen Eingewobenheit“, wie Regine Gildemeister 1995 formuliert. Grundlegend für soziale Therapie ist damit ein spezifisches Fallverstehen, in dem nicht vorverfasste Kategorien und Typen bekannter Fälle angewandt werden, sondern in dem die „Herstellungslogik der sozialen Einheit, des jeweiligen Falls zunächst einmal elementar rekonstruiert wird.“ (Gildemeister, 1995, 5). Diese Dimension des Sozialen meint grundlegend die Ebene, in der wir uns als soziale, gesellschaftliche Wesen herstellen, die Verfahren, die wir dabei zur Anwendung bringen, unsere Sozialität im allgemeinen und deren je konkrete Formen und Ausprägungen.

Die soziale Dimension der sozialen Therapie umfaßt damit

- das Verständnis der sozialen Bedingtheit der Entstehung individuellen (psychischen) Leidens;
- das Wissen um die Wechselwirkung in der Bearbeitung dieses Leidens durch soziale Ausgrenzungsprozesse;
- das Wissen um spezifische Kommunikationshandlungen (das Soziale, das sich in der Kommunikation ausdrückt) und deren Störanfälligkeit im Hilfeprozess;
- das Verständnis der Theorien sozialer Konstruktion von Wirklichkeit

und

- der Theorien des Aufbaus sozialer Lebenswelten.

Die Bildung eines eigenständigen Gegenstandes sozialer Therapie, vergleichbar dem des „Körperlichen“ in der Biomedizin, oder des „Psychischen“ in der Psychoanalyse ist nicht unproblematischer als dort. Dazu noch einmal

GILDEMEISTER (1995, 6): „Denn wir wissen ja längst, daß körperliche Prozesse nicht unsozial und psychische Prozesse nicht unkörperlich ablaufen und Rechtsnormen ihrerseits soziale Wirklichkeit schaffen.“

Der Gegenstand sozialer Therapie verortet sich dabei in Institutionen, in denen psychosoziale Hilfe angeboten wird.

Gestatten Sie mir noch einen Rückgriff auf Regine Gildemeister. Sie beschrieb bereits 1989 in ihrem Buch „Institutionalisierung psychosozialer Versorgung“ das Phänomen, dass diese Institutionen gekennzeichnet sind durch ein Auseinanderdriften der professionellen Perspektiven, was eine Zersplitterung der Adressaten und deren Problemlagen in psychische, körperliche und soziale Phänomene nach sich zieht. Soziale Therapie hat hier integrativ zu wirken. Damit ist auch die Position benannt die soziale Therapie im Bereich psychosozialer Versorgung einzunehmen hätte: hierin liegt ... „ein systematischer Ansatzpunkt und eine Chance weiterer Professionalisierung sozialer Arbeit zur sozialen Therapie. Gelänge sie, könnte soziale Therapie in entsprechendem Kontext auch die Aufgabe der Vermittlung und Integration arbeitsteilig institutionalisierter Prozesse auf neuem Niveau angehen.“ (GILDEMEISTER 1995, 10).

Auf der Grundlage dieser handlungswissenschaftlichen Theorie sozialer Therapie, verfügt diese über einen eigenständigen Krankheits- und Therapiebegriff. Sozialtherapeutisches Krankheitsverstehen umfaßt dabei nicht nur die Erkrankung (als Symptom einer Ursache) selbst, sondern auch die sich daraus ergebenden Folgen im körperlichen und sozialen Kontext, die Einschränkungen im Leistungsbereich, die Ausgestaltung der erforderlichen Behandlungsschritte und deren Resonanz auf die Betroffenen und das Krankheitsgeschehen. Mit dem Salutogenesemodell Antonovkys (1997) liegt zudem ein für soziale Therapie und klinische Sozialarbeit geeignetes Modell zur Beschreibung von Krankheit und Gesundheit vor, auch ist damit eine deutlichere Ressourcenorientierung möglich, womit die bloße Bearbeitung von Symptomen, das Reagieren auf Krankheit zugunsten einer umfassenden Vorsorge ermöglicht wird.

