

NETZWERKFÖRDERUNG ALS AUFGABE DER SOZIALEN ARBEIT IM KRANKENHAUS

Einführung

Mit dem Begriff **Netzwerkförderung** verbindet sich ein schillerndes Spektrum an Bedeutungen und Konzepten, die im Lauf der letzten Jahre wiederholt modifiziert wurden. Und dennoch hat es den Eindruck, daß die Diskussion in der Sozialpädagogik eher zu einer verengten Auslegung tendiert. In diesem Beitrag werden zunächst die theoretischen Hintergründe dieser Perspektiveneinengung erörtert. Dabei wird die These entfaltet, daß **Netzwerkförderung** nicht auf Stärkung der Hilfsbereitschaft von natürlichen Helferpotentialen reduziert werden darf, sondern die Herstellung von adäquaten und problemangemessenen Versorgungs- und folglich Verknüpfungen informeller, doch gleichermaßen auch formeller Hilfeleistungen einschließen muß. Denn sonst entsteht nur eine lose Ansammlung von verschiedenen, oft nicht ausreichenden und nicht aufeinander bezogenen Hilfeleistungen und reiben sich die Sozialarbeiter an den meist konfligierenden Zuständigkeiten und Helferkreisen, ohne zu der für Patienten erforderlichen Kontinuität der Versorgung beitragen zu können. Im zweiten Schritt wird exemplarisch an einem Handlungsfeld - nämlich der Sozialarbeit im Krankenhaus, die vornehmlich aus Arbeit mit chronisch kranken alten Patienten besteht - die Notwendigkeit einer solchermaßen erweiterten Sichtweise dargelegt und gezeigt, welche professionsinternen und -externen Widerstände ihr im Alltag entgegenstehen.

Rückblick auf den Diskurs(wandel) über Netzwerkförderung

In der Diskussion um Modelle (sozial-)pädagogischen Handelns hat das Konzept der **Netzwerkförderung** im letzten Jahrzehnt temporär immer wieder Zu-

spruch erhalten. Selbst wenn alsbald - nachdem die erste Euphorie verraucht war - seine "bemerkenswerte Schlichtheit" (Keupp 1987) beklagt wurde, übte es doch gerade auf (Sozial-)Pädagogen und Sozialarbeiter (wie ebenso auf Psychologen) große Anziehungskraft aus. Gleichwohl unterlag das Konzept unterschiedlichen Thematisierungskonjunkturen. Seine anfängliche Rezeption stand in engem Zusammenhang mit der im Zuge der Expansion des Bildungs- und Sozialwesens erfolgenden Umdefinition des pädagogischen Aufgaben- und Berufsverständnisses. Ausgelöst durch die Entschulungs- und Deprofessionalisierungsdebatte hatten die Pädagogen begonnen, sich auf die Suche nach nicht-pädagogisierenden und nicht-klientelisierenden Handlungsmodellen zu begeben, die auf direkte (erzieherische) Einflußnahme verzichteten und statt dessen auf Förderung gegebener (Alltags-)Kompetenzen und auf Erweiterung der Befähigung zu selbstbestimmter Lebenspraxis setzten. Auch die Netzwerkförderung versprach ein solches Konzept zu sein. Konsequenterweise wurde sie hierzulande anfänglich hauptsächlich unter dem Gesichtspunkt der Förderung natürlicher Hilfepotentiale rezipiert und als neue Form der Kooperation zwischen professioneller und nichtprofessioneller Hilfe gesehen, die - ohne "die Helfer zu domestizieren und sie damit ihres unverwechselbaren Helfens zu berauben" (Bock 1981, S. 9) - eine gänzlich neue Qualität in die Gesundheitsversorgung einzubringen beanspruchte. Das Zitat macht explizit, worin seinerzeit die Faszination an diesem Konzept bestand: Es verstand die Adressaten seiner Bemühungen als autonome Subjekte, die es in ihren Bemühungen um eine selbstbestimmte Gestaltung sozialer Realität zu unterstützen galt und stand in Einklang mit einem neuen Berufsverständnis der Pädagogen, das der "Erziehung" ein Ende bereiten wollte (Giesecke 1987, 1989) und statt dessen auf Emanzipation und Autonomisierung setzte.

Konzentrierte sich die Aufmerksamkeit zunächst auf die Arbeit mit kleinen naturwüchsigen sozialen Netzen - der Nachbarschaft, der Familienselbsthilfe, den informellen Hilfepotentialen im Gemeinwesen etc. (Collins & Pancoast 1981) - so wandte sich das Interesse bald darauf vermehrt neu entstehenden bzw. gezielt initiierten sozialen Zusammenschlüssen zu. Gemeint sind Gruppen, die sich als Folge der Mängel sozialstaatlicher Versorgung gründeten und diese kompensieren wollten. Den Hintergrund dieser Entwicklung bildete die Entstehung der Gesundheits- und Selbsthilfebewegung, im Zuge derer sich eine Vielzahl von Initiativen konstituierte, die Hilfen zur Verfügung stellten, die

weder von den informellen noch von den formellen Helferkreisen erbracht wurden. Weil diese neu entstandenen Netze gewissermaßen als Bindeglied zwischen den kleinen, natürlichen Netzen und der organisierten Versorgung fungierten, verlagerte sich auch die Diskussion. Nun rückten Fragen in den Mittelpunkt, die sich "auf die theoretischen Voraussetzungen und die praktischen Möglichkeiten einer Verknüpfung alltäglicher Hilfenetze mit professionell organisierten und institutionalisierten Hilfen im Bereich personenbezogener sozialer Dienstleistungen" (Kardoff & Stark 1987) konzentrierten. Diese Linkage-Fragestellung, d. h. die Herstellung von "Bindemitteln" (ebenda) zur Koordination der Initiativen untereinander und zur Festigung der sozialen Integration bestimmte von nun an die Auseinandersetzung (Schaeffer 1986). Dabei lag der Fokus noch immer auf dem Innovationspotential sozialer Netze und der Hoffnung, durch Netzwerkförderung Korrekturen in der organisierten Versorgung einleiten zu können (Behrendt et al. 1981). Und ebenso war das von Seiten innovationsfreudiger Professionellen noch immer mit dem Anspruch verknüpft, die Entwicklung neuer Strategien professionellen Handelns vorantreiben zu können.

Ausgelöst durch die fiskalische Krise des Wohlfahrtsstaats, in der deutlich wurde, daß sozialstaatliche Maßnahmen im bisherigen Stil nicht mehr finanzierbar sind, änderte sich die Situation. Auf der Suche nach Entlastungsstrategien für staatliche Sozialpolitik wurden auch die informellen Hilfenetze entdeckt, seien dieses die kleinen sozialen Netze, andere Helferkreise oder die zu jener Zeit bereits etablierten Selbsthilfegruppen. Gefordert wurde nun nicht mehr die *An-*, sondern die *Einbindung* informeller Hilfenetze in die professionellen Hilfesysteme, und das zuvor vielfach als suspekt angesehene Konzept der Netzwerkförderung wurde zur Leitlinie offizieller (konservativer) Sozialpolitik. Hinter Formeln wie Solidargemeinschaft, Nächstenliebe, neue soziale Verantwortung und Bereitschaft zum Ehrenamt verbirgt sich diese Trendwende. Informelle Helfersysteme werden seither als (notwendige Ergänzung sozialstaatlicher Maßnahmen angesehen, ihre Förderung als Möglichkeit betrachtet, den Sozialstaat von der Anspruchsspirale seiner Nutzer zu entlasten (Kardoff & Stark 1987), ihre jeweils spezifischen Leistungen zunehmend mehr als Frühwarnsystem begriffen, das anzeigt, worauf sich Sozialpolitik zukünftig einzustellen hat. Zeitgleich mit der Entdeckung sozialer Netze durch die konservative Sozialpolitik schwand auch die anfangs sehr heftige Ablehnung kon-

servativer Professioneller, allen voran der Ärzte. Sie bemerkten, daß informelle soziale Netze und auch die zunächst mit Skepsis betrachteten Selbsthilfeszusammenschlüsse faktisch eine Entlastung darstellen. Vermehrt nahmen diese Gruppen sich der "ungelösten Probleme" der Medizin an: wandten sich unter anderem an chronisch Kranke, Menschen mit psychisch manifestierten Leiden etc. und widmeten sich der kommunikativen und sozialen Krankheitsbewältigung (Schaeffer & Garms-Homolová 1985) - Aufgaben, die die Medizin nun bereitwillig delegierte, weil sie nicht zum Bereich eng medizinischer Intervention gehören. Von Entmedizinisierung kann also keine Rede sein (AS 77), wohl aber von Vereinnahmung, ja sogar von Funktionalisierung (Schaeffer 1986).

