

Vjenka Garms-Homolová/Doris Schaeffer

Strukturprobleme sozialarbeiterischen Handelns im Krankenhaus

Kiepenarbeit versus Beratung

»Kiepenarbeit« und »Beratung« – hinter diesen beiden Begriffen verbergen sich unterschiedliche Konzepte sozialpädagogischer Arbeit im Krankenhaus, doch gleichermaßen auch zwei unterschiedliche Pole, an denen sich die Strukturprobleme der um ihre Professionalisierung bemühten Sozialarbeit in diesem Handlungsfeld manifestieren. Mit »Kiepenarbeit« meinen die Sozialarbeiter administrative Tätigkeiten und charakterisieren damit zugleich die (Ver-)Bürokratisierung ihres Handlungsfeldes, in dem soziale Arbeit zum Teil soweit formalisiert ist, daß sie auf die Bearbeitung von »Vorgängen« in einer eigens dafür vorgesehenen Kiepe reduziert ist. Unter »Beratung« verstehen sie hingegen die kommunikative Unterstützung, mit der bei autonom nicht lösbaren lebenspraktischen Problemen Hilfestellung geleistet werden soll. Im Gegensatz zur »Kiepenarbeit« wird sie als die eigentliche Aufgabe angesehen und als konstitutiv für eine »genuine Sozialarbeit« befunden. Im Berufsalltag geraten diese beiden Pole in einen spannungsvollen Gegensatz und nicht selten erzwingen die Handlungsbedingungen vor Ort eine Gewichtsverlagerung, die den Möglichkeiten einer professionellen Sozialarbeit und damit auch einer Professionalisierung Grenzen setzt.

1. Problemstellung

Im Zuge des sozialstaatlichen Reformschubes in den 70er Jahren kam es zum beachtlichen quantitativen Ausbau der Sozialarbeit und sozialpädagogischen Arbeitsfelder.^{1*} Auch die soziale Arbeit im Gesundheitswesen unterlag einer raschen Expansion und dieses nicht allein in neu entstehenden, sondern auch in traditionellen Versorgungsbereichen. So wurden seither beispielsweise Krankenhausgesetze verabschiedet, die in mehreren Ländern neben ärztlicher und pflegerischer Betreuung auch die Einrichtung sozialer Dienstleistungen für Krankenhauspatienten regeln. Und trotz der Tatsache, daß die »Gesundheitsfürsorge« und der »Fürsorgedienst im Krankenhaus« (Reinicke, 1986) seit jeher zu den traditionsreichsten Gebieten der sozialen Arbeit gehören (Mehs/Glatzel, 1978; Viefhues et al., 1986), hielt die Sozialarbeit erst damit auf breiter Basis Einzug in diese eminent wichtige Institution des Gesundheitswesens. In anderen Handlungsfeldern ist die Entwicklung vergleichbar und trägt – etwa im Bereich der Jugendarbeit – ebenfalls Züge einer explosionsartigen Expansion.

Diese Situation bildet den Hintergrund für die parallel seither lebhaft geführte Diskussion über die Professionalisierbarkeit der sogenannten »neuen« Professionen (Mok, 1969)², insbesondere auch der Sozialarbeit (z. B. Etzioni, 1969, Dewe/Otto, 1984, Dewe et al., 1986; Olk, 1986; Sahle, 1987 etc.) – eine Debatte, die seit geraumer Zeit dazu tendiert, unüberschaubar und verwirrend zu werden, zumal sie in erheblicher Distanz zu den Handlungsfeldern der Sozialarbeit geführt wird und sich vielfach materialferner Argumentationen (Hildenbrand, 1989) bedient. Zudem verfährt diese Diskussion selektiv und läßt – dieses ist ebenfalls zu kritisieren – bestimmte Arbeitsfelder der Sozialarbeit und die ihnen eigenen Probleme nahezu unbeachtet. Dazu gehören erstaunlicherweise die Gebiete »Gesundheit« und »Alter«. Sie repräsentieren die Stiefkinder dieser Auseinandersetzung, die sich auf Tätigkeitsgebiete mit einem größeren Maß an fachinterner und gesellschaftlicher Visibilität konzentriert. Die Gründe dafür liegen u. a. darin, daß sich in diesen beiden Bereichen die Transformation von der Fürsorge zur Sozialarbeit (Olk/Otto, 1985) noch nicht in Gänze vollzogen hat. Im Gesundheitswesen und speziell im Krankenhaus zeigt die soziale Arbeit bis heute Züge der alten Fürsorge (Bollinger/Hohl, 1981). Das Gleiche gilt auch für die Altenarbeit, die sich erst seit Anfang der 60er Jahre zu einem eigenständigen Aufgabenbereich entwickelte und die bis dahin allenfalls als Pflege existierte

* Anm. s. S. 121.

(Hummel, 1985; Schmidt, 1986). Andere Gründe liegen in dem hohen Grad an Institutionalisierung und Bürokratisierung dieser Handlungsfelder sowie in der geringen Autonomie der Sozialarbeit und damit in Phänomenen, die einer Professionalisierung von vornherein Grenzen setzen, denken wir hier etwa an den Antagonismus von Profession und Bürokratie (Dewe et. al., 1986). An dieser Stelle scheint ein wesentliches Charakteristikum dieser Diskussion durch: trotz entgegengesetzter Beteuerung unterliegen ihr vielfach berufspolitische Ambitionen und die Erörterung von Fragen der Professionalisierbarkeit sozialarbeiterischen Handelns folgt oft dem Interesse, die Professionalisierung selbst voranzutreiben. Dieses ist freilich keine Besonderheit. Ähnliches trifft auch für den professionssoziologischen Diskurs in anderen Bereichen zu, so beispielsweise in der Psychologie oder der Erwachsenenbildung (Schaeffer, 1990).

Wird jedoch die Frage der Professionalisierbarkeit ernst genommen, so eröffnen diese als unattraktiv angesehenen Handlungsfelder die Möglichkeit, Probleme zu analysieren, die für sozialarbeiterisches Handeln insgesamt kennzeichnend sind, sich aber gerade in diesen Bereichen verschärft manifestieren. An erster Stelle sind hier jene, der Ausübung professioneller Tätigkeit in bürokratisch strukturierten Arbeitsfeldern immanenten Probleme zu nennen, die sich – wie ein Blick auf die Veränderungen im professionellen Komplex zeigt – in der aktuellen Situation verstärken und generell für professionelles Handeln an Bedeutung gewinnen.

Auch unsere Ausführungen sind diesen Problemen gewidmet. Den Ausgangspunkt bildet die soziale Arbeit im Krankenhaus. Am konkreten Datenmaterial analysieren wir, wie die Sozialarbeiter ihren Handlungsrahmen und die in ihm angelegten Spielräume deuten, von welchem professionellen Selbstverständnis sie geleitet werden und wie sie ihre Aufgabe wahrnehmen.

2. Institutionelle Rahmenbedingungen und ihre Auswirkung auf die Berufspraxis

Soziale Arbeit ist im Krankenhaus in Form des Sozialdienstes institutionalisiert. Durch den Einsatz von Sozialarbeitern ergänzt das Krankenhaus »die ärztliche und pflegerische Versorgung auf Wunsch des Patienten durch persönliche Hilfe und durch Maßnahmen, die sich auf seine soziale Situation beziehen, mit dem Ziel, durch Krankheit oder Behinderung gestörte Beziehungen des Patienten zu Familie, Beruf und Gesellschaft zu normalisieren sowie den Patienten in allen sozialen Fragen zu beraten und bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen« (Senator für Justiz, 1985, § 12, Abs. 2)³. Zu den wesentlichen Aufgaben des Sozialdienstes gehört: »... die Unterstützung des Patienten im Zusammenhang mit seiner Entlassung aus der stationären Behandlung einschließlich der Vorbereitung nachgehender Betreuung und solcher Maßnahmen, die die soziale und berufliche Rehabilitation fördern« und »die Vermittlung von notwendigen Verlegungen, z. B. in Krankenhäuser bzw. Abteilungen für Chronischkranke, in Senioren- oder Krankenhäuser oder gleichartige Einrichtungen« (Senator für Gesundheit und Umweltschutz, 1977: 133).