Für den Therapiebegriff können die fünf Ebenen

1. Hilfe bei der Beeinflussung der sozialen Umwelt,
2. Koordination sozialer Hilfsangebote,
3. Methode der sozialtherapeutischen Fallanalyse,
4. Regionalbezug und
5. Berücksichtigung der Eigenverantwortlichkeit der Klienten benannt werden. Für die Umsetzung eines solchen Therapieverständnisses fordern DORST und LEFFERS bereits 1980 (101) sozialtherapeutische Kompetenzen, die auf drei Veränderungs- und Handlungsdimensionen angesiedelt sind:
  - Subjektbezogene Kompetenz, womit der Umgang mit der eigenen Person, die Subjektivität des Helfers gemeint ist ( Konkret sind dies: Reflexionsvermögen, Krisen- und Konfliktfähigkeit, Flexibilität, Kreativität und Innovationsbereitschaft, Sensibilität, politischer Bezugnahme).
  - Therapeutische Kompetenzen, was einmal therapeutische Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Arbeit mit Klienten im engeren Sinn meint, aber auch auf einen veränderten diagnostischen Ansatz und diagnostische Kompetenzen in der Definition von Problemlagen hinweist.
  - Organisationsbezogene Kompetenz, womit Kenntnisse und Fähigkeiten gemeint sind, die Institution und das eigene Arbeitsfeld im Hinblick auf ihre Auswirkungen zu analysieren und zu verändern, also das kritische Einbeziehen der Institution in Veränderungsprozesse.

Bevor ich mich nun –endlich- meiner zweiten Thesen zuwende, gestatten Sie mir einen letzten Hinweis auf einen weiteren Eckpfeiler sozialtherapeutischer Arbeit. Sozialtherapie findet ihren Ort in Institutionen, wodurch sie sich von anderen psychotherapeutischen Verfahren unterscheidet, indem sie im „unmittel-

baren sozialen Lebensraum erfolgt, oder als totale Institution diesen Lebensraum konstituiert,“ wie NELLESSEN (1982, 170) formuliert. Von daher findet sich in der sozialen Therapie die Berücksichtigung der institutionellen Dimension, womit ein Schritt weg von der Methodenzentriertheit (klassischer Therapieverfahren) hin zur Problemorientierung gemacht wird. Damit kommt der Institutionsanalyse bei der Konzeptualisierung der Sozialtherapie eine zentrale Rolle zu. Durch die Phase der Reformpolitik hat sich die Institutionalisierung gesellschaftlichen Lebens enorm ausgeweitet, eine qualitativ neue, höhere Stufe der Vergesellschaftung ehemals privat organisierter Lebensbereiche wurde dadurch hervorgebracht. Eine Umgestaltung der Kontrollinstitutionen hin zu Resozialisierungs- und Rehabilitationseinrichtungen wurde auf den Weg gebracht, jedoch ohne den alten Kontrollanspruch aufzugeben. Entsprechend ambivalent gestalteten sich die Reformbemühungen, v. a. auch da, wo sie in Reformgesetzen mündeten. Adrian GAERTNER schreibt zu diesem Phänomen 1982 (31): „Unter diesen, von Ambivalenzen gekennzeichneten Bedingungen kommt es entscheidend darauf an, wie die sozialen Institutionen und die in ihnen tätigen Professionals mit Handlungschancen und Spielräumen umgehen, d. h. wie sie die Situation interpretieren. ... Die Form der institutionellen Interaktion entscheidet darüber, ob und in welcher Weise Problemlagen aufgegriffen und bearbeitet werden. Sie greift tief in die Persönlichkeitsstruktur ihrer Mitglieder ein und definiert sowohl den gesellschaftlichen Status als auch den Selbstwert eines Menschen. Eine solche Sichtweise unterscheidet sich von individualistischen ebenso wie von abstrakten gesamtgesellschaftlichen Konzepten.“ Damit wird noch einmal die Bedeutung und der Gegenstand sozialer Therapie deutlich: Therapie unter Berücksichtigung subjektiver Einflußfaktoren und deren Bearbeitung durch institutionalisierte Interaktionen.