Auch der Diskurs über Netzwerkförderung hat sich mit dieser Trendwende verändert. Seither wird dieses Konzept vornehmlich unter dem Gesichtspunkt der Ressourcenentfaltung erörtert. Fragen nach Art, Umfang und Charakter der von informellen Netzen erbrachten Hilfeleistungen und tragfähiger Verknüpfungsmöglichkeiten mit der organisierten Versorgung dominieren die Diskussion. Der anfängliche Respekt innovationsfreudiger Professioneller vor der Eigenlogik von Leistungen informeller Helferkreise und die Befürchtung, diese durch bevormundendes Eingreifen destruieren zu können, wichen Überlegungen, wie diese Hilfeleistungen stabilisiert und funktionalisiert werden können.

In dieser Diskussion fehlte es zwar von Beginn an nicht an Stimmen, die vor einer Überstrapazierung sozialer Netze warnen (Keupp 1987; Mair 1990 etc.). Aber erst in jüngster Zeit steht die Frage ihrer Leistungs- und Belastungsfähigkeit im Vordergrund der Auseinandersetzung. Beobachtbar ist seither auch, daß informelle soziale Netze nun immer mehr in die Rolle "therapiebedürftiger Klienten" zu geraten drohen (siehe exemplarisch Kähler 1983). Thematisiert werden die Insuffizienzen informeller sozialer Netze und parallel dazu wird Netzwerkförderung immer mehr als Strategie zur Stabilisierung, ja gewissermaßen auch zur Kuration der Mängel dieser nicht organisierten Hilfesysteme erhoben. Verbunden damit verschwinden jene anfänglich mit soviel Aufmerksamkeit bedachten originären Fähigkeiten informeller sozialer Netze immer mehr aus dem Blickfeld (Ihr "unverwechselbares Helfen", so hatte es Bock genannt, der Gewinn ihrer gegenläufig zum professionellen Versorgungssystem liegenden Sicht- und Zugriffsweise, die daraus erwachsene Bedeutung als "mediating structures" (Levin & Idler 1981) und vor allem ihre potentielle Korrektivfunktion für die professionelle Versorgung, werden kaum noch erörtert.)

Vordergründig ist seither das Interesse an der Nutzbarmachung informeller sozialer Netze und der Suche nach einem Konzept, wie diese Brückenfunktion zwischen dem professionellen Versorgungssystemen und informeller Hilfe einnehmen könnten bzw. wie eine solche Funktion zu gestalten und durch professionelle Intervention herzustellen ist.

Betrachtet man diese Entwicklung, so scheint uns zweierlei bemerkenswert zu sein. Die Diskussion über das Konzept der Netzwerkförderung wurde hierzulande immer ideologisch überfrachtet geführt. Auf der einen Seite schürte sie Hoffnungen auf Innovation professioneller Hilfemöglichkeiten (sowie auf Entwicklung eines neuen professionellen Selbst- und Aufgabenverständnisses) und andererseits auf Kompensation der begrenzten Möglichkeiten sozialstaatlicher Leistungen und Substitution von Mängeln der Versorgung. Diese Überfrachtungen haben dazu geführt, daß die konzeptionelle Diskussion sich nicht recht fortentwickeln konnte und Netzwerkförderung statt dessen eine Karriere als Modethema durchlief, zuweilen "in", dann wieder "out" war. Und gleichzeitig hatten die Überfrachtungen zur Konsequenz, daß das Konzept stets reduktionistisch betrachtet wurde: Der Blick war und ist bis heute einseitig auf informelle soziale Netze gerichtet, die von ihnen erbrachten Hilfeleistungen und die Hoffnung, hier neue, andere oder zusätzliche "care giver" zu finden.

Die alltägliche Berufspraxis all jener Berufe, die auf informelle Netze angewiesen sind (wie z. B. Mitarbeiter der ambulanten Pflege, der Sozialarbeit, der Sozialpsychiatrie, Gemeindepsychologie etc.), und ebenso die Resultate der Versorgungsforschung aber haben längst gezeigt, daß informelle Hilfeleistungen - mögen sie noch so wohl koordiniert und noch so vielfältig erbracht sein und sich als funktional erweisen - ins Leere laufen, wenn nicht auch die Leistungen der professionellen Versorgung verknüpft und aufeinander abgestimmt werden. Auch die Leistungen des organisierten Versorgungssystems bedürfen der Koordination, um nicht bruchstückhaft zu sein und um effektiv zu wirken. Noch etwas droht derzeit übersehen zu werden. Der Brückenschlag von der informellen zur professionellen Hilfe ist keineswegs ausreichend. In erster Linie bedarf es der Überwindung struktureller Insuffizienzen des Versorgungssystems. Netzwerkförderung muß deshalb sehr viel umfassender verstanden und konzipiert werden als derzeit üblich. Sie beinhaltet sowohl

- die Aktivierung informeller Hilfen und ihre Verknüpfung mit professionellen Hilfeleistungen;
- die Aufdeckung und Förderung der originären Fähigkeiten der unterschiedlichen Netze, der eine Gleichschaltung von organisiert und informell genauso kontraproduktiv entgegenwirkt wie eine Degradierung informeller Helfer auf das Niveau von Zuarbeitern für Professionelle; doch ebenso
- die Koordination von Leistungen der organisierten Versorgung;
- die Abstimmung und Verknüpfung der Leistungen der unterschiedlichen Helferkreise.

Wir werden die verschiedenen Dimensionen dieses weitgreifenden Verständnisses von Netzwerkförderung, das sich - wir möchten es noch einmal ausdrücklich betonen - auf informelle wie auch auf formelle Hilfen bezieht, im folgenden nicht auf theoretischer Ebene erörtern. Die Berufspraxis zeigt, daß "Networking" in vielen Handlungsfeldern zentrale Aufgabe der Sozialarbeit ist. Das Anliegen unseres Beitrags besteht darin, anhand der Rekonstruktion sozialarbeiterischer Berufspraxis, der sozialen Arbeit im Krankenhaus, aufzuzeigen, wie Netzwerkförderung im Alltag praktiziert wird und welche professionsinternen und professionsexternen Hemmnisse einer Realisierung und adäquaten Umsetzung des Konzepts entgegenstehen.

Die idealtypische Aufgabenstellung der Sozialdienste im Krankenhaus

Wir konzentrieren uns auf die soziale Arbeit im Krankenhaus - ein Tätigkeitsfeld, das voller Widersprüche steckt. Nur selten steht dieser Bereich im Mittelpunkt sozialwissenschaftlicher Analysen inklusive der "Selbstreflexion" durch die Vertreter der Theorie der Sozialarbeit. Da gilt er eher als unattraktiv. Die Gründe dafür sind unter anderem darin zu suchen, daß in kaum einem anderen als in diesem recht traditionellen Tätigkeitsfeld die Schwächen der Sozialarbeit so deutlich zu Tage treten. Gemeint sind Handlungs- und Statusprobleme und Begrenzungen der Spielräume in einer Einrichtung, zu deren Zielsetzung ihr eigener Problemzugang immer teilweise in Opposition stehen muß. Doch gemeint ist genauso die Zuständigkeit der Krankenhaussozialarbeit für die Bear-

beitung von Problemen, die angesichts versorgungsstruktureller Lücken und Unzulänglichkeiten gar nicht befriedigend bearbeitbar sind.

Unsere Ausführungen basieren auf empirischen Untersuchungen¹ eines Aufgabengebiets, das für viele Sozialarbeiter, die in den Sozialdiensten der Krankenhäuser tätig sind, die Hauptaufgabe repräsentiert: die Arbeit mit chronisch Kranken, in den meisten Fällen schon älteren oder gar hochbetagten Patienten. Diese stellen - entsprechend der epidemiologischen Realität (vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1988; Garms-Homolová et al. 1989; John & Wolter 1991 u. a.) - sowohl im Akutbereich und selbstverständlich auch in den Abteilungen für chronisch Kranke die Majorität der stationär versorgten Patienten dar.