Somit hat der Sozialdienst eine zentrale Bedeutung als Zuweisungsinstanz (Garms-Homolová et. al., 1987). Er realisiert praktisch die Distributionsfunktion (Garms-Homolová, 1988), die dem Krankenhaus als Versorgungsknotenpunkt (Schaeffer, 1986) obliegt, denn hier werden im Sinne einer Schaltstelle die Weichen über das weitere Versorgungsschicksal der Patienten gestellt (ebenda).

Zur Klientel des Sozialdienstes gehören Patienten aller Altersklassen und aller Abteilungen des Krankenhauses. Sein Hauptklientel aber sind alte Patienten, die den überwiegenden Anteil der Patientenpopulation im Krankenhaus und vor allem die Mehrheit jener Patienten ausmachen, bei denen nach dem Krankenhausaufenthalt eine Weiterbehandlung oder pflegerische und soziale Versorgung erforderlich wird⁴. Die Einleitung solcher Maßnahmen veranlaßt der Sozialdienst – freilich gemäß ärztlicher Anordnung. Wenn also abzusehen ist, daß ein Patient im

Anschluß an den Krankenhausaufenthalt Hilfen benötigt, die nicht automatisch vom informellen und sozialen Netz erbracht werden können, wird der Sozialdienst tätig. Dann schaltet er das organisierte Versorgungssystem ein, erschließt den formalen Zugang und ebnet auf diese Weise den Weg zu den entsprechenden Versorgungsinstanzen oder regelt und vermittelt die Hilfe im informellen sozialen Netz. Dabei handelt der Sozialdienst ausschließlich weisungsgebunden, denn de facto ist er ein Implementationsinstrument, das von den Ärzten gesteuert wird.

Will man die Probleme sozialer Arbeit im Krankenhaus verstehen, ist es erforderlich, sich ein hier sichtbar werdendes konstitutives Merkmal der sozialen Organisation dieses Handlungsfeldes zu vergegenwärtigen. Der Sozialdienst ist zwischen zwei fachfremde, seine Autonomie restringierende Instanzen eingebunden. Zum einen sind die Sozialdienstmitarbeiter den hierarchisch höher positionierten Ärzten unterstellt und führen deren Entscheidungen aus. Organisatorisch aber gehören sie nicht zum medizinischen Personal, sondern sind der Verwaltung und Betriebsführung zugeordnet. Ihre Tätigkeit unterliegt den effizienzgebundenen Kriterien der Krankenhausadministration und kann sich daher nicht an professionseigenen Kontrollkriterien orientieren. Betrachtet man die alltägliche Handlungspraxis der Sozialdienste, so sind damit bereits zwei zentrale Problembereiche genannt, an denen sich die Mitarbeiter dieser Stellen immerfort reiben, ohne jedoch – wie sich in unseren Ausführungen zeigen wird – deren wirkliche Tragweite erkannt zu haben.

Im Krankenhausalltag sind die Sozialdienstmitarbeiter stets erheblichem Druck seitens dieser beiden Instanzen – der Krankenhausverwaltung und der Ärzte – ausgesetzt. Beide erwarten vom Sozialdienst, daß er bei Bedarf die Entlassung der Patienten unverzüglich realisiert und so ein »effizientes Bettenfreimachen« gewährleistet. Dieser Druck überfordert die Sozialdienstmitarbeiter, so daß sie sich hoffnungslos überlastet fühlen. Sie beklagen, daß ihrer Tätigkeit wenig Verständnis entgegengebracht wird, sei es von den Ärzten oder aber von den Krankenhausverwaltungen, die den Stellenschlüssel unterschreiten oder den vorhandenen Stellenpool entfremden und für andere Aufgabenbereiche nutzen. Zudem werden die Sozialdienste von der Verwaltung als (überflüssiger) Kostenfaktor betrachtet. Deshalb pocht die Klinikverwaltung darauf, daß der Sozialdienst seine Zeit »nicht verquatscht«, sondern in sichtbare und abrechenbare Ergebnisse einfließen läßt: Dienste vermittelt und dieses in Form von ausgefüllten Formularen als sichtbares Produkt dokumentiert. Aus dem gleichen Grund wird den Sozialarbeitern zufolge der Stellenplan für die Sozialdienste so knapp wie möglich bemessen⁵, was die dort tätigen Mitarbeiter de facto genau zu jenem Verhalten zwingt, das von der Krankenhausverwaltung erwartet und gewünscht wird. Zugleich aber führen die Personalengpässe aus der Sicht der Sozialdienste dazu, daß der sozialen Arbeit im Krankenhaus stets ein provisorischer Charakterzug erhalten bleibt.

Jene Sozialdienstmitarbeiter, die über eine sozialarbeiterische Qualifikation verfügen⁶, konstatieren, daß es schwierig ist, die Bedingungen ihrer Tätigkeit verbessern zu wollen. Weder wird die Anzahl der Stellen aufgestockt, noch halten sie es für möglich, den eigenen Handlungsspielraum zu erweitern. Allein die stetige Zunahme des Aufgabenvolumens steht dem entgegen. Auch die problematische Einbindung zwischen Ärzten und Krankenhausverwaltung und die von ihnen ausgehenden Vereinnahmungsbemühungen beschränken den Spielraum der Sozialdienste und führen dazu, daß Autonomieansprüche nur schwer oder gar nicht durchsetzbar sind. Aus diesem Grund – so die Schlußfolgerung – bedarf der Sozialarbeiter im Krankenhaus eines spezifischen Persönlichkeitsprofils. Er muß, faßt man eine von ihnen zusammen, »von seiner Persönlichkeit so strukturiert sein, daß er also den Leuten pendant bieten kann«. Mit anderen Worten: er muß trotz der schwierigen restriktiven Umstände eigene Ansprüche geltend machen können und in der Lage sein, der Verwaltung und vor allem den Ärzten mit kontrastierenden Einschätzungen entgegenzutreten. Die Durchsetzungsmöglichkeit sozialarbeiterischer Anliegen hat also aus seiner Sicht wenig mit professioneller Kompetenz gemein. Sie ist vielmehr von den individuellen, persönlichkeitspezifischen Eigenschaften des einzelnen Sozialarbeiters abhängig (vgl. auch Sahle, 1987). Diese entscheiden darüber, ob er in der Lage ist, den

erforderlichen Handlungsspielraum und die entsprechende Autonomie in kontinuierlicher Kleinarbeit vor Ort zu erkämpfen.

Sozialdienstmitarbeiter, die nicht über die Qualifikation als Sozialarbeiter verfügen, schätzen das institutionelle Bedingungsgefüge ihrer Tätigkeit gänzlich anders ein. Sie akzeptieren meist unhinterfragt, »zuarbeitende« Kräfte zu sein und versuchen, sowohl dem Willen des Arztes als auch den Anforderungen der Verwaltung gerecht zu werden. Eigene Falleinschätzungen und entsprechende divergente Handlungsvorstellungen machen sie so gut wie gar nicht geltend.