2. Soziale Therapie versteht sich dabei als eigenständiger Beitrag, als eigenständige Handlungswissenschaft und positioniert sich dadurch als Fachsozialarbeit, welche sich von allgemeiner sozialer Arbeit, aber auch von anderen im Gesund-

heitsbereich tätigen Professionen unterscheidet, als vertiefte Praxis und Theorie, welche mehrdimensional auf unterschiedlichen Ebenen eines Krankheitssystems einzuwirken versucht.

Soziale Therapie fußt auf einem interaktionellen Psychoanalyseverständnis, also auf einer Modifikation psychoanalytischer Theorie und Praxis. Freud selbst hat diese Ausdehnungsmöglichkeit der psychoanalytischen Technik frühzeitig formuliert: „Irgend einmal wird das Gewissen der Gesellschaft erwachen und sie mahnen, daß der Arme ein ebensolches Anrecht auf seelische Hilfeleistung hat wie bereits jetzt auf lebensrettende chirurgische. Und daß die Neurosen die Volksgesundheit nicht minder bedrohen als die Tuberkulose und ebenso wenig wie diese der ohnmächtigen Fürsorge des Einzelnen aus dem Volke überlassen werden können. Dann werden also Anstalten oder Ordinationsinstitute errichtet werden, an denen psychoanalytisch ausgebildete Ärzte angestellt sind, um die Männer, die sich sonst dem Trunk ergeben würden, die Frauen, die unter der Last der Entsagung zusammenzuberechen drohen, die Kinder, denen nur die Wahl zwischen Verwilderung und Neurose bevorsteht, durch Analyse widerstands- und leistungsfähig zu erhalten. Diese Behandlungen werden unentgeltliche sein. Es mag lange dauern, bis der Staat diese Pflichten als dringende empfindet. Die gegenwärtigen Verhältnisse mögen den Termin noch lange hinauschieben, es ist wahrscheinlich, daß private Wohltätigkeit mit solchen Institutionen den Anfang machen wird; aber irgend einmal wird es dazu kommen müssen. Dann wird sich für uns die Aufgabe ergeben, unsere Technik den neuen Bedingungen anzupassen. ... Wir werden auch sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massen Anwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren, und auch die hypnotische Beeinflussung könnte dort, wie bei der Behandlung der Kriegsneurotiker, wieder eine Stelle finden.“ (FREUD, GW 12, 192).

Nun, Freud war in der Vorausschau einer Modifikation der Psychoanalyse sicher unter dem Eindruck seiner gesellschaftlichen Realität beschränkt, eröffnet aber

immerhin den Fokus auf die Bevölkerungsteile, die gezielt durch soziale Therapie später aufgegriffen wurde: vernachlässigte Gesellschaftsgruppen. Die Modifikation psychoanalytischer Technik erfolgte zum Glück ebenfalls nicht hin zu dem von ihm vorausgesagten, zu Suggestion und Beeinflussung. SCHWENDTER (2000, 255f) beschreibt diese Modifikationen unter dem Sammelbegriff der „Armen Therapien“: Co-Counseling, Themenzentrierte Interaktion, Soziometrie und Rollenspiele können Interventionsformen sozialer Therapie sein.

