

Helfer auf der Suche nach Hilfe

Aufgaben und Methoden sozialer Arbeit im Krankenhaus

Von Vjenka Garms-Homolová und Doris Schaeffer

Soziale Arbeit im Krankenhaus ist kein junges, sich erst entwickelndes Praxisfeld; denn Sozialarbeiter in Krankenhäusern blicken auf eine beträchtliche Tradition zurück. Die Einführung von Sozialdiensten in nordamerikanischen und in europäischen Krankenhäuser hat bereits vor rund einhundert Jahren begonnen. Anfang des 20. Jahrhunderts nahmen sie organisierte Formen an, die den heutigen Diensten ähneln (1).

Bei den Theoretikern sozialarbeiterischen Handelns findet die Sozialarbeit im Krankenhaus jedoch kaum Erwähnung (2). „Versteckt, getrennt von den Ebenen des Handlungsvollzugs“ — dieses sind Merkmale, die nicht nur die übliche Wegbeschreibung zum Büro des Krankenhaussozialdienstes (Anmerkung 3, S. 52), sondern auch die Stellung der Krankenhaussozialarbeit in der gegenwärtigen sozialpädagogischen (Selbst-) Reflexion kennzeichnen.

Mag sein, daß gerade der Traditionsreichtum das distanzierte Verhältnis der auf Erschließung neuer Entfaltungsräume, Professionalisierung und Verwissenschaftlichung bedachten *Sozialpädagogien* zu diesem Praxisfeld fördert. Möglicherweise wollen sie nicht an die fürsorgliche Vergangenheit erinnert werden, die hier noch heute spürbar ist. Zudem ist die Krankenhaussozialarbeit bis heute „Mädchen für alles“ der Krankenhausleitungen und Ärzte und stellt eine überwiegend ausführende Tätigkeit mit geringer Eigenständigkeit und professioneller Autonomie dar (4).

Veränderte Rahmenbedingungen

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Versorgungsforschung und Überlegungen über Reformen des Gesundheitswesens betrachtet, verdient die soziale Arbeit im Krankenhaus mehr Aufmerksamkeit als bisher.

Dringend geboten ist eine Stärkung ihres berufspolitischen Status, ihre theoretische Fundierung und die Entwick-

lung neuer Arbeitsformen und Methoden. Die Gründe dafür wollen wir in der ersten Hälfte dieses Beitrags erörtern. Im zweiten Teil stellen wir unsere Überlegungen zu zeitgemäßen Arbeitsformen und Methoden der Sozialarbeit im Krankenhaus dar.

Die Erinnerung an die Tradition der Krankenhaussozialdienste kann nicht darüber hinwegtäuschen, daß sich die Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit radikal verändert haben.

Der Veränderungsprozeß dauert an und zeigt gerade in jüngster Zeit Konsequenzen für die soziale Arbeit im Krankenhaus. Sozialarbeiter im Krankenhaus sind heute konfrontiert mit Veränderungen der Klientel, der zu bearbeitenden Probleme und der Institution Krankenhaus.

Klientel der Sozialdienste

Bei der Klientel der Krankenhaussozialarbeit handelt es sich im allgemeinen um chronisch kranke Patienten, die während der krisenhaften Phasen ihrer lang dauernden Erkrankung in ein Krankenhaus eingewiesen werden. Sie sind in der Regel schon älter, wenn nicht hochbetagt, haben nicht eine, sondern mehrere Krankheiten. Ein guter Teil von ihnen blickt bereits auf eine Patientenkariere (5) zurück und weist einen über den Krankenhausaufenthalt hinausgehenden Bedarf an Unterstützung auf.

Diese Beschreibung trifft allerdings nicht nur für die Klienten der Sozialdienste zu. So läßt sich die Mehrheit der Patienten in allgemeinen Krankenhäusern, wie auch in bestimmten spezialisierten Versorgungsbereichen — Psychiatrie, Orthopädie, Onkologie u.a.m. — charakterisieren. Jeder fünfte Einwohner von Westdeutschland mit siebzig Jahren und darüber wird mindestens einmal im Jahr hospitalisiert, verbringt durchschnittlich 38 (Männer) oder 40 Tage (Frauen) im Krankenhaus (6).