An dieser Stelle wird eine Besonderheit der personellen Situation der Sozialdienste offenkundig. In manchen Krankenhäusern bestreiten bis heute Pflegekräfte oder Verwaltungsfachleute die Aufgaben des Sozialdienstes. Sie werden nach und nach durch graduierte Sozialarbeiter ersetzt. In den meisten Krankenhäusern haben die Sozialarbeiter bereits die fachfremden Mitarbeiter abgelöst. In anderen Kliniken hingegen ist die Zusammensetzung der Sozialdienste bis heute gemischt geblieben. Hier begegnet uns eben jenes breite Spektrum an unterschiedlichen Qualifikationen, das auch in anderen Feldern der Sozialarbeit zu finden ist und das es nach Meinung vieler Autoren u. a. so schwierig macht, die Sozialarbeit als professionalisierbar zu begreifen (vgl. z. B. Cohen/Wagner, 1982).

3. Unterschiedliche Konzepte »genuiner« Sozialarbeit im Krankenhaus

Die Beschäftigung von unterschiedlich qualifizierten Mitarbeitern in den Sozialdiensten führt im Berufsalltag zu Widerstreitigkeiten. Jene Sozialdienstmitarbeiter, die über eine Ausbildung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge verfügen, betrachten nur sich selbst als wirklich kompetent für die Sozialdiensttätigkeit, zu der ihrer Ansicht nach gehört, sich im Geflecht der versorgenden Instanzen auszukennen, doch vor allem »Anwalt des Patienten« zu sein und beratend zu wirken. Den sogenannten fachfremden Mitarbeitern, d. h. den ehemaligen Krankenschwestern oder administrativen Kräften, attestieren sie dagegen, daß sie ihre Aufgabe einzig als Verwaltungstätigkeit auffassen, ohne freilich die Verwaltung »richtig handhaben« zu können. Ebenso schreiben sie ihnen zu, hierarchiehörig zu sein und dem Patienteninteresse zu wenig Gewicht beizumessen, einem traditionellen und überholten Verständnis von sozialer Arbeit zu gehorchen und in ihrer Tätigkeit »arztzentriert« zu sein. Letztgenanntes lehnen die graduierten Sozialarbeiter strikt ab, um nicht zum »Erfüllungsgehilfen des ärztlichen Willens« degradiert zu werden (Schaeffer, 1989). Übernehmen Sozialarbeiter ihre Stelle im Sozialdienst von solchen »fachfremden« Mitarbeitern, halten sie es für notwendig, dem Sozialdienst ein neues Image zu verleihen, eines, das auf einem »sozialpädagogischen« Selbstverständnis basiert (Meinhold, 1988a). Denn ihrer Auffassung nach hat »Krankenhausfürsorge . . . eigentlich . . . Beratung von Patienten, Hilfe bei der Bewältigung ihrer Probleme familiärer Art und gesundheitlicher Art und und und . . .« zur Aufgabe. Sie sollte Autonomieeinbußen entgegenwirken bzw. sie durch Hilfen kompensieren und hat gerade bei psychosomatischen Erkrankungen und psychosozialen Konfliktlagen zur Anwendung zu kommen. Genuine Sozialarbeit besteht also in erster Linie in Beratung. Erst am Ende einer solchen Beratungsarbeit darf als Resultat der Vermittlungsprozeß stehen.

Doch sieht der Alltag anders aus. Dort, so wird bedauert, stehen diese Vermittlungstätigkeiten im Vordergrund. Im Alltag dominiert also die »Kiepenarbeit« und »keine qualifizierte sozialpädagogische Tätigkeit«. Mit »Kiepenarbeit« sind administrative Aufgaben und Verwaltungsarbeiten gemeint, die aus der Perspektive der Sozialarbeiter eine Verfremdung der »eigentlichen sozialpädagogischen Tätigkeit« darstellen, weil persönliche Interventionen und Empathie von bürokratischen Vorgängen überlagert werden.

Die älteren, fachfremden und eher fürsorgerisch orientierten Sozialdienstmitarbeiter halten nichts von diesem, nach ihrer Meinung therapeutisierenden Berufsverständnis. Sie sehen in der Verwaltungs- und Vermittlungstätigkeit eine genuine Aufgabe sozialer Arbeit im Krankenhaus.

Sie identifizieren sich mit dem institutionellen Kontext und akzeptieren die Bedingungen ihres Handlungsfeldes als gegeben. Meist sind sie sogar in der Lage, trotz der restriktiven Umstände freie Handlungsspielräume zu finden.

Dieser Gegensatz zwischen Beratungsarbeit auf der einen und Vermittlungs- und Verwaltungsarbeit auf der anderen Seite kennzeichnet generell das Spektrum sozialer Arbeit im Krankenhaus.

4. Handeln zwischen konfligierenden Anforderungen

Wenn die Sozialdienstmitarbeiter ihren Berufsalltag schildern, fällt auf, daß trotz des divergenten Bildes vom Arbeitsfeld Einigkeit in der Einschätzung der Bedeutung des Sozialdienstes besteht. Aus dieser Tatsache beziehen sie eine gewisse Machtposition im Krankenhaus. Diese wird dadurch begünstigt, daß der reibungslose Transfer von Patienten eine lebenswichtige Funktion für das Krankenhaus hat. Und eben dieser Transfer – die Verlegung/Entlassung der Patienten – bedarf der Mitwirkung des Sozialdienstes und das um so mehr, je problematischer sich der einzelne Fall präsentiert. In unterschiedlichster Weise wird diese Machtposition genutzt – sei es, um die Kooperation mit den Ärzten zu steuern und zu demonstrieren, daß ohne den Sozialdienst »nichts geht« oder um der Verwaltung zu zeigen, daß Sozialarbeiter eben doch keine »Verwaltungsangestellten mit sozialem Touch« sind, sondern ein eigenständiges Aufgabenfeld vertreten oder gar um zu beweisen, daß sie es sind, die praktisch die Weichen für das weitere Versorgungsschicksal der Patienten stellen.

Im alltäglichen Betrieb des Krankenhauses (vgl. Senator für Justiz, 1985 und Senator für Gesundheit und Umweltschutz, 1977) wird der Sozialdienst erst zu dem Zeitpunkt in das Geschehen eingeschaltet, wenn ärztlicherseits die Entlassung oder Verlegung des Patienten vorbereitet und die »Nachpatientenphase« (Goffman, 1973) eingeleitet wird. Diese Praxis kritisieren viele Sozialdienste. Sie halten diesen Zeitpunkt für zu spät und möchten früher in Kontakt zu dem Patienten treten.

Die Gründe sind pragmatischer Natur: Ein frühzeitiger Kontakt mit dem Patienten ermöglicht auch eine frühzeitige Einleitung von Versorgungsmaßnahmen, so daß ein Patientenstau im Krankenhaus vermieden werden kann. Zwar wird auch die Notwendigkeit geltend gemacht, sich Informationen beschaffen zu müssen von dem Patienten, »von dem wir überhaupt nichts kennen, von dem wir nichts wissen«, doch dient die rechtzeitige Kontaktaufnahme in erster Linie zur Verminderung des Drucks, der der Entlassungssituation innewohnt und zur Ausdehnung des zeitlichen Handlungsrahmens. Je länger die zur Verfügung stehende Zeit ist, desto größer sind auch die Chancen, eine problemadäquate Versorgung arrangieren und den Patienten angemessen darauf vorbereiten zu können. Hier wird eine weitere Funktion der frühzeitigen Kontaktaufnahme deutlich. Sie dient auch zur Herstellung einer guten Beziehung zum Patienten. Diese ist für die Tätigkeit des Sozialdienstes unumgänglich, denn angesichts der bevorstehenden Beendigung des Krankenhausaufenthalts stoßen die Sozialarbeiter oft auf Ablehnung: »... bleiben sie bloß dort, sie woll'n mich auch bloß ins Heim bringen...« – eine Haltung, mit der sich die Patienten den Zugriffsmöglichkeiten des Sozialdienstes und anderer Instanzen, von denen Übergriffe auf ihre Privatsphäre ausgehen könnten, zu entziehen versuchen.