Diese "Ergrauung des Krankenhauses" blieb nicht ohne Auswirkung auf die Tätigkeitsfelder des Krankenhauspersonals, also auch der Sozialarbeiter. Gleichzeitig verändern sich diese Tätigkeitsfelder im Zuge des Wandels dieser Institution, die sich im letzten Jahrhundert zu der wichtigsten Einrichtung der Akutversorgung gemausert hat, heute jedoch im Prinzip eine Stätte ist, deren Aufgabenschwerpunkt in der *Bewältigung der Akutphasen chronischer Erkrankungen* liegt. Weil sich die "nicht-akuten" Phasen chronischer Erkrankungen außerhalb der Akutkrankenhäuser abspielen und daher für Krankenhausmitarbeiter unsichtbar bleiben, können Krankenhausärzte und das Pflegepersonal an ihrem Selbstverständnis als "Akutversorger" festhalten. Die Mitarbeiter der Sozialdienste jedoch, die für die Unterstützung bei Entlassungen und (Wieder-)Eingliederungen in die häuslichen Verhältnisse oder in andere nachsorgende Einrichtungen zuständig sind und somit Brücke vom Krankenhaus nach außen schlagen, haben zu einer derart verengten Perspektive ein gebrochenes Verhältnis. Sie können nicht darüber hinwegsehen, daß für die meisten der gemäß den Maßstäben des Krankenhauses "Genesenen" nach der Krankenhausentlassung die Auseinandersetzung mit der chronischen Krankheit, die Bemühungen um deren Bewältigung und um die Normalisierung des Alltags weitergehen bzw. häufig erst richtig beginnen. Im Gegenteil. Wollen sie ihren (in Landeskrankenhausgesetzen und anderen Vorschriften) festgelegten Aufgaben gerecht werden, so müssen sie versuchen, die von vielen Patienten benötigte

1 Diese wurden im Rahmen eines von der DFG geförderten Forschungsprojekts "Versorgung alter Menschen - Bedarf und Barrieren" an der FU Berlin durchgeführt.

Unterstützung für diese Bewältigungs- und Normalisierungsbemühungen sicherzustellen. Für diese Unterstützung müssen sie sowohl organisierte Dienste mobilisieren als auch Teile des informellen sozialen Netzes gewinnen. Sie müssen versuchen, sowohl professionelle Helfer als auch primäre Bezugspersonen zu involvieren und ihnen je nach Lage der Patienten ein bestimmtes Pensum an Hilfe abzufordern, um so die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß sich der Zustand und die gesamte Situation des Patienten stabilisiert und neue Krisen vermieden werden.

Idealtypisch deckt sich das Aufgabengebiet der Sozialarbeiter in den Krankenhaussozialdiensten also mit *Vernetzungstätigkeiten* bzw. *Netzwerkförderung* im weiten Sinn der Begriffe. Es ist genau dort angesiedelt, wo aktiviert, "verknötet" und "vernetzt" werden muß. Denn mit der Entlassung aus dem Krankenhaus ist ein vielfältiger Wechsel verbunden: der Wechsel zwischen Versorgungseinrichtungen und/oder Helfersystemen unterschiedlicher Natur, zwischen Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Finanzierungsarten (vgl. Garms-Homolová 1988). So wird beispielsweise im Krankenhaus die Eigenverantwortung der Patienten (und ebenso die Verantwortlichkeit seiner primären Bezugspersonen) für die Krankheitsbewältigung weitgehend außer Kraft gesetzt. Sie obliegt dem professionellen Helfersystem. Nach der Überwindung der akuten Krisensituation im Krankenhaus und der Rückkehr nach Hause ist die Eigenverantwortung wieder gefordert, kann aber mit der Krankenhausentlassung oft nicht in Gänze übernommen werden, weil der chronisch kranke Patient nicht geheilt, sondern seine Gesundheitseinbußen lediglich gemildert sind. Als ebenso insuffizient erweist sich die Fremdhilfe, vor allem, wenn sie nur von einer Seite - entweder nur vom informellen Netz oder nur von professionellen Helfern - gewährt wird. In der Regel ist eine "richtige Mischung" der Verantwortlichkeiten erforderlich. Einerseits müssen Familienmitglieder, Nachbarn und andere Nahestehenden zur Verfügung stehen. Sie werden nicht nur für konkrete Hilfeleistungen im Rahmen des Alltagsmanagements und als "care giver" gebraucht.² Noch wichtiger als die Kompensation von Defiziten ist nämlich ihre Funktion als "Stabilisatoren". Diese besteht vor allem darin, dem

2 Diese restriktive Sicht gewinnt der Leser gerontologischer Veröffentlichungen in Deutschland, von denen viele einseitig auf "pflegende Angehörige" fokussieren; vgl. Garms-Homolová 1990.

Patienten zu vermitteln, daß er (zumindest partiell) den Anforderungen des Alltags genügen kann und muß, damit eine relative Normalität gewährleistet ist. Andererseits nehmen viele chronisch Kranke Hilfen der unterschiedlichsten Gesundheitseinrichtungen und sozialen Institutionen in Anspruch. Aus einem Krankenhaus kommend, werden sie vom niedergelassenen Arzt weiterbehandelt und müssen Leistungen der Sozial- und Gesundheitsämter, häufig auch Pflege durch eine Sozialstation und andere verfügbare Dienste des Versorgungssystems beanspruchen.

Mit der Krankenhausentlassung passieren die Patienten also gleich eine Reihe von Übergängen (Garms-Homolová 1988), an denen sie leicht aus den unterstützenden sozialen Netz herausfallen können, wenn nicht Hilfen mobilisiert und Verknüpfungen geschaffen oder gezielt verstärkt werden. Am wichtigsten dabei ist, daß gänzlich unterschiedliche Ziele der Krankheitsbewältigung aufeinander abgestimmt und miteinander verbunden werden müssen. Das ist der *Kernbereich von Netzwerkförderung*, der besondere Anforderungen an die Sozialdienste im Krankenhaus stellt.

In der praktischen Arbeit der Sozialdienste dominieren aber häufig gänzlich andere Schwerpunkte.³ Wird dennoch Netzwerkförderung betrieben, so begnügen sich Sozialarbeiter allerdings mit einer reduktionistischen Umsetzung der diesem Konzept innewohnenden Möglichkeiten. Das gravierendste Problem besteht darin, daß informelle und formelle Netzwerkeile von den Sozialarbeitern im Krankenhaus als gegensätzlich angesehen werden. Damit ist gemeint, daß diese beiden Hilfesysteme gewissermaßen in Opposition zueinander stehend begreifen. Ferner finden sich häufig:

- eine Überbewertung der "Kiepenarbeit" (Garms-Homolová & Schaeffer 1990) bzw. die *Einengung von Netzwerkförderung auf rein administrative*

3 Das Datenmaterial, auf dem unsere Ausführungen basieren, wurde mit Verfahren der qualitativen Sozialforschung erhoben und ausgewertet. Es stammt aus semistrukturierten Interviews mit Mitarbeitern von Krankenhaussozialdiensten. Individuell befragt wurden 18 Sozialarbeiter. Ferner wurden Gruppeninterviews durchgeführt:

- (a) mit fünf Sozialdienststeinheiten in kommunalen Krankenhäusern;
- (b) mit einer Gruppe von Leitern der Sozialdienste in kommunalen Krankenhäusern;
- (c) mit einer größeren Gruppe von Sozialarbeitern, die in verschiedenen Krankenhäusern und dort auf unterschiedlichen hierarchischen Ebenen der Sozialdienste arbeiten.

Vorgänge und auf eine bürokratische Handhabung der mit ihr verbundenen Aufgaben;

- eine *individualtherapeutische* Orientierung des Zugangs zum Patienten, die das Ideal sozialarbeiterischen Handelns in einer möglichst engen, dem Muster therapeutischer Interaktionen folgenden Sozialarbeiter-Patient-Kommunikation sieht. Nur wenigen Sozialarbeitern im Krankenhaus sind anscheinend die Konzepte "social support" und "networking" - also Ansätze, die von einer *gemeinschaftlichen* Bewältigung von Krankheiten und krankheitsbedingten Situationen ausgehen - vertraut; sind sie doch bekannt, so scheinen sie keine handlungsleitenden Alternativen zum individualtherapeutischen Zugang darzustellen;
- eine *Klientelisierung* von Teilen des informellen sozialen Netzes, die speziell die Familienangehörigen trifft. Oft werden sie zu Surrogatklienten der Sozialdienste;
- eine hohe "*Binnenorientierung*" der Sozialarbeiter, die aus der hierarchischen Struktur der Berufe und den Machtverhältnissen im Krankenhaus resultiert. Der Blick der Sozialdienstmitarbeiter ist vorwiegend auf interne Vorgänge im Krankenhaus gerichtet. Nicht selten sind sie im "krankenhausinternen Netz" verfangen, werden von Kooperationsproblemen mit den Ärzten aufgezehrt (Schaeffer 1989) und kämpfen fortwährend um die Festigung des eigenen Status. Währenddessen bleiben ihre Bemühungen um außenorientierte Aufgaben, wie Vernetzung, beschränkt.