Diese „Ergrauung der Krankenhäu-

ser“ ist weniger auf die Fehlbelegungspraxis zurückzuführen, wie Sozialpolitiker und Teile der Ärzteschaft proklamieren, sondern anderen Faktoren geschuldet:

○ *dem demographischen Wandel*: Rund 15 Prozent der Bundesbürger, also gut 11,5 Millionen Menschen haben das 65. Lebensjahr erreicht oder überschritten. Der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung ist im Steigen begriffen. Im Jahre 2030 wird ihr voraussichtlich mehr als ein Viertel aller Einwohner der Bundesrepublik angehören. Zu den Ursachen dieser Entwicklung zählen: Zunahme der Lebenserwartung, Rückgang der Geburtenhäufigkeit.

○ *den Veränderungen des Krankheitspektrums*: Das Gros der Kapazitäten des Versorgungssystems wird von chronischen Erkrankungen oder ihren Folgen absorbiert, von Gesundheitsstörungen also, die sich mehrheitlich in späteren Lebenslaufphasen zu manifestieren beginnen.

○ *den medizinischen Erkenntnissen und der medizinischen Praxis*: Operative Eingriffe und intensivste Therapieformen können heute ohne Altersbegrenzung angewandt werden. Sie sichern Überlebenschancen bei Krankheitsdiagnosen, die noch vor kurzem einem Todesurteil gleichkamen.

Veränderte Probleme

Mit chronischen Erkrankungen, detretwegen heute hospitalisiert wird, mit ihren Ursachen, ihren spezifischen Behandlungs- und Versorgungserfordernissen und dem fortgeschrittenen Alter großer Anteile der Patienten gehen veränderte Probleme einher. Sämtliche Lebensbereiche, von der Selbstversorgung im Alltag über zwischenmenschliche Beziehungen, Arbeit, Freizeit bis hin zur wirtschaftlichen Situation, vor allem jedoch das psychische Befinden der Kranken und ihrer Bezugspersonen sind tangiert. Medizinische Interventionsstrategien greifen regelmäßig zu kurz. Die Mehrheit dieser Krankheiten hat auch soziale und sozialökologische Ur-

sachen, die im Zuge der Behandlung ebenso wie medizinische angegangen werden müßten.

Meist wird zudem eine langfristige Versorgung, eine Maßnahmenabfolge und zugleich ein Maßnahmenbündel benötigt. Es ist einleuchtend, daß Sozialarbeit bei der Bearbeitung dieser Probleme gefragt ist.

Veränderungen der Institution Krankenhaus

Weitere Gründe dafür, daß der sozialen Arbeit im Krankenhaus neue Aufgabenbereiche zuwachsen, resultieren aus dem Wandel der ursprünglich „sozialen Institution“ Krankenhaus (7) zu einem hochtechnisierten Betrieb, in dem überwiegend medizinische Strategien zur Anwendung kommen, während soziale und nichtmedizinische Aspekte — als „Komplikationen“ der medizinischen Krankheitsbilder angesehen — zunehmend ausgeschlossen werden.

Für diese „Komplikationen“, für die sich nicht einmal mehr die Pflege zuständig fühlt, weil auch sie sich der Technisierung der Medizin anpaßt, sind allein die Sozialarbeiter zuständig. Faktisch aber sind es keine „Komplikationen“, sondern Begleiterscheinungen der veränderten Gesundheitsprobleme.

Auch der Wandel des Krankenhauses von einer karitativen Institution zum Wirtschaftsbetrieb mit vielen ökonomischen Zwängen und der Notwendigkeit, für Kapazitätsauslastung zu sorgen, ist in diesem Zusammenhang anzuführen. Der Krankenhausaufenthalt muß kurz bleiben, Rekonvaleszenz findet dort nicht statt. Die Vorbereitung auf die Entlassung als Einstimmung auf die Posthospitalisierungsphase muß schnell vonstatten gehen, da die verfügbaren Betten effizient frei gemacht und wieder belegt werden müssen. Verweildauerverkürzungen werden gerade chronisch Kranken oft nicht gerecht, so daß sie nach kurzer Zeit erneut eingewiesen werden müssen. Das mag für das Krankenhaus wirtschaftlich vorteilhaft sein, weil lukrative Prozeduren wiederholt werden können. Die Aufgaben der sozialen Entlassungsvorbereitung stehen jedoch erneut an, ohne daß für sie mehr an Ressourcen — Geld und Personal — bereitgestellt wird.