Aber eine frühzeitige und »neutrale« Kontaktaufnahme ist in der Praxis selten, weil die interne Arbeitsorganisation sie nicht erlaubt, weil technische Probleme ihr entgegenstehen, weil viele Sozialarbeiter sie nicht praktizieren oder weil die Ärzte einfach versäumen, die Sozialdienste einzuschalten. Hier ist ein Punkt angesprochen, der im Krankenhausalltag von entscheidender Bedeutung ist: die Kooperation mit den behandelnden Ärzten. Während die Ärzte ihr Verhältnis zum Sozialdienst in der Regel als positiv beschreiben (Garms-Homolová et al., 1987; Schaeffer, 1989), überwiegen aus der Sicht der Sozialdienste zumeist problematische Beziehungen, die als Ursachen für zahlreiche Störungen des Arbeitsprozesses betrachtet werden.

Es gibt verschiedene Konfliktbereiche, die regelmäßig in Erscheinung treten. In vielen Krankenhäusern kann der Sozialdienst erst dann tätig werden, wenn er durch die Ärzte hinzugezogen wird. Dieses geschieht in Form der ärztlichen Gutachten⁷, deren Zustellung⁸ den symbolischen Auftakt zum Tätigkeitsbeginn der Sozialdienste bildet: »Ohne deren Gutachten läuft überhaupt nichts . . . erst dann kann für uns die eigentliche Arbeit beginnen«. Die Gutachten aber erfüllen einen Zweck, über den die Ärzte nur vage Kenntnisse besitzen: sie werden für die Zuweisung nachfolgender Maßnahmen benötigt und müssen formal den Erfordernissen dieser Zuweisung entsprechen. Genau das ist im Krankenhausalltag nur selten der Fall. Die ärztlichen Gutachten sind oft unpräzise oder fehlerhaft. Das zwingt die Sozialdienstmitarbeiter zur Rückkopplung und erhöht ihren Arbeitsaufwand, denn sie müssen nun den Ärzten »hinterherlaufen« und mit ihnen die Unterlagen korrigieren. Aus diesem Grund kritisieren die Sozialarbeiter die Ärzte. Sie bemängeln das Unverständnis gegenüber der Sozialdiensttätigkeit und gegenüber den systemstrukturellen Erfordernissen der Organisation nachfolgender Versorgungsmaßnahmen. Die Ärzte hingegen verstehen sich nicht unbedingt als zuständig für Versorgungsfragen und begegnen dieser Kritik entweder wohlwollend, aber desinteressiert (vgl. auch Bollinger/Hohl, 1981) oder sogar mit Ignoranz. Vor allem die Sozialarbeiter, die ihr Aufgabenfeld in der Beratung und nicht allein in der »Kiepenarbeit« sehen, beklagen, daß die Ärzte stets versuchen, die »Drecksarbeit« abzuschieben und sich der als unmedizinisch empfundenen Verwaltungszuständigkeiten zu entledigen. So degradieren die Ärzte die Sozialdienstmitarbeiter letztendlich zum »Mädchen für alles«, dem lästige Aufgaben zugewiesen werden können.⁹

Innerinstitutionell überwiegt bei den Sozialarbeitern die Tendenz, die Schuld für die Funktionalisierung als »Mädchen für alles« und »Erfüllungsgehilfe des ärztlichen Willens« den Ärzten anzulasten. Häufig werden einzelne Ärzte persönlich, in anderen Fällen ein bestimmter Typus von Vertretern der ärztlichen Profession (z. B. die jungen Ärzte, die Chirurgen etc.) verantwortlich gemacht. Ein Verständnis für die Vielschichtigkeit der Problematik und für die systemstrukturellen Ursachen ist selten vorhanden. Im Gegenteil, die Sozialarbeiter neigen dazu, es »den Ärzten«, häufiger noch einem bestimmten Arzt, »heimzuzahlen«. Mit ihm stehen sie fortan in einer Konfliktbeziehung und boykottieren dessen Entscheidungen (vgl. Garms-Homolová, im Druck) – eine Strategie, die mit den beanspruchten Standards professionellen Handelns keineswegs vereinbar ist.

Die institutionellen Bedingungen der Kooperation zwischen den Sozialdienstmitarbeitern und den Ärzten begünstigen allerdings solche Interpretationen und die aus ihnen resultierende, auf personalisierte Konflikte ausgerichtete Reaktionsweise. Denn während die Ärzte die Entscheidungsbefugnis besitzen, jedoch bei der Ausführung im Hintergrund bleiben, sind die Sozialdienste an die vorderste Front im Prozeß der Versorgungszuweisung gestellt. Sie lösen de facto die aufgetretenen Risikosituationen, müssen dem Druck, der der Entlassungssituation innewohnt, standhalten und die Entlassung bzw. die Abnahme der Patienten garantieren. Sorgen sie nicht in dieser Weise dafür, daß die Patienten das Krankenhaus verlassen können, bleibt das Krankenhaus auf ihnen »sitzen«, was den Sozialdiensten Schwierigkeiten und dem Krankenhaus finanzielle Probleme beschert.

Ein anderer Konfliktbereich, der ebenfalls einseitig den Ärzten angelastet wird, resultiert aus der Tatsache, daß die vom Arzt getroffenen Versorgungsentscheidungen oft ohne Rücksprache mit dem Patienten gefällt werden, so daß der Patient nicht über die geplanten Schritte informiert ist. Er weiß nicht, daß er bestimmte Dienste erhalten wird bzw. gar in eine Dauerpflegeeinrichtung verlegt werden soll. In diesem Fall obliegt es dem Sozialdienst, die gesamte und oft unangenehme Aufklärungsarbeit zu übernehmen, ansonsten würde der Sozialdienst die für die Versorgungsvermittlung erforderlichen Dokumente und Unterlagen nicht schnell und problemlos erhalten und mit seiner Vermittlungsaufgabe nicht beginnen können. Die unterlassene Aufklärung stellt deshalb eine substantielle Störung des alltäglichen Handlungsablaufs für die Sozialdienste dar. Auch dieses ist ein Punkt, an dem sich Konflikte entzünden und der Anlaß

heftiger Kritik an den Ärzten ist. Neben dem Mehraufwand, den diese Delegation unliebsamer Aufgaben mit sich bringt, bemängeln die Sozialarbeiter die darin zum Ausdruck kommende Respektlosigkeit vor der Person des Patienten und vor dem professionellen Berufsethos. Denn sowohl für die Medizin, als auch für die Sozialarbeit stellt die Wahrung der Autonomie und damit auch die Aufklärung des Patienten eine konstitutive Bedingung ihres Handelns dar.

Allerdings schätzen nicht alle Sozialdienstmitarbeiter die unterlassene Aufklärung gleichermaßen problematisch ein. Von den Mitarbeitern, die keine professionellen Autonomieansprüche geltend machen, wird sie stillschweigend akzeptiert. Auch sie selbst belassen die Patienten häufig im unklaren und sichern dadurch einen reibungslosen Transfer, da die unwissenden Patienten keinen Widerstand gegen die ohne ihre Mitwirkung getroffenen Entscheidungen leisten.