Soziale Therapie/Klinische Sozialarbeit ist dabei mehr als eine Fortentwicklung und Erweiterung des in Sozialarbeit und Sozialpädagogik angelegten Ansatzes. Sozialarbeit soll nicht therapeutisiert oder professionalisiert werden. Soziale Therapie und SA/SP stellen zwei Disziplinen mit gemeinsam Wurzeln, aber eben mit je „eigenen zyklischen Rückkoppelungsprozessen von Theorie und Praxis“ (SCHWENDTER, 2000, 11) dar. Eine Differenz besteht darin, jene Sichtweise von SA/SP, die sich auf Individualisierung von Konflikten, bürokratische Handlungsabläufe und kontrollierende, sowie gesellschaftlich komplementäre Funktionen der sozialen Berufe bezieht. der sozialtherapeutischen Sichtweise entgegensustellen, welche sich mit der Verflechtung aller einzelnen Faktoren ebenso beschäftigt wie mit deren Bedingtheit im gesellschaftlichen Kontext. Different ist die eben Ebene der "Symptombetrachtung“: bleibt Sozialarbeit/Sozialpädagogik bei der Fallkonstruktion auf der Erscheinungsebene (eines Symptoms) verhaften, benennt Soziale Therapie ökonomische und soziale Strukturzusammenhänge und macht sie zum Gegenstand der Reflexion .

Wie verhält sich nun Soziale Therapie/Klinische Sozialarbeit zu „grundständiger Sozialarbeit und Sozialpädagogik“?

Albert Mühlum spricht von verschiedenen Niveaus von Fachlichkeit oder Expertenschaft und benennt in einem 4-Stufen-Schema 1. Grundständige Sozialarbeit, 2. Klinik-Sozialarbeit, 3. Klinische Fachlichkeit und 4. Klinische Sozialarbeit im Sinne von Fachsozialarbeit. (MÜHLUM 2002b, 45f).

Helmut Pauls (PAULS, 2000, 140f) hat diese aufeinander aufbauenden Levels klinischer Fachlichkeit weiter ausformuliert. Der Kürze wegen seien hier nur die Ebenen unterschiedlicher Qualifizierung genannt: diese Umfassen die Diagnostik, Behandlungsplanung, Intervention und Evaluation. (Anmerkung: die Studieninhalte des Masterstudiengangs Klinische Sozialarbeit setzen an genau diesen Ebenen an.)

3.

Will Soziale Therapie/Klinische Sozialarbeit diese Position im Feld gesundheitsbezogener und psychosozialer Arbeit beibehalten, wird sie darauf angewiesen sein, eben diese Stellung weiter auszubauen und auch deutlicher darzustellen.

Sozialarbeit hat bislang versäumt diese Position und den Stellenwert einer eigenständigen Handlungswissenschaft, eines eigenen Beitrags zur Versorgung im Feld psychosozialer Hilfen für sich zu beanspruchen und entsprechend darzustellen. Die Folgen sind im Verteilungskampf sozialer Dienstleistungen bei chronisch leeren Kassen nicht zu übersehen: andere Berufsgruppen proklamieren für sich grundsätzlich sozialpädagogische Aufgabengebiete, wie etwa am Beispiel der Soziotherapie nach § 37a SGB V oder der sog. Überleitungspflege bei Entlassung aus der stationären psychiatrischen Behandlung.

Die Ursachen für diese mangelhafte Positionierung sind vielschichtig. Als Eckpunkte können vorläufig fünf Aspekte benannt werden:

- die allgemeine Legitimationskrise sozialer Arbeit (vor allem in Phasen wirtschaftlicher Abwärtsentwicklung);
- die Identität sozialer Arbeit, welche sich anderen –Leidenden- zuwendet, dabei den Blick nach Innen und damit auf eigene Bedürfnisse vermeidet;
- die besondere historische Situation in Deutschland, mit dem auch für die Sozialarbeit dramatischen Bruch an Theorie- und Praxisentwicklung durch das an die Macht gelangte nationalsozialistische Regime;

- der Glaube an eine generalisierte Ausbildung, die alle AbsolventInnen befähigt, alles und vor allem das gleiche zu können, was m. E. mit politischen Idealen und Gesellschaftskonstruktionen einer heute 45-60 Jahre alten Sozialarbeitergeneration korrespondiert und eine Ausdifferenzierung sozialpädagogischer Theorie und Praxis und deren Positionierung entgegensteht.