Als Drittes ist die Veränderung der Funktion des Krankenhauses im Gesundheitswesen zu nennen (8). Die Kluft zwischen stationärer und ambu-

lanter Versorgung hat sich in den letzten Jahren eher vertieft, weil sich die Krankenhausmedizin immer ausschließlicher auf die Behandlung rein medizinischer Erscheinungen akuter Krankheitsepisoden und Unfälle reduziert. Gleichzeitig werden zunehmend mehr Abläufe im gesamten Gesundheitssystem von den Krankenhäusern gesteuert: Patientenströme werden gefiltert, verteilt und kanalisiert; ambulante Dienste werden von hier aus zugewiesen, und sogar die Belegung von Altenhilfeeinrichtungen erfolgt oft nur unter Einschaltung der Krankenhäuser.

Veränderte Aufgaben

All diese Veränderungen determinieren das Aufgabenspektrum der Krankenhaussozialdienste:

○ Für viele der „typischen“ Klienten, besonders für die betagten Patienten, müssen die Sozialdienste für die Zeit nach der Entlassung Alltagshilfen sicherstellen, die das oft ausgedünnte informelle soziale Netz nur bedingt zur Verfügung stellen kann. Immer mehr ihrer Klienten — und deren Angehörige — sind auf das lebenslange Dasein mit chronischer Erkrankung vorzubereiten.

○ Die Ausweitung der an die Sozialdienste herangetragenen Probleme und das Anwachsen des Bedarfs an sozialer Unterstützung als Folge chronischer Erkrankungen führen dazu, daß die Sozialdienste für den einzelnen Patienten mehrere Helferkreise aktivieren müssen. Benötigt werden unterschiedliche Maßnahmen der institutionalisierten Versorgung und auch die informellen Helfer.

○ Für Hilfen bei Langzeiterkrankungen der Klienten müssen die Sozialdienste umfassende administrative Prozeduren einleiten und zahlreiche Anträge stellen. Außerdem fallen diese Aufgaben wegen repetitiver Krankenhausaufenthalte bei vielen Patienten immer von neuem an.

○ Die Sozialarbeiter im Krankenhaus sind die einzigen, die für alle sozialen und sozialökologischen Belange der Patienten, inklusive ihrer ökonomischen und administrativen Begleiterscheinungen, zuständig sind. Diese Belange haben sie in einer Institution zu bearbeiten und gegenüber Berufsgruppen zu vertreten, die diese jedoch als Störung begreifen und sich eigentlich für sie nicht verantwortlich fühlen.

○ Die Krankenhaussozialdienste haben

eine Brückenfunktion. Sie sind die Instanz im Krankenhaus, die sehr stark außenorientiert sein muß, weil sie die Verzahnung der stationären mit der ambulanten Versorgung praktisch herstellt und dieses in einer Institution, die weitgehend insular arbeitet und deren Arbeitsweise in hohem Maße binnenorientiert ist.

○ Die Sozialdienste stehen faktisch im Dienst des Wirtschaftsbetriebs Krankenhaus. Gerade im Hinblick auf die versorgungsbedürftigen Patienten sind sie diejenigen, die ein effizientes „Betten-frei-Machen“ erst ermöglichen. Je erfolgreicher sie ihre Tätigkeit wahrnehmen, je rascher sie also in der Lage sind, die gesamte Fülle der erwähnten Probleme im Einzelfall zu regulieren, desto besser tragen sie den wirtschaftlichen Erfordernissen des Krankenhauses Rechnung. Je mehr sie sich diesen aber verschreiben, desto mehr folgen sie beruhsfremden Handlungskriterien und verlieren sozialarbeiterische Ziele und auch die Orientierung am Wohl der Patienten aus dem Blick. Im Alltag sind ihnen daher Gratwanderungen abverlangt: müssen sie stets aufs neue widersprüchliche Anforderungen gegeneinander abwägen.