Schließlich beklagen die Sozialarbeiter, daß die Tätigkeit von Ärzten und Sozialdiensten unkoordiniert verläuft. Die Konsequenzen werden dann sichtbar, wenn beide, die Sozialdienste wie gleichermaßen auch die Ärzte, unter Handlungsdruck geraten. Das geschieht beispielsweise, wenn die Kostenregulation nicht gesichert ist. Dann wird ein Krisenmanagement, d. h. auch eine gut abgestimmte Zusammenarbeit, erforderlich, um den Patienten im Notfall innerhalb kürzester Zeit in ein ad hoc organisiertes Versorgungsarrangement zu vermitteln. Dieses setzt jedoch voraus, daß beide Berufsgruppen gemeinsam solche Krisensituationen zu bewältigen suchen. Aus der Perspektive der Sozialarbeiter besehen aber fehlt den hierarchisch höher stehenden Ärzten meist die Einsicht in die Lage und damit auch in die Notwendigkeit einer gut koordinierten Kooperation, so daß Schwierigkeiten entstehen, die wiederum durch den aufopfernden Einsatz der Sozialdienstmitarbeiter ausgeglichen werden können.

Die in all diesen und anderen Konflikten immer wieder manifest werdenden Kooperations- und Statusprobleme zeigen sich in verschärfter Form in der Zusammenarbeit mit den Stationsärzten. Einerseits ist die Fluktuation dieser Ärzte – die meist Berufsanfänger sind – ein Hindernis für die Entwicklung jeglicher Routinen, so auch einer routinierten Form der Kooperation. Andererseits kennen gerade diese Ärzte die Modalität der Versorgungsallokation nur unzureichend. Zum Teil wissen sie nicht, so die Sozialarbeiter, »was überhaupt ein Sozialdienst und ein Sozialarbeiter ist«. Trotzdem beharren diese meist jüngeren Mediziner auf ihrer ranghöheren Position und ihrer Definitionsmacht und behandeln den Sozialdienst als bloße Delegationsinstanz, der sie lediglich sekundäre Bedeutung beimessen. Auch das führt zu profunden Kooperationsstörungen und bildet ein stets schwelendes Konfliktpotential. Die Sozialdienstmitarbeiter setzen hier – wie in anderen, ähnlich strukturierten Situationen auch – mannigfaltige Strategien ein, um sich gegen ein solches, als bloßes Medizinermachtgebaren empfundenen Verhalten zu verwehren und die eigene Handlungsautonomie zu behaupten. Eine häufig gewählte Strategie, die die Bedeutung des Sozialdienstes für den Krankenhausbetrieb deutlich werden läßt, besteht darin, daß sie lediglich »Dienst nach Vorschrift« betreiben. Oder sie stellen durch Boykott der ärztlichen Entscheidungen unter Beweis, daß die Ärzte auf die Sozialdienste angewiesen sind. Eine andere Strategie besteht in der »Nachhilfe« für die Ärzte. Jedoch erweisen sich die Ärzte – die alles ablehnen, was nicht zum eng definierten Gegenstand medizinischen Handelns gehört – meist als resistent gegenüber solchen Erziehungsbemühungen der Sozialarbeiter, deren »begütigende Fürsorge« daraufhin in Ärger umzuschlagen droht. Die bis dahin schwelenden Konflikte münden auch in solchen Fällen in offene Zusammenstöße und Machtkämpfe.

Die sogenannten fachfremden, eher fürsorgerisch orientierten Mitarbeiter respektieren meist die dominante Rolle der Ärzte. Jene konkurrierenden Ambitionen und der Anspruch auf eigene professionelle Autonomie ist ihnen weitgehend fremd. Unverständlich ist ihnen auch die Ohnmacht der Sozialarbeiter, die ihren Anspruch auf einen professionellen Status in der alltäglichen Handlungspraxis nicht realisieren können. Dagegen akzeptieren sie die ärztliche Definitionsmacht und dieses auch dann, wenn sich die Ärzte als inkompetent in Fragen des Versorgungsmanagements erweisen. Oft sind diese Sozialdienstmitarbeiter sogar in der Lage, die Situation für sich auszunutzen und den eigenen Handlungsspielraum auszudehnen. Unter

der Hand verleihen sie dem Sozialdienst ein Maß an Autonomie, das sich ihre graduerten Kollegen erst mühevoll und oft erfolglos zu erobern versuchen.

5. Versorgungsstrukturelle und institutionelle Handlungszwänge

Neben dem problematischen Verhältnis zu den Ärzten sind es versorgungsstrukturelle und institutionelle Handlungszwänge, die dem Handlungsspielraum der Sozialdienste Grenzen setzen. Sie wirken sich überwiegend in dem Stadium des Tätigkeitsablaufs aus, in dem Maßnahmen zur Verlegung der Patienten bereits eingeleitet wurden, jedoch noch Unklarheit über deren Realisierbarkeit besteht.¹⁰ Greifen wir ein für den Berufsalltag typisches Beispiel auf, die Verlegung von alten Patienten in eine Pflegeeinrichtung, so ist dieses die Phase des Wartens auf das Freiwerden eines Pflegeplatzes. Aufgrund der fehlenden Bettenkapazität und auch – wie die Sozialdienste betonen – einer fehlgeleiteten Versorgungspolitik erstreckt sich diese Phase meist über mehrere Wochen oder sogar Monate und es entstehen institutionsinterne und -externe Probleme. Zumeist droht der Patient in dieser Überbrückungsphase zum Kostenrisiko für das Krankenhaus zu werden, weil die Krankenkassen seine Aussicht auf Heilung in Frage stellen und folglich die Bezahlung der Pflegesätze nicht mehr übernehmen.¹¹ In einem solchen Fall müssen sich die Sozialdienste bemühen, umgehend irgendein schneller verfügbares Versorgungsarrangement für den Patienten zu finden, ohne Rücksicht auf dessen Problemlage nehmen zu können.

Um in solchen Situationen flexibel und schnell handeln zu können, haben die Sozialdienstmitarbeiter ein ganzes Repertoire an Strategien parat, mit denen sie strukturelle Engpässe unterwandern können. Bleiben wir bei der Pflegeplatzvermittlung für alte Menschen, um den Charakter dieser Strategien zu verdeutlichen. Durch inoffizielle Absprachen oder durch bevorzugte Belegung bestimmter Einrichtungen eröffnen sie sich Abnahmekanäle, die sie jederzeit nutzen können. Oder sie garantieren die Auslastung der Pflegeplätze in Einrichtungen, die bereit sind, dem Krankenhaus schnell verfügbare Abnahmeplätze zuzusichern. Diese Einrichtungen werden von ihnen bevorzugt »beliefert«. Auch die Ausschaltung des zentralen Bettennachweises und die prophylaktische Beantragung der Patientenunterbringung in eine stationäre Einrichtung zählen zu diesem Repertoire. All diese Strategien dienen zur Sicherung eines inoffiziell zur Verfügung stehenden oder rasch zu mobilisierenden Kontingents an Heimplätzen oder sonstigen Abnahmemöglichkeiten. Sämtlich lassen sie sich als *Externalisierungsstrategien* (Allert, 1988) charakterisieren. Sie haben die Funktion, die gegebene Problematik in der Weise zu lösen, daß sie unter Umgehung existierender Engpässe in die Zuständigkeit anderer Institutionen (aus)verlagert wird, so daß mögliche Risiken für die Institution abgewendet werden. Obgleich es den Anschein haben könnte, daß diese Strategien die Problemlage des Patienten unberührt lassen, so provozieren sie doch Verzögerungseffekte. Diese potenzieren ihrerseits die gegebene Problematik, denn bei den angesteuerten Versorgungsarrangements handelt es sich zumeist um nur kurzfristig wirksame Lösungen, die alsbald wieder zusammenbrechen. Sie sind zwar geeignet, die aufgetretene Problemsituation für das Krankenhaus zu lösen, keineswegs aber – wie wir an anderer Stelle zeigen – zwangsläufig auch die des Patienten (Garms-Homolová/Schaeffer, in Vorbereitung). Fragen wir nach der diesen Strategien zugrundeliegenden Problemlösungsstruktur, so wird eine Gewichtsverlagerung und mehr noch, eine Verkehrung sichtbar. Nicht die Sicherung der Versorgungsqualität, sondern die Reproduktionserfordernisse der Institutionen sind entscheidende Determinanten des Handelns der Sozialdienstmitarbeiter. Bündeln wir nun diese Ausführungen zur sozialarbeiterischen Praxis im Krankenhaus, so wird deren eigentliche Problematik offenbar. Im Krankenhausalltag müssen sich die Sozialdienstmitarbeiter vor allem als Versorgungsspezialisten bewähren – als Experten für Fragen des Patiententransfers und der Vermittlung von Diensten. Dazu müssen sie sich im komplexen Geflecht des Versorgungssystems perfekt auskennen, es sich – mit welchen Strategien auch immer – verfügbar gemacht haben, und seine Hürden unterlaufen können. Nur auf diese Weise