Diese Probleme, die einer adäquaten Realisierung des Konzepts entgegenstehen, wollen wir in den nachfolgenden Ausführungen eingehender darstellen.

Netzwerkförderung in der Praxis

Wird die Institution Krankenhaus mit der Überwindung/Bewältigung einer Krankheit oder Krankheitsepisode beauftragt, so obliegt ausschließlich ihr die aktive Rolle auf dem Weg zu diesem Ziel. Von dem Patienten wird normalerweise erwartet, daß er sich in die Krankenrolle fügt und die Lösung seiner Pro-

bleme stellvertretend dem Krankenhauspersonal überläßt. Und ebenso wird erwartet, daß sich die Angehörigen des Patienten nicht in die Behandlungsaktivitäten des Krankenhauses einmischen oder gar an ihnen beteiligen.⁴ Sie haben allenfalls die Funktion von Informationslieferanten und -empfängern und sorgen darüber hinaus für die Regelung von Angelegenheiten der Außenwelt. Eher ausnahmsweise werden ihnen noch weitere Funktionen zuerkannt, zumal immer Unsicherheit darüber besteht, ob sie diese in Einklang mit den Erfordernissen der Krankenhausbehandlung erfüllen oder in einer Weise ausführen, die den routinisierten Ablauf des Krankenhausalltags stört. Die Kluft zwischen ihnen und den Krankenhausmitarbeitern ist aus diesem Grund und auch aufgrund des Expertenstatus der letztgenannten nach wie vor groß und erscheint nur schwer überbrückbar.

Es ist nicht verwunderlich, daß diese Kluft auch die Sichtweise der Sozialdienstmitarbeiter bestimmt. Auch für sie existieren eher zwei vollständig getrennte Unterstützungssysteme, denn ein wünschenswertes Konglomerat von naturwüchsigen und gezielten Hilfen bzw. einem sich aus informellen und formalen Bestandteilen konstituierenden Netz. So lange der Patient im Krankenhaus verweilt, erwarten sie - ähnlich den dort tätigen Ärzten - weder eine Gleichgewichtung der verschiedenen Helfersysteme noch eine aus deren Potentialen resultierende Synergie. Daß die Kranken während des Krankenhausaufenthalts so gut wie ausschließlich im professionellen Auffangnetz aufgehoben sind, erscheint ihnen weitgehend normal. Angehörige, die sich einmischen und sich intensiv beteiligen wollen (z. B. an der Pflege), gelten auch für die Sozialarbeiter tendenziell als Störfaktoren bzw. als ungewöhnlich, ja sogar als "unnormale". Schnell schließen sie in diesen Fällen auf zu starke oder gar auf korrektur- (bzw. therapiebedürftige) Angehörigenbindungen, z. B. "symbiotische" Mütter-Töchter-Beziehungen. Gleichzeitig gehen Sozialdienstmitarbeiter davon aus, daß die Regeln der professionellen Versorgung mit den Interessen der informellen Bezugspersonen kollidieren, und sie sind deshalb erstaunt bzw. skeptisch, wenn es zu Kooperationen kommt. Fungieren Angehörige beispielsweise als "mediating structure", vermitteln zwischen dem Patien-

4 Eine Ausnahme bilden Kinderkliniken, wo Eltern weite Teile der psychosozialen Unterstützung der Kinder, aber auch der Pflege, ja manchmal sogar der Behandlung, übernehmen können. Ähnliches gilt für die stationäre Versorgung von Aids-Patienten.

ten, seiner Lebenswirklichkeit außerhalb des Krankenhauses und den ihn behandelnden Ärzten - beginnen also gewissermaßen eigenständig zu vernetzen -, schleicht sich bei den Sozialarbeitern rasch der Verdacht ein, daß sich zwischen Krankenhausärzten und den Angehörigen der Kranken Koalitionen anbahnen (Garms-Homolová 1990), die sich zuungunsten des Patienten auswirken könnten. Daraufhin stellen sie sich selbst hinter den Patienten. Um ihre Rolle als Anwalt der Patienten zu unterstreichen, gehen sie notfalls auf Kollisionskurs zu den Vertretern des informellen oder formellen Netzes. Das ist nicht nur Vernetzungsbemühungen abträglich, sondern macht diese geradezu unmöglich.

Die Tendenz, informelle Hilfen und die organisierte Versorgung auseinanderzudividieren, ist auch dann spürbar, wenn sich die Aktivität der Sozialdienste nach außen richtet, d. h. wenn die Patienten auf die Entlassung vorbereitet werden. Auch hier sehen sie ihre Funktion weniger in systematischer "Vernetzung", sondern eher in der Verhandlung mit singularen Institutionen und Mobilisierung von einzelnen Diensten - dieses oft mit viel Engagement und Akribie. Sollen diese koordiniert und abgestimmt, die Verantwortlichkeiten zwischen informellen Helfern und Einrichtungen definiert werden, ziehen sich die Sozialdienste häufig zurück und verlassen sich - unter dem Motto "das ist Sache der Angehörigen" - auf die spontane Vernetzungsdynamik.

Wird die Zuständigkeit für die vom Patienten benötigte Unterstützung und Hilfe schwerpunktmäßig im organisierten Bereich gesehen (z. B. wenn der Patient fachliche Pflege braucht), so betrachten die Sozialarbeiter die Angehörigen, Nachbarn, Freunde etc. tendenziell als Kompensatoren der Lücken, die diesem Bereich innewohnen. Umgekehrt werden organisierte Dienste von ihnen unter dem Blickwinkel der Kompensation brüchiger Potentiale in den informellen Beziehungen beurteilt. Diese Sichtweisen sind keineswegs exklusiv nur bei Sozialarbeitern in Krankenhaussozialdiensten zu finden. Sie sind bei berufsmäßigen Helfern und speziell bei Ärzten genauso weit verbreitet (Garms-Homolová & Schaeffer 1991). Neben den schon genannten gibt es dafür zahlreiche Gründe, von denen wir nur einige anführen wollen:

- So vermutet Dieck, daß die Bevölkerung in Deutschland eine vergleichsweise gering ausgeprägte Tradition der Fremdversorgung hat. Pflege und andere Hilfen waren traditionell und sind noch heute Angelegenheit von

Familien (Dieck in Jamieson, im Druck). Diese Sicht ist nicht nur in der allgemeinen Öffentlichkeit verbreitet. Sie bestimmt auch die Handlungsweisen von Mitarbeitern helfender und versorgender Einrichtungen.

- Sie wird durch die Bestimmungen der sozialen Sicherung, nach denen die Mitarbeiter verfahren, gestützt. Im Gesundheitsreformgesetz vom 1988 finden sich zum Beispiel zahlreiche Regelungen, die den Zugang zu organisierten Hilfen an die Bedingung knüpfen, daß keine informelle Hilfe möglich ist. Diese "Ausschlußbestimmungen" stehen in einer kontraproduktiven Position zum Konzept der Netzwerkförderung und sind darüber hinaus dafür verantwortlich, daß die Gefahr des Entstehens von Lücken und Diskontinuitäten im Versorgungsgeflecht außerordentlich groß ist, weil ein gegenseitiges "back-up" verschiedener Helfersysteme nicht gesetzeskonform ist.

Neben diesen allgemeinen Gründen gibt es auch spezifische Ursachen, von denen wir zwei unterstreichen wollen:

- Sozialarbeiter in Sozialdiensten haben in der Institution Krankenhaus eine marginale Stellung, die nicht zuletzt der Tatsache geschuldet ist, daß sie nicht zum medizinischen Bereich der Patientenbehandlung gehören. Sie sind der Administration subsumiert und unterliegen den Weisungen des Verwaltungsleiters. Sie sind also im Regelfall nicht an der Entwicklung therapeutischer (und - wenn es diese gibt - rehabilitativer) Strategien beteiligt, aus denen sich die inhaltlichen Erfordernisse der Vernetzung ableiten.
- Die Rückführung und Wiedereingliederung der Patienten in deren eigene Häuslichkeit - eine der zentralen Aufgaben der Sozialdienste - schrumpfen im Krankenhausalltag unter dem Druck der wirtschaftlichen Interessen der Krankenversicherungs- und auch der Krankenhausträger auf reine Transferaufgaben zusammen. Patienten so schnell und so effizient wie möglich aus den Krankenhaus weiterzuvermitteln, charakterisiert den Alltag der Sozialarbeit im Krankenhaus (Garms-Homolová & Schaeffer 1989, 1990). Folglich suchen Sozialdienste primär nach Personen (Angehörigen, Mitbewohnern) und/oder Institutionen (ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen o. ä.), die ihnen die Patienten abnehmen, intendieren weder die Herstellung einer patienten- und problemgerechten Versorgung,

noch Vernetzungen der dazu erforderlichen informellen und formellen Hilfe. Gleichzeitig reduzieren sie ihre Tätigkeit weitgehend auf die im Zuge dieser Transferaufgaben anfallenden administrativen Vorgänge.