Arbeitsweisen und Methoden

Das veränderte Aufgabenspektrum ist auch für die Wahl des methodischen Instrumentariums bestimmend, das jedoch — wie der methodische Diskurs überhaupt — in der Sozialarbeit unterentwickelt ist.

Zentrale Bedeutung kommt der Ressourcenarbeit zu. Gemeint ist die Aufdeckung und Förderung von — nicht offensichtlichen — Ressourcen, die der sozialen Krankheitsbewältigung dienlich sind. Dazu gehören sowohl individuelle Ressourcen als auch solche des sozialökologischen Umfelds, des informellen sozialen Netzes und des organisierten wie informellen Versorgungssystems. Praxisanalysen zeigen, daß Sozialarbeiter sich nicht umfassend genug über die Angebote des Versorgungssystems informieren (4). Sie tendieren dazu, unsystematisch zu arbeiten und angesichts des Drucks des Alltags den Weg des geringsten Widerstands zu wählen. Leicht übersehen sie wichtige Ressourcenpotentiale, vor allem auch solche, die sich erst aus der Vernetzung von informellen und institutionalisierten Beziehungskreisen ergeben würden. ►

Nicht minder wichtig sind Versorgungsmanagement und Beratung. Die Zuweisung von Versorgungsmaßnahmen stellt eine wichtige Aufgabe sozialer Arbeit im Krankenhaus dar. In der Praxis wird sie oft als bürokratische Tätigkeit begriffen, weil sie viele administrative Anteile enthält. Deshalb geben manche Sozialarbeiter der psychosozialen Beratung, meist in ihrer therapeutisierenden Variante, den Vorzug. Dabei gerät in Vergessenheit, daß Beratung hier der sozialen Krankheitsbewältigung und nicht vorrangig der individuellen Krankheitsverarbeitung dient. Sie muß folglich als Sozialberatung konzipiert werden, deren Ziel die Suche nach Möglichkeiten der sozialen Unterstützung und Fremdhilfe ist. Fremdhilfe in bestimmten Bereichen kann in anderen Fähigkeiten und Kompetenzen zur selbstbestimmten Lebenspraxis freisetzen.

Versorgung zu managen, das heißt vielschichtige Verfahrensweisen anzuwenden. Das beginnt damit, daß die Sozialarbeiter sich umfassend über den Fall informieren müssen, denn in der Regel erhalten sie von Ärzten nur bruchstückhafte Informationen. Sie führen deshalb bei der Kontaktaufnahme mit dem Patienten eine Sozialanamnese durch, versuchen sich ein Bild vom sozialen Bedingungsgefüge und den individuellen Besonderheiten des Falls zu machen und die erforderlichen Unterlagen einzuholen. Auf der Basis dieser Anamnese wird dann die Versorgung konzeptualisiert und geprüft,

• welchen Beitrag Angehörige und Bekannte für die Versorgung leisten können, wie tragfähig und verlässlich ihre Hilfeleistungen sind und welcher organisatorischen Unterstützung sie bedürfen,

• welche Dienste der organisierten Versorgung mobilisiert und welche anderen Schritte zu unternehmen sind.

Weicht die Einschätzung der Sozialarbeiter von den durch die Ärzte vorgeschlagenen Maßnahmen ab, werden Abstimmungsprozesse notwendig. Hier schließen sich administrative Tätigkeiten an. Es geht darum, entsprechende Anträge zu stellen und dafür zu sorgen, daß sie möglichst rasch bearbeitet werden. Das funktioniert nur, wenn Kooperationsbeziehungen zu den entsprechenden Institutionen hergestellt werden.

Die Beantragungsprozeduren sind keineswegs rein bürokratischer Natur, sondern eine Vernetzung organisierter

Versorgungsangebote. Zudem müssen Strategien entwickelt werden, um strukturelle Insuffizienzen des Versorgungssystems im Einzelfall zu überwinden oder zu umgehen. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, daß die Klientel der Sozialdienste mehrheitlich unter chronischen Erkrankungen leidet und langfristige Unterstützung benötigt. Die meisten Maßnahmen stehen jedoch nur kurzfristig zur Verfügung, weil fast alle Einrichtungen des Gesundheitswesens auf Akuterkrankungen ausgerichtet sind. Deshalb muß Versorgungsmanagement im unmittelbaren Sinn des Wortes betrieben werden, und das schließt ein, daß inner- und außerinstitutionelle Barrieren ausgeräumt werden.