Der Vollständigkeit halber seien hier die möglichen Folgen für die soziale Arbeit in der Psychiatrie, wie sie Wolf Crefeld im März 2002 in seinem Aufruf zu einer überregionalen Arbeitsgruppe Sozialarbeit in der Psychiatrie noch einmal benannt:

**„Kommt es nicht bald zur Entwicklung eines eigenen, überregional gültigen und**

**von den Anstellungsträgern unabhängigen eigenen fachlichen Profils psychiatrischer Sozialarbeit, so besteht die Gefahr**

**1. dass in den psychiatrischen Kliniken trotz der**

**Psychiatrie-Personalverordnung die Zahl und die fachliche Bedeutung der Sozialarbeiter zurückgeht,**

**2. dass die neue SGB V-Leistung Soziotherapie zu einer Domäne der Fachpflege**

**wird oder zur Freude ihrer gesundheitspolitischen Gegner überhaupt scheitert.**

**Nur auf diesem Wege wird es auch möglich sein, die Bedeutung der Sozialarbeit in der ambulanten und stationären Psychiatrie und Suchtkrankenversorgung heilberufsrechtlich zu sichern.**

Sozialarbeit verfügt mit dem hier skizzierten über eine handlungswissenschaftliche Basis. Mit einem eigenständigen Verständnis von Gesundheit, einer spezifischen Fallkonstruktion, verlässlichen Methoden, der Einbeziehung sozialer Bezüge im Verständnis von Symptomen und bei deren Behandlung und der kritischen Analyse institutioneller Abläufe und Rahmenbedingungen sollte klinische Sozialarbeit als eigenständige und selbstbewusste Profession auftreten können. Damit wäre dann auch eine Perspektive aufgezeigt, wie Sozialarbeit in Psychi-

atrie und Gesundheitswesen nicht nur überleben, sondern sich die psychosoziale Versorgungslandschaft durch den Beitrag klinischer Sozialarbeit entwickeln kann.

Klinische Sozialarbeit versteht sich als Fachlichkeit, in der inhaltliche und methodische Standards – unter Bezug auf das Clinical Social Work (CSW) gewährleistet werden. Albert Mühlum schreibt dazu, dass „die Nähe zur etablierten Sozialtherapie ... offensichtlich (ist), die als Diagnose- und Interventionsverfahren für solche Leiden beschrieben wird, die mit der psychosozialen Entwicklung und der Lebenswelt eines Klienten zusammenhängen.“ (MÜHLUM 2002a, 15). Diese Art von standardisierten Inhalten und Methoden liegen bspw. in der Suchtkrankenhilfe oder der Sozialtherapie in Justizvollzugsanstalten vor. Versteht man Klinische Sozialarbeit als direkt behandelnde Sozialarbeit, besteht hier die Möglichkeit einer theoretischen Bezugnahme auf die dort angewandten Methoden und Verfahren.

Klinische Sozialarbeit findet damit eine sozialtherapeutische Deutung, Gegenstand sind in erster Linie „Kommunikationen und Wahrnehmungen ... wie sie stattfinden, sowie deren Auswirkungen auf Beziehungen und Werthaltungen von Individuen und Gruppen, insofern ist im klinischen Ansatz der ideale Handlungs- und Entscheidungsprozess als partizipatorisch anzusehen. Klinische Sozialarbeit ist zielperspektivisch weniger an sozialetechnologischer, sondern vielmehr an sozialer Rationalität interessiert,“ wie Dewe (DEWE 2002, 106) schreibt.

Sozialtherapie war im Kontext gesellschaftspolitischer Diskussionen der 70er und 80er Jahre gedacht als alternative Orientierung für die Praxis und Organisation der helfenden Berufe und für Veränderungen des Gesundheitssystems. Damit verbunden war die Idee des sozialtherapeutisch arbeitenden Sozialarbeiters, des sozialtherapeutisch wirksamen Arztes, Psychologen, Theologen. Dieser um-

fassende Anspruch drückte sich in der Konstruktion sozialtherapeutischer Teams und sozialtherapeutischer Einrichtungen aus und –in logischer Konsequenz– wurde der Aufbaustudiengang Soziale Therapie der für 12 Jahre an der GHK – quasi als Vorläufer heutiger Masterstudiengänge– angeboten wurde angeboten für Bewerber der oben genannten Professionen (auch wenn sich dann in der Praxis doch wieder zu 95% Sozialarbeiter für die Aufnahme dieses Studiengangs entschieden.