Für die Einengung von Vernetzungsaufgaben auf rein *administrative Vorgänge* machen die Sozialdienstmitarbeiter vor allem den Zeitdruck verantwortlich. Er entsteht nicht nur deshalb, weil die Personalschlüssel zu ungünstig sind und weil deren Vorgaben oft unterschritten werden. Er hängt auch mit dem schon erwähnten Wandel des Krankenhauses zusammen, das immer mehr Patienten zu versorgen hat, die auf Hilfe seitens der Sozialarbeiter angewiesen sind: chronisch Kranke, die in rehabilitative und nachsorgende Einrichtungen oder in Heime überwiesen werden, die häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Versorgung benötigen etc. Damit einhergehend wachsen den Sozialdienstmitarbeitern neue und zusätzliche Aufgaben zu, und die ursprünglich intendierten Ziele verändern sich. Aufgaben wie Verhandlungen mit den Kostenträgern, Suche nach geeigneter Unterbringung und nach Pflegebetten, Wohnungsaufösungen - kurzum Tätigkeiten, die von vornherein überwiegend bürokratischen Charakter haben - nehmen einen sehr breiten Raum ein, während beratende und auch koordinierende Tätigkeiten faktisch eher marginal sind.

Noch stärker sind die Spielräume der Sozialarbeiter durch wirtschaftliche Determinanten eingeengt. In diesem Kontext ist noch einmal die Bedeutung des raschen Patiententransfers zu unterstreichen. Für die Krankenhäuser (und die Leistungsträger) ist er von existentieller Wichtigkeit. Sie stehen in der Pflicht, die Verweildauer kurz zu halten, eine Zielvorgabe, die bei chronisch Kranken, speziell wenn sie im vorgerückten Alter sind, oft nur schwer einzu lösen ist. Jede Verlängerung stationärer Aufenthalte dieser Patienten bringt für das Krankenhaus zudem Kostenrisiken mit sich. Übersteigt die Verweildauer den für die Region üblichen Durchschnitt, drohen die Krankenkassen, die Kostenübernahme einzustellen. Mit dem "Chronikersatz" der Sozialhilfe kann der Akutbereich des Krankenhauses nicht auskommen. Außerdem sind gerade ältere Patienten zumeist pflege- und personalintensiv, weil sie aufgrund ihrer funktionellen Beeinträchtigungen die Möglichkeiten eines rationellen Personaleinsatzes stören.

Alles das erklärt, warum für die Krankenhäuser eine schnelle Entlassung der Patienten so große Bedeutung hat. Allerdings trifft dieses nicht nur für den raschen Patiententransfer zu, sondern ebenfalls für die Anpassung der Entlassungspraxis an die wechselnden Auslastungserfordernisse der Krankenhäuser. Während Zeiten der Unterbelegung sind die Krankenhäuser durchaus an diesem Patiententypus interessiert, eignet er sich doch aufgrund seiner langdauernden Multimorbidität zur Ausbalancierung der "Belegungsflauten". Ist der Belegungsengpaß vorüber, müssen die Plätze für Patienten bereitstehen, die sowohl aus medizinischer als auch betriebswirtschaftlicher Sicht mit der Bestimmung eines Akutkrankenhauses in Einklang gebracht werden können. Es muß also möglich sein, diesen Patiententypus sowohl als Füllmasse zu nutzen als auch schnell und problemlos zu entlassen.

Solchermaßen flexible Entlassungsprozeduren zu gewährleisten lastet auf den Schultern der Sozialdienste. So wird es zumindest von den Mitarbeitern der Sozialdienste empfunden. Dieser Anforderung sehen sie sich um so stärker ausgesetzt, je weniger die Patienten "in das Krankenhaus passen", d. h. je weniger sie nach medizinischen (und mit diesen korrespondierenden versicherungsrechtlichen) Kriterien als Akutpatienten eingestuft werden können. Doch genau diese Patienten können häufig nicht entlassen werden, ohne daß andere Einrichtungen und Dienste für sie bereitstehen. Denn sie gehören zu dem Personenkreis, der nur über ein dünnes und wenig tragfähiges informelles soziales Netz verfügt und auf zusätzliche Hilfe angewiesen ist. Von den organisierten Diensten und versorgenden Einrichtungen werden solche Patienten allerdings nicht immer problemlos übernommen. Oft müssen die Mitarbeiter der Krankenhaussozialdienste alle bürokratischen Hebel in Bewegung setzen und viele Reibungsverluste in Kauf nehmen, bis sie endlich die Patienten "abgenommen bekommen".

Daß Netzwerkförderung dabei zu kurz kommt, liegt auf der Hand. Sie wird zusätzlich durch die Bedingungen behindert, unter denen die Sozialarbeiter den Patiententransfer sicherstellen: Meist sehen sie sich gezwungen, sämtliche, ihnen von den Institutionen außerhalb des Krankenhauses diktierten Bedingungen zu akzeptieren, um sicher zu gehen, daß ihnen der Patient "abgenommen" wird. Durch Absprachen und "bevorzugte Belieferung" einzelner Institutionen versuchen sie sich zu diesen eine exklusive Beziehung zu verschaffen, so daß diese bereitstehen, wenn ein Patient schnell entlassen werden

muß. Dabei ist der bilaterale Charakter dieser Beziehungen wichtig, denn in keinem Fall dürfen diese Kooperationsmodi ausgeweitet und dadurch eventuell der Konkurrenz preisgegeben werden.

Als weitere Barriere von Netzwerkförderung erweist sich die *individualtherapeutische Orientierung*, der viele Sozialarbeiter folgen. Sie ist im Krankenhaussetting nur schwer realisierbar. So ist beispielsweise nur selten ein längerfristiger kontinuierlicher Kontakt der Sozialdienste zu den Patienten möglich. Der Sozialdienst wird in der Regel erst unmittelbar vor der Entlassung eingeschaltet. In ungünstigen Situationen kann er sich mit dem "Fall" sogar nur wenige Stunden auseinandersetzen. Doch auch andere Bedingungen für eine Realisierung individualtherapeutischer Intentionen sind im Krankenhaus nicht vorhanden. Die Beziehung zwischen dem Sozialdienstmitarbeiter und dem Patienten kann sich selten auf freiwilliger Basis entfalten. Meist wird der Patient unfreiwillig mit dem Sozialdienst konfrontiert. Deshalb betrachten die Patienten den Kontakt zu den Sozialarbeitern mit Skepsis oder stehen ihm offen ablehnend gegenüber. Zusätzlich wirkt sich aus, daß die Sozialarbeiter das Image haben, alte Leute ins Heim zu bringen, Einkommensverhältnisse und Ersparnisse von amtswegen zu kontrollieren und als verlängerter Arm von Kontrollinstanzen zu fungieren. So steht allein die Verortung der Sozialarbeit "zwischen Hilfe und Kontrolle" (Peters 1971) individualtherapeutischen Intentionen der Sozialarbeiter im Krankenhaus entgegen.

Trotz dieser Widrigkeiten wird eine persönliche, intime Beziehung zum Klienten von vielen Sozialarbeitern für erstrebenswert gehalten. Die individualorientierte Intervention wird vielfach geradezu zur Voraussetzung der Realisierung des "eigentlichen sozialpädagogischen Auftrages" stilisiert. Und auch dieses erweist sich für Vernetzungsmaßnahmen als hinderlich. Denn zahlreiche im Rahmen von Netzwerkförderung anfallenden Aufgaben scheinen solchen Ambitionen diametral entgegengustehen und werden deshalb als minderwertig erachtet: so vermittelnde, kontaktherstellende Funktionen, organisatorische Aufgaben und die Anwendung von Versorgungsexpertentum. Deshalb fühlen sich die Mitarbeiter der Sozialdienste eher zu Patienten hingezogen, die ihnen scheinbar mehr Möglichkeiten bieten, als originär angesehene sozialpädagogische Konzepte umzusetzen, und die therapeutische Interventionsmöglichkeiten bieten. Als dankbare Klienten erweisen sich in solchem Zusammenhang Alkoholiker, verlassene (und/oder mißhandelte) Frauen, obdachlose Patienten usw.