Erwähnt sei nochmals die Aufgabe der Vernetzung, die ein bedeutendes Verfahren darstellt. Fast bei jedem Fall müssen Sozialarbeiter Verknüpfungsleistungen vornehmen, Hilfeleistungen koordinieren, einzelne Unterstützungsmaßnahmen aufeinander abstimmen, die Beziehungen zwischen den verschiedenen Helferkreisen in und außerhalb des Krankenhauses fördern, tragfähige Kooperation mit den ambulanten Versorgungseinrichtungen herstellen. Auch „Angehörigenarbeit“ gehört dazu, weil chronisch kranke Patienten für die Familienmitglieder ein schwieriges Problem darstellen. Ihnen fällt es nicht leicht, realistisch einzuschätzen, was der Kranke selbst kann, wo er der Hilfen bedarf und wie diese strukturiert sein müssen, damit sie autonomiefördernd wirken. Sozialarbeitern obliegt es, Angehörige zu motivieren, daß sie die Rolle als Vermittler zwischen Kranken und professioneller Versorgung einnehmen. Sozialarbeiter sorgen dafür, daß Angehörige im Krankenhaus keine Störfaktoren sind, sondern als Helfer akzeptiert und sogar auf die künftigen Aufgaben vorbereitet werden.

Sichtbare Konflikte zwischen informellen und professionellen Helfern können Sozialarbeiter oft nicht bearbeiten, sondern ausschalten, damit informelle und formelle Hilfen ein funktionales und integriertes Verbundsystem von Unterstützungsmaßnahmen ergeben. Diese Verknüpfungsfunktionen setzen sowohl methodische Vielfalt wie auch methodisches Geschick voraus. Denn allzu leicht besteht die Gefahr, durch professionelle Intervention unbeabsichtigt Klientelisierungen informeller Helfer hervorzurufen. Auch Versuche zur Behebung scheinbarer Insuffizienzen informeller Netze sollten von den Sozial-

arbeitern vermieden werden, weil sie über kurz oder lang jenes Potential zerstören, das eigentlich gefördert werden sollte.

Als letztes soll darauf hingewiesen werden, daß Methoden der Aushandlung eine wichtige Rolle spielen. Eine Vielzahl der im Rahmen der Versorgungsorganisation anfallenden Vorgänge sind zwar bürokratisch reguliert, müssen aber im Alltag fast immer flexibilisiert werden, damit das Prozedere der Versorgungsorganisation nicht Wochen und Monate in Anspruch nimmt und damit Patienten individuell angemessene Hilfen erhalten. So dauert beispielsweise die Beantragung eines Platzes in Altenhilfeeinrichtungen meist Wochen, zuweilen sogar Monate und mündet oft in einem Platzangebot, das nicht dem Bedarf des Patienten entspricht. Deshalb müssen Sozialarbeiter unkonventionelle Wege beschreiten und durch Aushandlung schnellere Abwicklungen oder Sonderlösungen erwirken. Solche Aushandlungen setzen neben Versorgungsexpertentum auch kommunikative und soziale Kompetenzen voraus.

Nicht wesentlich anders stellt sich die Situation in bezug auf institutionsinterne Probleme dar. Aufgrund ihrer Problemsicht, die von der Perspektive des Krankenhauses abweicht, sind die Sozialdienstmitarbeiter vielen Mißverständnissen ausgesetzt. Stets aufs neue müssen sie aufgabenangemessene Handlungsbedingungen erstreiten und restriktive Übergriffe abwehren. Auch dazu benötigen sie Aushandlungsvermögen, also entsprechende kommunikative Kompetenzen und auch professionelle Standfestigkeit.