werden sie den Ansprüchen innerhalb (doch auch außerhalb) des Krankenhauses gerecht. In erster Linie haben sie also den Spielregeln des eigenen Krankenhauses Rechnung zu tragen und müssen dazu notigenfalls das Wohl des einzelnen Patienten und insgesamt eine patientenorientierte Arbeitsweise zurückstellen. In den Hintergrund gerät auch der Anspruch auf die Ausübung des »eigentlichen sozialpädagogischen Auftrags« (Meinhold 1988a). Die daran geknüpften professionellen Ansprüche und Ambitionen gerinnen, im Zusammenhang mit der alltäglichen Berufspraxis betrachtet, zu einem Versuch, einen Kontrast zu den hierarchisch übergeordneten Instanzen, den Ärzten und der Verwaltung, herzustellen und dem eigenen Wirkungsfeld einen Anstrich zu verleihen, der im Berufsalltag nur als vage Handlungsmaxime, keineswegs aber als konkrete Determinante des Handelns zum Zuge kommt.

Für den Umgang mit Patienten erwacht aus diesem Sachverhalt eine folgenreiche Perspektivenverengung. Nur selten schöpfen die Sozialarbeiter den ihnen zur Verfügung stehenden Handlungsspielraum *voll* aus. Von vornherein ist ihr Blick begrenzt, getruht von den Konflikten des Krankenhausalltags und den institutionellen bzw. versorgungsstrukturellen Handlungszwängen. Diese dominieren die sozialarbeiterische Berufspraxis dergestalt, daß die Sozialarbeiter einer fachspezifischen Auseinandersetzung mit der Problemlage des Patienten ausweichen und seinen Fall stattdessen auf ein technisch-instrumentell handhabbares Prozedere reduzieren.

Im Laufe der Zeit führt diese Berufspraxis zu einer Relativierung der »eigentlichen« Handlungskompetenzen. Fähigkeiten, wie sie zur »Vermittlung« benötigt werden – seien sie alltagspraktischer oder fachwissenschaftlicher Natur –, haben höhere Relevanz als etwa solche, die für die sinnverstehende Rekonstruktion der Genese fallspezifischer Probleme und den Entwurf darauf basierender Interventionsstrategien benötigt werden.¹² In solchen Kompetenzverlagerungen findet die spezifische Situation dieser »schwachen« Profession (Freidson, 1986) ihren Niederschlag, die aufgrund der restriktiven Bedingungen im Krankenhaus nur schwerlich eine Handlungsstruktur ausbilden kann, wie sie mit der Strukturlogik professionellen Handelns konform geht und die hier deshalb Gefahr läuft, zu einem medizinischen Delegationsberuf (Viefhues 1981) zu degenerieren.

6. Grenzen der Professionalisierbarkeit

Professionstheoretisch verallgemeinert bedeutet dieses, daß die unzureichende Professionalisierung gravierende Konsequenzen zeitigt. Die Rekonstruktion des Berufsalltags im Krankenhaus zeigt – so möchten wir generalisieren –, daß es vor allem folgende Probleme sind, die der Professionalisierungsfähigkeit der sozialen Arbeit Grenzen setzen.

1. Für die moderne Sozialarbeit als sogenannte »neue Profession« (Mok 1969) ist – im Gegensatz zu den klassischen Professionen – charakteristisch, daß sie an Organisationen gebunden ist. Aufgrund der spezifischen Konstitution des Gesundheits- und vor allem des Sozialwesens ist die Organisation sogar als »eine Bedingung der Möglichkeiten einer Realisierung von Professionalität im beruflichen Handeln zu betrachten« (Dewe/Ferchhoff, 1988: 457; auch Terhart, 1986). Zugleich aber – das haben auch unsere Ausführungen gezeigt – limitieren Organisationen die Möglichkeiten eines patienten- bzw. klientenorientierten Vorgehens¹³. Denn eine Veränderung der organisatorischen Rahmenbedingungen, wie sie mit der Arbeit in den leistungsspezialisierten und zugleich funktional differenzierten Organisationen des Gesundheitswesens zwangsläufig einhergeht, führt zu einer Verschiebung des für professionelles Handeln charakteristischen Spannungsverhältnisses. Es wird undeutlich, wem die Sorge des Professionellen zu gelten hat oder anders gesagt, »wer der Klient ist« (Hildenbrand, 1989). Der Professionelle kann sich nicht allein den Belangen des Klientels widmen, sondern hat stets zugleich auch die Reproduktionserfordernisse der Institutionen zu beachten. Mit Blick auf die Situation der Sozialarbeit im Krankenhaus bedeutet dieses, daß sowohl der Patient als auch die Institution Krankenhaus als

»Klient« in Frage kommen kann. Den einzelnen Sozialarbeiter stellt dieser Sachverhalt vor ein kontinuierliches Handlungsdilemma. Er muß entscheiden, welchen Verpflichtungen er folgen will: denen gegenüber dem Klienten oder der Institution. Und unter dem Druck des Alltags – so haben unsere Ausführungen deutlich gemacht – ist er nicht in der Lage, zwischen diesen widersprüchlichen Verpflichtungen zu differenzieren, sondern läßt sich von den institutionellen Handlungszwängen leiten.

Gleichzeitig ist die professionelle Autonomie in solchen Arbeitsfeldern nicht gewährleistet (Scott, 1969). Im Krankenhaus wird dieses allein darin sichtbar, daß die Sozialarbeit zwischen zwei fachfremde Instanzen eingebunden ist und die Kontrolle über die Tätigkeit durch professionsexterne Instanzen erfolgt, die gemäß der Logik professionellen Handelns jedoch nicht zur Kontrolle befugt sind (Hughes, 1971), da sie nicht über professionsspezifische Kontrollkriterien verfügen.