Klinische Sozialarbeit mit einer Verankerung in sozialer Therapie wird auf der professionellen Seite ausschließlich Sozialarbeiter als Zielgruppe benennen. Die Ausrichtung grundständiger Hochschulgänge im Fachbereich Sozialwesen bereitet durch ihr fachliches Paradigma auf eine sozialtherapeutische Vertiefung vor, dies ist u. a. ein Ausbildungsinhalt der in anderen Gesundheitsberufen bislang weitgehend selten zu finden ist.

Damit komme ich zu meiner Schlussbemerkung: Klinische Sozialarbeit als junge Fachsozialarbeit, als Spezialdisziplin ist bislang mit der Entwicklung von standardisierten Methoden und Verfahren beschäftigt. Dieser Schritt kann unter Bezugnahme auf Sozialtherapeutische Theorie und Methodenlehre weiter beschleunigt werden. Damit würde dann auch der Raum frei für eine stärkere gesellschaftspolitische Diskussion für eine Auseinandersetzung um Behandlung und Gesellschaft, Therapie und Politik.

Meine Damen und Herren, ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

### **Literatur:**

**Antonovsky, A.**, Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen 1997

**Crefeld, W.**, Aufruf zur Gründung einer Bundesarbeitsgemeinschaft psychiatrische Sozialarbeit. Bochum 2002

**Dewe, B.**, Handlungslogische Probleme „klinischer Sozialarbeit“ und professionstheoretische Perspektiven für ein praktizierbares Handlungsmuster, in: Dörr, M., 2002

- Dörr, M.** (Hrsg.), Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse. Hohengehren 2002
- Dorst, B./Leffers C. J.**, Sozialtherapie – ein neues Handlungsmodell? Anmerkungen zum Begriff Sozialtherapie, Ztschr. f. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, Band 15, Heft 1 u. 2, 1980; 91
- Freud, S.**, GW Bd. 12, Frankfurt 1982
- Gaertner, A.**, Sozialtherapie. Konzepte zur Prävention und Behandlung des psychosozialen Elends. Neuwied, Darmstadt 1982
- Gildemeister, R.**, Institutionalisierung psychosozialer Versorgung. Eine Feldforschung im Grenzbereich von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden 1989
- Gildemeister, R.**, Aus soziologischer Sicht. Soziale Therapie aus interdisziplinärer Perspektive. Vortrag Kassel 1995
- Gödecker-Geenen, N./Nau, H.**, Klinische Sozialarbeit. Eine Positionsbestimmung. Münster 2002
- Mühlum, A.**, Gesundheitsförderung und klinische Fachlichkeit. Auf dem Weg zur Klinischen Sozialarbeit, in: Dörr, M. 2002(a)
- Mühlum, A.**, Klinische Sozialarbeit – Stationen einer Kontroverse, in: Gödecker-Geenen, N./Nau, H., 2002(b)
- Nellessen, L.**, Soziale Therapie als Kritik der institutionellen Therapieformen, in: Gaertner (1982)
- Pauls, H.**, Spezialisierte Qualifizierung, Kompetenzstufen und berufliche Profilierung, in Gödecker-Geenen, N./Nau, H. 2002
- Schwendter, R., Anmerkungen zu Therapie und Politik, Schriften zur Sozialen Therapie, Bd. 4. Kassel 1991
- Schwendter, R.**, Einführung in die soziale Therapie. Tübingen 2000
- v. Weizsäcker, V.**, Psyche. Stuttgart 1947

Wesentliche Aspekte dieses Beitrags finden sich in

**Hahn, G.**, Reintegration forensisch-psychiatrischer Patienten. Unveröffentl. Diplomarbeit. Fürth 1996

welche beim Autor (Kontakt: [www.gernot-hahn.de](http://www.gernot-hahn.de)) bezogen werden kann.