Resümee

Generell zeigt ein Blick auf die Berufspraxis, daß eine systematische und methodisch fundierte Wahrnehmung der Aufgaben selten erfolgt. Große methodische Unsicherheit stellt keine Ausnahmerecheinung dar.

Vielerorts herrscht Ratlosigkeit, geht es um die Frage, wie die bestehenden Aufgaben zielgerecht anzugehen und umzusetzen sind. Diese Unsicherheit darf freilich dem einzelnen Sozialarbeiter nicht angelastet werden. Sie ist vielmehr Resultat der unzureichenden Qualifizierung und eines theoretischen Diskurses, in dem vorwiegend aktuellen Modeströmungen gefolgt und die Methodenentwicklung vernachlässigt wird.

Die Praxis zeigt eindringlich, daß es einer Kurskorrektur bedarf. Nicht zuletzt weisen darauf auch die immer zahlreicher werdenden Modellversuche im Krankenhaus hin (9), in denen am Sozialdienst vorbei neue Dienste aufgebaut und sozialarbeiterische Aufgaben zusehends häufig anderen Berufen angetragen werden.

Wollen die Sozialdienste zukünftig keine Einbußen und Einschränkungen ihres ehemals begrenzten Handlungsspielraums hinnehmen und Ressourcen, die diesen neuen Diensten zukommen, für sich selbst reklamieren, muß die Sozialarbeit im Krankenhaus – die als Stiefkind der sozialen Arbeit angesehen und auf theoretischer Ebene weitgehend nicht thematisiert ist – theoretisch fundiert und durch bessere methodische Kompetenz ausgestattet werden.

Anmerkungen

(1) Oppl, H. (1986): Der „ganzheitliche“ Ansatz in der Sozialarbeit – Probleme und Perspektiven. In: Oppl, H./Weber-Falkensammer, H. (Hrsg.): „Ganzheitliche“ Arbeit im Gesundheitswesen. Ansätze, Aufgaben, Rahmenbedingungen. Frankfurt am Main, Berlin, München: Diesterweg, S. 9-25.

(2) Eyferth, H.; Otto, H.-U., Thiersch, H. (1984): Handbuch zur Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Neuwied, Darmstadt: 1984.

(3) Seidensticker, R. (1986): Probleme und Hürden des Praxisalltags im Sozialdienst am Krankenhaus. In: Oppl, H./Weber-Falkensammer, H. (Hrsg.): „Ganzheitliche“ Arbeit im Gesundheitswesen. Ansätze, Aufgaben, Rahmenbedingungen. Frankfurt am Main, Berlin, München: Diesterweg, S. 46-55.

(4) Garms-Homolová, V./Schäffer, D. (1990): Strukturprobleme sozialarbeiterischen Handelns im Krankenhaus. Kiepenarbeit versus Beratung. Neue Praxis, 20, Heft 2, S. 111-124.

(5) Gerhard, U. (1986): Patientenkarrieren. Eine medizinsociologische Studie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

(6) AG Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte an der FU Berlin und Interdisz. AG für Angewandte Soziale Gerontologie an der GH Kassel (Hrsg.) (1991): Alte Menschen in der Stadt und auf dem Lande. Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Bd. 82, Berlin: DZA, 251 S.

(7) Rehr, H. (1982): Social Work and Medicine At Mount Sinai: Then and Now. In: Rehr, H. (Ed.): Milestones in Social Work and Medicine. Social Health Care Concepts. New York: Prodist, S. 42-59.

(8) Garms-Homolová, V./Schäffer, D. (1989): Die Bedeutung des Krankenhauses für die Versorgung alter Menschen. In: Deppe, H.-U., Friedrich, H./Müller, R. (Hrsg.): Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung. Frankfurt am Main, New York: Campus, S. 119-133.

(9) Diel, F./Rost, S. (1991): Case Management. Psycho-sozial-medizinische Koordination und Beratung für ambulante geriatrische Rehabilitation. Projektbericht. Berlin: Ärztekammer, Manuskript, 27 S. und Anhang.