2. Die Sozialarbeit ist zwischen gegensätzlichen Wertuniversalien angesiedelt (Rechtswesen – konkret: Soziale Sicherung – und Therapie, vgl. Sahle, 1987), die jeweils unterschiedlichen Handlungslogiken folgen, darüberhinaus gesellschaftlich unterschiedlich organisiert sind und daher nur schwerlich in Einklang gebracht werden können. Im Berufsalltag finden diese in unterschiedlichen Konzepten über den »eigentlichen« Auftrag sozialer Arbeit und auch in unterschiedlichen Aufgabengewichtungen Ausdruck. Wenngleich diese Konzepte partiell ausschließlich theoretischer Natur sind (oder bestenfalls in sozialtechnisch reduzierter Variante zur Anwendung kommen, vgl. Garms-Homolová/Schaeffer in Vorbereitung), so widerspiegeln sie doch die mit der gegensätzlichen Wertorientierung einhergehende Dualität: im Berufsalltag stehen sie einander als unvereinbar gegenüber und sind Anlaß für berufsinterne Divergenzen.

3. Die Sozialarbeit steht zwischen Hilfe und Kontrolle (Peters, 1971), was sich im Krankenhaus allein in der zuvor erörterten institutionellen Verankerung des Sozialdienstes symbolisiert findet. Im Handeln der Sozialarbeiter wird diese problematische Einbindung in der Weise wirksam, daß nicht allein die Sicherung gesellschaftlicher Normalitätsvorstellungen qua Kontrolle (wie es zumeist diskutiert wird), sondern vor allem das Funktionieren des Krankenhausbetriebes und die Ausbalancierung versorgungsstruktureller und institutioneller Handlungszwänge höherwertiger angesehen werden, als die Hilfe auf der Basis eines sinnverstehenden Zugangs zum speziellen Fall des einzelnen Patienten (dazu auch Dewe/Ferchhoff, 1988).¹⁴

Für den Klienten geht dieses damit einher, daß er Übergriffe auf seine autonome Lebenspraxis hinnehmen muß, obschon er durch die ihm mit Sachzwängen aufgenötigten Entscheidungen in seiner Persönlichkeit potentiell verletzt, ja sogar letztendlich entmündigt wird. Die Sozialarbeiter sind jedoch nicht in der Lage, diesen Sachverhalt adäquat zu reflektieren, wie allein durch unsere Ausführungen zur Kontaktaufnahme mit den Patienten deutlich wird. Die Einschaltung des Sozialdienstes und generell die Interaktion mit ihrer Klientel entbehrt sowohl jenes – aus professionstheoretischer Perspektive betrachtet – so eminent wichtigen Moments der Freiwilligkeit, als auch eines Bewußtseins darüber, welche Folgen diese aufgezwungene »Hilfe«-beziehung für die Intervention haben muß, die damit aus der Sicht des Patienten zu einer Zwangsintervention wird.

4. Die Sozialarbeit hat eine heterogene Wissensbasis. Diese beruht weitgehend auf wissenschaftlichen Einzeltheorien (Rumpf, 1978), deren Verbindung nur lose sind und – was sich für die Sozialarbeit als besonders nachteilig erweist – die vielfach offen um ein und den gleichen Gegenstand konkurrieren. Für die psychosoziale Beratung beklagt Nestmann, daß die »theoretischen wie praktischen Entwicklungsstränge . . . in den verschiedenen Fachdisziplinen« eher nebeneinander als zusammen laufen (Nestmann, 1988: 109). Ähnliche Probleme haften auch anderen Interventionsbereichen an, die die Sozialarbeit als die »ihren« adoptiert hat. Die gleiche Heterogenität determiniert das methodische Instrumentarium der Sozialarbeit. Bis heute steht eine kontinuierliche Methodendiskussion in der Sozialarbeit aus (Meinhold, 1988b; Müller, 1988). Wird ein methodischer Diskurs geführt, so ist er bislang eher durch »mainstreams«, denn durch Systematik gekennzeichnet.

Für den praktisch tätigen Sozialarbeiter hat das zur Konsequenz, daß ihm im Berufsalltag nur wenig theoretische wie methodische Orientierungshilfen zur Verfügung stehen und er weitgehend auf seine Fähigkeit angewiesen ist, die alltäglichen Erfahrungen vor dem Hintergrund der aus seiner Ausbildung verbliebenen Theoriestücke zu reflektieren. Weil ihm aber kein ausreichendes professionelles Problemlösungswissen zur Verfügung steht, kommen Substitute zur Anwendung: »pseudowissenschaftliche Mystifizierungen, die mit Arroganz vorgetragen werden« (Schütze, 1985), sind hier ebenso zu nennen, wie die zahlreichen Alltagstheorien, mit denen jene alltagspraktischen Lösungen erklärt und legitimiert werden, auf die die Sozialarbeiter überall da angewiesen sind, wo instruktives Wissen und ein entsprechendes professionell geleitetes Handlungsrepertoire fehlen¹⁵. Doch ebenso ist hier die aufopfernde Fürsorge anzuführen, die ausgewählten Spezialkunden gewidmet wird (Garms-Homolová, 1988; siehe auch Hildenbrand, 1989), deren Betreuung längst der Merkmale eines spezifischen Rollenhandelns verlustig gegangen ist und sich stattdessen in eine distanzlose, sentimental anmutende Gefühlsarbeit gewandelt hat. Dieses Abgleiten in die Intimität unspezifischer Sozialbeziehungen ist Folge der fehlenden institutionalisierten Standards professionellen Handelns (Schaeffer 1990). Oft ist es zwar der Intention geschuldet, das als mangelhaft empfundene Problemlösungswissen zu kompensieren. Zwangsläufig aber zieht es Handlungsprobleme nach sich, die nur durch ein abruptes Abbrechen des Kontaktes mit dem Klienten »gelöst« werden können.

5. Die Standards der Berufsausübung sind nur ansatzweise ausgebildet und unvollständig institutionalisiert (Freidson, 1986), so daß dem einzelnen Sozialarbeiter nur wenig Kompensationsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, anhand derer er die zuvor genannten Strukturdefizite ausgleichen könnte. Will der einzelne Sozialarbeiter dennoch an das idealtypische Konstrukt professionellen Handelns heranreichen, so kann er dieses nicht aufgrund einer gelungenen Professionalisierung, sondern nur durch »naturwüchsiges, persönliches Handeln« (Sahle, 1987: 192). Da dieses Handeln jedoch nicht über die durch die Professionalisierung gesicherte Handlungsentlastung verfügt, ist es ungesichert, stets durch Legitimationskrisen, moralische Überbelastungen und die Gefahr des inneren Ausbrennens bedroht.