Nicht selten werden diese "Problemfälle" unter großer persönlicher Aufopferung und weit über den Krankenhausaufenthalt hinaus betreut. Dabei ist nicht zu übersehen, daß es den Sozialarbeitern nicht auf die Herstellung einer adäquaten Versorgung und der dazu erforderlichen Netzwerkförderung ankommt. Oft lösen sie statt dessen sogar den Klienten aus dem bestehenden informellen sozialen Netz heraus, damit sie zumindest in oberflächlicher Hinsicht eine intime (scheinbar therapeutische) Beziehung zu dem Klienten entfalten können und der an die Tätigkeit gestellte Anspruch gewahrt bleibt.

Abgesehen von solchen Erscheinungen konnten wir feststellen, daß die Sozialarbeiter die von ihnen als höherwertig angesehene individualtherapeutische Zugangsweise unter den schon erwähnten Bedingungen der schnellen Transfererfordernisse meist selbst nicht als realisierbar betrachten und sich angesichts der Alltagsrealität von vornherein auf ein rein administratives Abwickeln des jeweiligen Falls beschränken.

Wird Netzwerkförderung zu realisieren versucht, so wird oft faktisch eine *Klientelisierung* von Teilen des informellen Netzes der Patienten betrieben. Speziell Töchter von alten chronisch Kranken eignen sich als "Surrogatklienten" und werden häufig als solche betrachtet. Begünstigend wirkt sich aus, daß Sozialarbeiter, wie andere Mitarbeiter der Krankenhäuser auch, zu wenig auf die Belange von alten Patienten eingestellt sind, ja diese als interventionsresistent ansehen. Darüber hinaus machen sich bei ihnen "Konzeptlücken" bemerkbar. Das während des Studiums akkumulierte theoretische Wissen und die therapeutisierenden Erklärungsansätze sind nur beschränkt tragfähig, weil die aktuelle Lage des Patienten zu komplex und kompliziert ist und die in Frage kommenden "Hintergründe" der Problemsituationen von ihr vollständig überlagert werden. Weil aber die handlungsleitenden Konzepte an der Alltagsrealität (besonders an der alter Patienten) scheitern, wird "Ersatzklienten" der Vorzug gegeben. So kann häufig beobachtet werden, daß sich die Aufmerksamkeit der Sozialarbeiter auf die Töchter alter Patienten verlagert. Die Sozialdienstmitarbeiter bearbeiten dann vorrangig Probleme der Töchter, statt sich um die Belange des Patienten und um seine Absicherung im Geflecht der institutionellen und privaten Hilfebeziehungen zu kümmern.

Als letzte Problematik wollen wir die "*Binnenorientierung*" der Sozialdienste erwähnen. Damit bezeichnen wir die Tatsache, daß sich viele Aktivitäten der

Sozialarbeiter auf interne Vorgänge im Krankenhaus konzentrieren. Für die Regulation außenorientierter Aufgaben und somit auch für Netzwerkförderung bleibt oft nur wenig Kapazität übrig. Diese "Binnenorientierung" ist einerseits Resultat der institutionellen Verankerung der Sozialdienste. Leiter der Krankenhausadministration, denen die Sozialdienste unterstellt sind, sind daran interessiert, daß sich "ihre" Sozialarbeiter nicht um Belange kümmern, die erst nach der Krankenhauserlassung wirksam werden. Sie argumentieren mit den Mitteln aus den Pflegesätzen, die den Patienten im Krankenhaus zustehen und nicht für auswärtige Angelegenheiten ausgegeben werden dürfen. Andererseits ist die Binnenorientierung auch Ergebnis der hierarchischen Struktur der Berufe im Krankenhaus, in dem die Ärzte "das Sagen haben" und die Sozialdienste ihre Position und eigene Autonomieansprüche tagtäglich erkämpfen müssen. Krankenhausärzte ignorieren jedoch solche Autonomieansprüche, sind sie doch an Kooperationsmodi interessiert, die sie von dem als nichtmedizinisch angesehenen Ballast entlasten und einen reibungslosen Medizinbetrieb garantieren (Schaeffer 1990). Dieser "professionelle Imperialismus" (Novak 1989) ist nach Meinung der Sozialarbeiter Zündstoff für zahlreiche Konflikte. Aus ihrer Sicht unterminieren die Ärzte ein sinnvolles sozialarbeiterisches Handeln, indem sie beispielsweise eine rechtzeitige Kontaktaufnahme mit dem Patienten verhindern und die Sozialdienste viel zu spät hinzuziehen. Ebenso neigen sie dazu, auf die Sozialdienste unbequeme Aufgaben abzuwälzen - so speziell bürokratische Tätigkeiten.

Weil es den Sozialarbeitern an gesichertem Reflexionswissen fehlt, können sie diese Situation nicht adäquat interpretieren und lasten sie dem Fehlverhalten einzelner Mediziner an. Eine der Folgen hiervon ist, daß sie sich in persönlichen Konflikten und Aversionen verstricken, die Ärzte boykottieren, statt nach konstruktiven Lösungen zu suchen und selbst - wenngleich ungewollt, so faktisch aber doch - dazu beizutragen, daß ihre Handlungsspielräume enger sind, als es eigentlich notwendig wäre. Netzwerkförderung, die zu einem Großteil aus Beziehungsmanagement besteht - seien dieses informelle oder professionelle Beziehungen - erscheint angesichts der Konfliktfülle interprofessioneller Beziehungen im Krankenhaus von vornherein als unrealistisch und scheitert der Sicht der Sozialarbeiter zufolge an den Schwierigkeiten interprofessioneller Kooperation.

Ursachen professionsinterner und -externer Widerstände gegen Netzwerkförderung

Unsere Ausführungen haben gezeigt, daß Netzwerkförderung im Alltag der Sozialarbeit eine wichtige, in manchen Handlungsfeldern, wie der sozialen Arbeit im Krankenhaus, sogar zentrale Aufgabe ist, ihr aber im Alltag viele Widerstände entgegenstehen und Netzwerkförderung bestenfalls bruchstückhaft betrieben wird. Die Gründe dafür sind unter anderem *konzeptioneller* Natur.

- In diesem Zusammenhang ist zunächst einmal an die problematische konzeptionelle Ausgangslage zu erinnern. Die ideologische Überfrachtung, die die Diskussion hierzulande charakterisierte, ging zweifelsohne zu Lasten einer systematischen Klärung. Problematisch ist dieser Mangel vor allem deshalb, weil das Konzept auf den ersten Blick plausibel und einfach handhabbar zu sein scheint, wie in der Literatur auch immer wieder betont wird (Keupp 1987; Kähler 1983). In der Praxis aber stellt sich das ganz anders dar, sind die mit dem Konzept verbundenen Intentionen zu nebulös und die aus ihm erwachsenden Aufgaben eher komplexer und diffiziler denn simpler Natur. Die dem Konzept auf theoretischer Ebene unterstellte "Schlichtheit" (ebenda) entpuppt sich bei der Umsetzung als mangelnde Griffigkeit und Unterschätzung der Komplexität ihm impliziter Aufgabenstellungen, und dieses stellt die Sozialarbeiter vor erhebliche Handlungsprobleme. Nicht zuletzt deshalb pendeln sie zwischen den verschiedenen Teilaufgaben hin und her, betreiben mal Stärkung von informellen Helferpotentialen, mal Versorgungsallokation, ohne von einem grundlegenden Verständnis von Netzwerkförderung geleitet zu sein und ohne systematisch vorzugehen.
- Auch die verengte Rezeption des Konzepts in der Sozialpädagogik ist nicht folgenlos geblieben. Die praktisch tätigen Sozialarbeiter betreiben Netzwerkförderung in erster Linie in Form von Stärkung bzw. Kuration von informellen Hilfepotentialen. Aufgaben, wie sie zur Versorgungsallokation zählen, separieren sie davon. Damit korrespondiert, daß professionelle und informelle Hilfesysteme als gegensätzlich angesehen werden. Doch gerade, weil beide Hilfesysteme weitgehend voneinander getrennt agieren und die Strukturen beider konträr sind, so betonten wir zu Beginn,

bedarf es der Kommunikation und Abstimmung der unterschiedlichen Rationalitäten beider Systeme und der Koordination der verschiedenen im informellen wie im formellen Hilfesystem erbrachten Leistungen. Wird dieser Zusammenhang übersehen, können die eigentlichen Intentionen des Konzepts nicht realisiert werden.