„Wir müssen zurückkehren zu integrativen und mehrdimensionalen Denkweisen“

Umfrage der Blätter der Wohlfahrtspflege zu Stand und Perspektiven der Methoden beruflicher Sozialarbeit

1. Frage: Zur professionellen Sozialarbeit gehört methodisches Arbeiten. Wie weit sehen Sie methodisches Arbeiten in der Praxis bundesdeutscher Sozialarbeit bereits verwirklicht?
2. Frage: Welche Entwicklung soll methodisches Arbeiten in der beruflichen Sozialarbeit Ihrer Meinung nach nehmen?
3. Frage: Was muß Ihrer Ansicht nach getan werden, um methodisches Arbeiten in der professionellen Sozialarbeit weiterzuentwickeln?

Dietmar Freier

1. Das methodische Arbeiten kommt in der deutschen Sozialarbeit zu kurz. Ein Grund dafür ist offensichtlich der Handlungsdruck und der Zeitmangel in der täglichen Arbeit. Die Sozialarbeit hat praktisch viele Aufgaben übernommen, innerhalb derer methodisches Arbeiten im eigentlichen Sinne weniger gefragt und im Zeitbudget auch nicht eingeplant ist. In vielen Arbeitsgebieten sind gleichzeitig aber auch Hilfen zu leisten, die methodisches Arbeiten erfordern. Es entsteht der Eindruck, daß die erstgenannten Aufgaben oft zu wenig Zeit lassen für die notwendige intensivere, methodische Arbeit bei den letztgenannten Hilfen. Darüber hinaus werden die Erfordernisse methodischen Arbeitens bei den Trägern der sozialen Arbeit unterschätzt und im Zeitbudget zu gering veranschlagt. Hierbei ist auch die Frage zu stellen, ob es der deutschen Sozialarbeit gelungen ist, die Notwendigkeiten und die Chancen des methodischen Arbeitens in der sozialen Arbeit genügend zu verdeutlichen. Die Frage, ob in der Ausbildung die Fähigkeiten für methodisches Arbeiten ausreichend vermittelt werden, kann sicher so allgemein nicht beantwortet werden. Die eingeschränkten Anwendungsmöglichkeiten in der Praxis dürften sich entsprechend in der Ausbildung auswirken.

2. Nur wenige Arbeitsgebiete in der deutschen Sozialarbeit sind so zugeschnitten, daß methodisches Arbeiten in reiner Form als alleiniger Inhalt des Aufgabengebietes bestimmt, also gewissermaßen institutionell verankert ist. Es

gibt beispielsweise kaum Arbeitsgebiete mit dem Etikett Gemeinwesenarbeit oder Case Management; die Chancen für die Einrichtung derart spezialisierter Arbeitsgebiete sind gering. In der praktischen Sozialarbeit ist es jedoch an sehr vielen Stellen notwendig und auch möglich, einzelne Elemente dieser Arbeitsmethoden einzusetzen, sie also funktional anzuwenden. Die meisten Arbeitsgebiete erfordern zumindest partiell den funktionalen Einsatz methodischen Könnens in der täglichen Arbeit. Hier müssen künftig Entwicklungen ansetzen.

3. Dementsprechend gilt es, bei der Gestaltung der Arbeitsgebiete die Möglichkeiten für den funktionalen Einsatz methodischen Könnens gezielt zu verbessern, in der täglichen Arbeit die Chancen dafür bewußter wahrzunehmen und den Blick für eben diese Chancen zu schärfen. Bezüglich einer entsprechenden Gestaltung der Arbeitsgebiete wird man in erster Linie an eine allgemeine Erweiterung des Zeitbudgets denken. Es sollte allerdings auch geprüft werden, inwieweit spezielle Arbeitsgebiete eingerichtet werden können, die ein intensiveres, methodisches Arbeiten bei bestimmten Hilfen ermöglichen, und zwar durch Entlastung von anderen Aufgaben oder durch deutlich geringere Fallzahlen und gegebenenfalls durch zusätzliche Weiterbildung. Schließlich muß auch daran gedacht werden, die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen durch Assistentenberufe so weit zu entlasten, daß ihnen für methodisches Arbeiten die erforderliche Zeit bleibt. Die richtigen Schnittstellen dafür zu finden, sollte nicht unmöglich sein. Das sind heiße Eisen, aber eine befriedigende Lösung