Daneben sind auch *professionsinterne Faktoren* ausschlaggebend dafür, daß Netzwerkförderung im umfassenden Sinn nur partiell betrieben wird. Sie haben ihre Ursache unter anderem darin, daß

- Fragen des Versorgungsmanagements und der Netzwerkförderung in den Ausbildungen bis heute nur wenig Berücksichtigung finden. Folglich mangelt es den praktisch tätigen Sozialarbeiter an wichtigen Voraussetzungen, um solche Aufgaben, die auch in anderen Handlungsfeldern sozialer Arbeit im Gesundheitswesen zu den dominanten gehören, angemessen zu bearbeiten. Es fehlt ihnen an systematischem wie handlungspraktischem Wissen und auch an entsprechenden methodischen Kompetenzen. Eine der Konsequenzen ist, daß sie mit einer Perspektivenverengung reagieren, Netzwerkförderung auf ein administratives Prozedere reduzieren oder sich auf Teilbereiche beschränken, wobei sie sich häufig auf Interventionskonzepte stützen, die nahezu kontraindiziert für eine Netzwerkförderung im Interesse der Herstellung einer kontinuierlichen, sich aus formellen und informellen Hilfeleistungen zusammensetzenden Versorgung sind;
- die Ausbildung insgesamt zu weit entfernt von der beruflichen Wirklichkeit und den sich hier stellenden Handlungsproblemen ist (Dewe 1989). Werden die Sozialarbeiter im Berufsalltag dann mit diesen Problemen konfrontiert, reagieren sie hilflos bzw. diffus, fehlt es ihnen doch für deren Regulation sowohl an geeignetem Problemlösungspotential wie auch an handlungsleitenden Maximen. Folglich beginnen sie nach Substituten zu suchen, die helfen könnten, diesen Mangel zu beheben. Als solche fungieren alltagspraktische Lösungen und auch Anlehnungen an Problemlösungsmuster anderer Berufe, so z. B. auf individualtherapeutische Zugriffsweisen und auf Surrogatklienten. Allerdings erweisen sich solche Substitute im Alltag nicht unbedingt als tragfähig. Für den Rückgriff auf individualtherapeutische Orientierungen haben wir gezeigt, daß sie nicht nur eine systematische Befolgung all der Aufgaben, wie sie zur Netzwerk-

förderung gehören, unterminieren, sondern sogar gegenläufig zum Ansinnen von Vernetzung und Verknüpfung sind. Damit ist gemeint, daß es sich hier nicht um eine individuenzentrierte Vorgehensweise handelt, sondern eine, die auf soziale Systeme ausgerichtet ist. Wir haben deutlich gemacht, daß Individualisierungen des Konzepts in der Praxis fehlgehen, sich nicht nur den Absichten von Netzwerkförderung im Interesse der Schaffung eines Verbundsystems formeller und informeller Hilfen als hinderlich erweisen, sondern deren Voraussetzungen sogar destruieren. Gleichzeitig folgt Netzwerkförderung einer anderen Logik als therapeutische Zugriffsweisen. Richtet sich der Blick therapeutisch inspirierter Interventionen in erster Linie auf die Insuffizienzen bestehender Beziehungsstrukturen und auf die Suche nach Möglichkeiten zu deren Kuration oder Restitution, so konzentriert sich Vernetzungsarbeit auf die trotz möglicher Insuffizienzen vorhandenen Potentiale sozialer Beziehungsnetze, sucht diese durch Verknüpfung und Koordination fruchtbar zu machen, um auf diese Weise eine Befähigung zu autonomer Lebenspraxis zu ermöglichen.

Substitute sind - das wird hier sichtbar - also bestenfalls temporär wirksam. Nützlich sind sie vor allem in subjektiver Hinsicht. Sie entlasten von der Hilflosigkeit angesichts unlösbar anmutender Probleme, weil sie konkrete Angriffspunkte und praktikable Zugriffsmöglichkeiten zu bieten scheinen. Faktisch aber provozieren sie neue Handlungsprobleme, eben weil ihnen oftmals eine andere Logik zugrundeliegt, die nur auf den ersten Blick kompatibel mit der Aufgabenstellung ist, sich bei genauerer Betrachtung jedoch als konträr erweist (Schaeffer 1991);

- der theoretische Diskurs in der Sozialarbeit viele Handlungsfelder unberücksichtigt läßt. Sozialarbeiter, die in diesen Gebieten tätig sind, befinden sich in einer eigentümlichen Situation. Sie hängen einem Selbst- und Aufgabenverständnis an, das in großer Diskrepanz zu den alltäglichen Berufsanforderungen steht. Im Alltag hat das zur Folge, daß sie viel Energie darauf verwenden müssen, diese Kluft zu überwinden und zu einem realitätsgesättigten professionellen Selbstverständnis zu gelangen, und mancherorts, so hat es den Eindruck, nehmen solcherlei Abklärungsprozesse und die aus ihnen erwachsenden Kooperationskonflikte nahezu ebenso viel Raum ein wie die Realisierung ihrer Aufgabenstellung. Unsere Analyse zeigte, daß den Sozialarbeitern dabei nicht immer Gelingen beschert ist

und folglich die alltäglichen Berufsansforderungen, so auch vernetzende Aufgaben, minderwertig werden und als lästige Pflicht gelten, während den "eigentlichen" Aufgaben, die mit dem Selbst- und Aufgabenverständnis in Einklang stehen, allerdings in diesen Handlungsfeldern eher marginal sind, nachgetrauert wird. Es ist den praktisch tätigen Sozialarbeitern nur im Einzelfall möglich, diese Abweichungen als Herausforderung zu begreifen und professionsintern auf eine Veränderung des Berufs- und Aufgabenverständnisses hinzuwirken.

Allerdings stehen der Realisierung dieses Konzepts auch *professionsexterne Restriktionen* entgegen. Einige verursachende Faktoren schienen in unserer Analyse bereits durch:

- Hier ist zunächst zu erwähnen, daß die Handlungsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten der Sozialarbeit in vielen Tätigkeitsfeldern begrenzt sind. Exemplarisch haben wir für die Krankenhaussozialarbeit auf die problematische institutionelle Einbindung verwiesen: ihre Subsumtion unter zwei professionsexterne Instanzen, deren Problemzugang in Opposition zu dem der Sozialarbeit steht. Im Alltag hat das zur Folge, daß die Sozialarbeit sich fortwährend an professionsfremden Gütekriterien abzuarbeiten und zu messen hat. Außerdem steht sie immer in Gefahr, für andere Belange funktionalisiert zu werden - im Krankenhaus dafür, einzig die Entlassung von Patienten zu garantieren, statt für Vernetzung und die Kontinuität einer problem- und patientenangemessenen Versorgung sorgen zu können. Dieses aber sind faktisch voneinander abweichende Vorgehensweisen, die unterschiedlichen Kriterien folgen: erstere ist an institutionellen Geboten, letztere an der Situation des Patienten orientiert.
- Auch der Charakter als totale Institution (Goffman 1973), der vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens nach wie vor innewohnt, steht einer adäquaten Realisierung des Konzepts entgegen. Dieser schlägt sich im Alltag vor allem in Beschränkungen des sozialen Verkehrs mit der Außenwelt nieder und hat im Hinblick auf das Handeln der hier tätigen Beruf zur Konsequenz, daß ihre Sicht auf diesen Teilausschnitt der Realität und auf innerhalb des Krankenhaus sichtbar werdende Probleme reduziert ist. Für die Sozialarbeit haben wir gezeigt, daß auch sie dazu tendiert, überwie-

gend binnensorientiert zu agieren, institutionsinterne Aufgaben höher zu gewichten als außenorientierte und sich in innerinstitutionellen Geschehnissen zu verfangen. Allerdings kennzeichnet diese Binnenorientierung nicht nur das Handeln der Krankenhausmitarbeiter, sondern ebenso das der Vertreter anderer Institutionen des Gesundheitswesens. Alle diese Einrichtungen verfügen über relativ autonome Problemdefinitionen, die sich primär durch das Interesse an sich selbst auszeichnen (Olk 1986). Oft kollidieren diese Interessen, und dieses steht einer überinstitutionellen Kooperation, wie sie für Netzwerkförderung erforderlich ist, entgegen.

- Als letztes wollen wir die hierarchische Struktur der Berufe in den meisten Institutionen des Gesundheitswesens anführen. Sie erweist sich für den Einzug neuer, gleichrangiger Kooperationsformen und Betreuungskonzepte, für die diese konstitutiv sind, als hinderlich. Denn die Ärzte, die die ranghöchste Position im Krankenhaus einnehmen, begegnen allen Ansinnen mit Unverständnis, die mit ihren Interessen als Akutmediziner kollidieren und ihnen als professionsfremd erscheinende Anforderungen aufzubürden drohen. Von seiten der Berufe, die mit solchen, gewissermaßen quer zur Realität liegenden Konzepten arbeiten wollen, bedarf es deshalb Implementationsanstrengungen, um solche Konzepte überhaupt umsetzen zu können. Statt sich am Unverständnis ihrer Kooperationspartner zu reiben und angesichts der Schwierigkeiten interprofessioneller Kooperation zu resignieren, müßten sie versuchen, durch Überzeugungsarbeit und Information den von ihnen verfolgten Konzepten und den ihnen zugrundeliegenden Leitideen zu mehr Akzeptanz zu verhelfen.

Diese Auflistung von Widerständen und Ursachen, die einer adäquaten Realisierung von Netzwerkförderung entgegenstehen, ließe sich beliebig ergänzen (so beispielsweise um versorgungsstrukturelle Faktoren). Doch zeigen unsere Ausführungen über Netzwerkförderung im Rahmen sozialer Arbeit im Krankenhaus bereits, daß das Konzept einer weitergehenden Diskussion und theoretischen Klärung bedarf: eine Erkenntnis, die keineswegs neu ist (u. a. Schaeffer 1986). Damit ist allerdings weniger an eine Fortsetzung des Diskurses gedacht, wie er in den zurückliegenden Jahren erfolgte. Weitere ideologische Überfrachtungen und verheißungsvolle Hoffnungen wären - wie wir lernen konnten - eher abträglich als fruchtbar. Sinnvoller wäre vielmehr die Auseinandersetzung unter Berücksichtigung der sich in der Praxis stellenden Hand-

lungsprobleme und Restriktionen fortzuführen. Sie legen nicht nur den Finger auf die Wunden konzeptueller Unschärfen und auf Schwierigkeiten, an denen sich Netzwerkförderung zu bewähren hat, sondern zeigen auch, welcher weiteren (professionsinternen wie -externen) Maßnahmen es bedarf, um das Konzept überhaupt angemessen umsetzen und realisieren zu können.

LITERATUR

ARGUMENT SONDERBAND 77 (1983):

Alternative Medizin. Kritische Medizin im Argument. Berlin: Argumentverlag

BEHRENDT, J.-U.; DENEKE, C.; ITZWERTH, R. & TROJAN, A. (1981):

Selbsthilfegruppen vor der Vereinnahmung? In: Badura, B. & Ferber, C. von (Hg.): Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. München, Wien: Oldenbourg, 91-124

BOCK, T. (1981):

Eine Einführung. In: Collins, A. H. & Pancoast, D. L. (1981): Das soziale Netz der Nachbarschaft als Partner professioneller Hilfe. Freiburg: Lambertus, 7-9

BUNDESMINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (HG.) (1988):

Ursachen und Gründe für den Anstieg der Zahl der Krankenhauspatienten. Forschungsbericht 166 (Infratest Gesundheitsforschung). Bonn: BAS

COLLINS, A. H. & PANCOAST, D. L. (1981):

Das soziale Netz der Nachbarschaft als Partner professioneller Hilfe. Freiburg: Lambertus

DEWE, B. (1989):

Wissen und Können in sozialarbeiterischen Handlungsvollzügen. Soziale Arbeit, 39, 3, 82-86

GARMS-HOMOLOVA, V. (1988):

La sortie de hôpital: le début d'un processus d'orientation. Gérontologie et Société, 47, 47-55

GARMS-HOMOLOVA, V. (1990):

The Function of Relatives in the Process of Services Allocation. Paper presented at the Third International Congress of the European Society for Medical Sociology. Marburg, September 19-21, 1990

- GARMS-HOMOLOVA, V.; HÜTTER, U. & SCHAEFFER, D. (1989):
 Gemeindenahe Versorgung von alten Menschen? Eine Bestandsaufnahme aus medizinsoziologischer Sicht. In: Kleiber, D. & Filsinger, D. (Hg.): Altern - Bewältigen und helfen. Psychosoziale Modelle zur Hilfe und Selbsthilfe. Heidelberg: R. Ansager, 75-85
- GARMS-HOMOLOVA, V. & SCHAEFFER, D. (1989):
 Soziale Bewältigung chronischer Erkrankungen im institutionellen Kontext. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 2, 1-3, 126-135
- GARMS-HOMOLOVA, V. & SCHAEFFER, D. (1990):
 Kiepenarbeit versus Beratung: Strukturprobleme sozialarbeiterischen Handelns im Krankenhaus. Neue Praxis, 20, 2, 111-124
- GARMS-HOMOLOVA, V. & SCHAEFFER, D. (1991):
 Versorgung alter Menschen. Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen. Freiburg: Lambertus (im Druck)
- GIESECKE, H. (1987):
 Über die Antiquiertheit des Begriffes 'Erziehung'. Zeitschrift für Pädagogik, 33, 3, 401-406
- GIESECKE, H. (1989):
 Pädagogik als Beruf. Grundformen pädagogischen Handelns. Weinheim, München: Juventa
- GOFFMAN, E. (1973):
 Asyl. Über die Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- JAMIESON, A. (1991):
 Home Care vor Older People in Europe. Oxford University Press (im Druck)
- JOHN, J. & WOLTER, C. (1991):
 Use of Hospital Referral and Admission Statistics: A Comparison of West Germany and British Data Sources. In: Brenner, G. & Weber, I. (Hg.): Health Services Research and Primary Health Care. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 180-184

KÄHLER, H. D. (1983):

Der professionelle Helfer als Netzwerker - oder: Beschreib mir Dein soziales Netzwerk, vielleicht erfahren wir, wie Dir zu helfen ist. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 14, 4, 255-244

KARDOFF, E. VON & STARK, W. (1987):

Zur Verknüpfung professioneller und alltäglicher Hilfenetze. In: Keupp, H. & Röhrle, B. (Hg.): *Soziale Netzwerke*. Frankfurt a. M., New York: Campus

KEUPP, H. (1987):

Soziale Netzwerke. Eine Metapher des gesellschaftlichen Umbruchs? In: Keupp, H. & Röhrle, B. (Hg.): *Soziale Netzwerke*. Frankfurt a. M., New York: Campus, 11-52

LEVIN, L. S. & IDLER, E. L. (1981):

The Hidden Health Care System. Mediating Structures and Medicine. Cambridge, Mass.: Ballinger

MAIR, H. (1990):

Selbsthilfeförderung und soziale Netzwerkentwicklung im Gesundheitsbereich. *MGG*, 15, 220-230

NOVAK, P. (1989):

Grenzprobleme der Medizin. In: Wagner, F. (Hg.): *Medizin. Momente der Veränderung*. Berlin, Heidelberg: Springer, 43-62

OLK, T. (1986):

Abschied vom Experten. Sozialarbeit auf dem Weg zu einer alternativen Professionalität. Weinheim, München

PETERS, H. (1971):

Die mißlungene Professionalisierung der Sozialarbeit. In: Otto, H.-U. & Utermann, K. (Hg.): *Sozialarbeit als Beruf - Auf dem Weg zur Professionalisierung?* München: Juventa, 99-123

SCHAEFFER, D. (1986):

Probleme erwachsenenpädagogischer Koordinations- und Vernetzungsarbeit im Bereich der Selbsthilfe im Krebsnachsorgebereich.

Gruppendynamik, Zeitschrift für angewandte Sozialpsychologie, 17, 2, 169-185

SCHAEFFER, D. (1989):

Formen der Kooperation zwischen den Krankenhausärzten und den Sozialdiensten. MMG, 14, 49-59

SCHAEFFER, D. (1990):

Das Krankenhaus und seine Bedeutung für die Versorgungsverläufe alter Menschen. In: MGG, 15, 3, 181-190

SCHAEFFER, D. (1991):

Tightrope Walking. Handeln zwischen Pädagogik und Therapie. In: Dewe, B.; Ferchhoff, W. & Radke, O. (Hg.): Erziehung als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Leverkusen: Leske + Budrich (im Druck)

SCHAEFFER, D. & GARMS-HOMOLOVA, V. (1985):

Die Rolle der Selbsthilfe im Netzwerk der gesundheitlichen Versorgung - aufgezeigt am Beispiel der Selbsthilfegruppen im Krebsnachsorgebereich. Das öffentliche Gesundheitswesen, 47, 11, 543-559