Anmerkungen

- 1 Die folgenden Überlegungen entstanden vor dem Hintergrund des Forschungsprojekts »Versorgung alter Menschen – Bedarf und Barrieren«, das an der Freien Universität Berlin durchgeführt wird. Es wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert und ist Teil des Verbundprojekts Age Care Research Europe, einer europäischen Vergleichsstudie, an der insgesamt 9 Länder beteiligt sind.
- 2 Als Professionen werden generell jene Berufe begriffen, für die vor allem drei Charakteristika zutreffen. Die Professionen erbringen *Dienstleistungen*, die für die Aufrechterhaltung gesellschaftlicher Ordnung nützlich sind und den Fortbestand einer Gesellschaft entgegen aller Selbstdestruktionsprozesse garantieren. Ihr Handeln basiert auf einem *systematisch* entwickelten, *universell* gültigen Wissen, das spezielle Aneignung erfordert. Es ist *zentralwertbezogen*, dient zwar der Sicherung von Lebenseinkommen, folgt jedoch nicht direkt den Geboten der Profitmaximierung. Zumeist werden freiberufliche Tätigkeiten als Professionen bezeichnet (Freidson 1986), womit auf das für professionelles Handeln konstitutive Moment der *Autonomie* der Kontrolle über die eigene Tätigkeit angesiedelt wird; denn die Professionen stehen – was die Standards ihrer Berufsausübung anbetrifft – jenseits von staatlicher Kontrolle (Dewe et al. 1986, S. 164). Betrachtet man die Struktur des professionellen Handelns, so wird ein spezielles *Problemlösungsmuster* sichtbar, das sich von alltagspraktischen, partikular ausgerichteten Problemlösungen unterscheidet (Oevermann, 1981). Professionelles Handeln basiert auf der widersprüchlichen Einheit von universellem Wissen und dem Vermögen zum hermeneutischen Fallverstehen bzw. der Fähigkeit zur Ausdeutung einer an den Professionellen herangetragenen individuellen lebenspraktischen Problematik. Dieses Modell professionellen Handelns orientiert sich ohne Zweifel an den klassischen Professionen und nicht an jenen, die im Zuge des Modernisierungsprozesses und aufgrund von Erosionserscheinungen eben dieser »alten« Professionen neu entstehen. So macht ein Versuch, vor diesem Hintergrund die Sozialarbeit einzuschätzen, gleich eine ganze Reihe von Unterschieden zu den klassischen Professionen deutlich, die bei der Erörterung der Professionalisierbarkeit der Sozialarbeit im Mittelpunkt stehen (siehe beispielsweise Hildenbrand 1989; Dewe et al. 1986).
- 3 Bei den Rahmenvorschriften beziehen wir uns auf die Situation in Berlin (West).
- 4 Die Interviewauszüge sind Teil der im o. g. Projekt erhobenen Daten. Es handelt sich um offene, semi-strukturierte Interviews mit Sozialdienstmitarbeitern, die textanalytisch ausgewertet wurden. Die Datenerhebung fand in

- Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen statt und bezog insgesamt 25 Sozialdienste ein. Die Interviewzitate sind hier ohne Transkriptionszeichen, dennoch aber lautsprachlich wiedergegeben.
- 5 In Berlin ist vorgeschlagen, daß ein Sozialarbeiter für 220 Betten zuständig ist, in NRW beträgt der Personalschlüssel dagegen 1 : 800, in anderen Ländern ist er gar nicht festgelegt.
 - 6 In einigen Krankenhäusern nehmen Pflegekräfte oder Verwaltungsfachleute die Aufgaben des Sozialdienstes wahr.
 - 7 In den Gutachten wird der Zustand des Patienten beurteilt und die erforderliche Versorgungsmaßnahme vorgeschlagen.
 - 8 Dieses ist zuweilen eine so weit formalisierte Praxis, daß die Zustellung ohne Rücksprache auf dem Postweg geschieht.
 - 9 Eine solche Delegation unliebsamer Aufgaben an Sozialarbeiter erfolgt nicht nur intern, d. h. innerhalb der Institution, in der sie tätig sind, sondern auch im institutionsübergreifenden Kontext. Weil das Krankenhaus eine zentrale Distributionsstelle ist, wird es immer häufiger dann genutzt, wenn ein Versorgungsverlauf einer grundsätzlichen Modifikation bedarf, so z. B. auch, wenn alte Menschen in ein Pflegeheim oder Krankenhaus eingewiesen werden sollen. Die Ursachen hierfür sind vielfältiger Natur, wobei aber von den Sozialdienstmitarbeitern im Krankenhaus unterstellt wird, daß die niedergelassenen Ärzte die Pflegeheimweisungen, die mit einem hohen administrativen und finanziellen Aufwand verbunden ist, anderen zu übertragen versuchen. Sie schalten das Krankenhaus als transferierende Stelle ein und damit fallen die mit der Pflegeheimweisung verbundenen Aufgaben dem Sozialdienst in dem Krankenhaus zu, in das der Patient eingewiesen wurde. Die Sozialdienstmitarbeiter sehen sich jedoch nur ungern auf diese Weise mißbraucht. Ihrem Verständnis nach werden sie in diesen, ähnlich wie in anderen Fällen, von den (niedergelassenen) Ärzten funktionalisiert und ausgenutzt.
 - 10 Bevor aber diese Phase der Realisierung beginnt, muß der Versorgungsbedarf ermittelt werden. Es wird geprüft, ob die vom Arzt anvisierte Versorgung der Situation des Patienten angemessen ist, welche Wünsche der Patient hat, wie die finanziellen und sozialen Bedingungen sind etc. Auch die zuvor erwähnte Rückkoppelung mit dem Arzt zum Zweck der Korrektur der ärztlichen Angaben oder Modifikation der ursprünglichen Entscheidung bzw. der Verweildauerprolongierung erfolgt in dieser Phase. Und ebenso sind die Beantragungen der Maßnahmen und andere administrative Vorgänge der Versorgungszuweisung in die Wege geleitet.
 - 11 Den Kostenträgern, konkret den *Krankenkassen*, haftet aus der Sicht der Sozialdienste daher ein negatives Image an, denn der übliche Handlungsablauf der Sozialdienste (jedoch auch der Ärzte) wird durch die Kassenintervention außer Kraft gesetzt. Ähnlich kritisch, wie die Kostenpolitik der Krankenkassen, beurteilen sie die Politik der Bettenvergabe und auch der Qualität vieler Einrichtungen der Altenpflege, die sämtlich für veränderungswürdig erachtet werden. Der Mangel an Bettenkapazität und die konkrete Vergabepaxis potenzieren existierende Engpässe in extremem Maß. Trotz des Ausbaus ambulanter Hilfen sind lange Wartezeiten bei der Vermittlung in eine stationäre Einrichtung zu überbrücken, so daß die Sozialdienste auch all jene Einrichtungen belegen, in denen sie kaum tragbare Zustände vermuten und die ihrer Meinung nach nur aufgrund der Versorgungsengpässe existieren können (Garms-Homolová et al. 1987).
 - 12 So erklärt sich, warum sich die Sozialarbeiter in ihren professionellen Selbstpräsentationen und in den Darstellungen des Berufsalltags im Krankenhaus auf die Funktionsweise institutioneller Gegebenheiten und des diffizilen Geflechts des Versorgungssystems konzentrieren, sich als Kenner der institutionellen Pfade und Nebenseiten darstellen und warum sie immer wieder auf persönliche Beziehungen zu den kooperierenden Einrichtungen sowie deren Vertreter abheben. Auch diese Darstellungsweise kann als Indiz dafür gelten, daß sie letztendlich Vermittlungsexperten sind, für die persönliche Bekanntschaften, bilaterale Beziehungen und Verbindlichkeiten, aber auch Aversionen, ein enorm wichtiges Arbeitsinstrumentarium verkörpern und die den administrativen Tätigkeitsanteilen in der alltäglichen Berufspraxis weitaus größere Bedeutung beimessen, als der »genuinen Sozialarbeit«.
 - 13 Das trifft nicht allein auf die »neuen«, sondern ebenso auf die alten Professionen zu, sind sie nicht frei niedergelassen, sondern in Institutionen tätig. Betrachtet man beispielsweise das Handeln der Krankenhausärzte, so zeigt sich, daß das aus dieser Widersprüchlichkeit erwachsene Spannungsverhältnis ein zentrales Strukturproblem ihres Handelns darstellt (Schaeffer, 1989).
 - 14 Dieses schlägt sich auch in den Theorien und Annahmen nieder, die der Ermittlung des »Bedarfs« bei einer Pflegeheimunterbringung unterliegen. Die Sorge um das Wohl des einzelnen Patienten wird dabei aus einer Einschätzung dessen hergeleitet, wie weit er für die Gemeinschaft noch tragbar ist oder möglicherweise zu einer Gefahr werden könnte, vor der es einer Sicherstellung bedarf (dazu Garms-Homolová 1988).
 - 15 Wir möchten dieses am Beispiel der Kooperation des Sozialdienstes im Krankenhaus mit anderen Institutionen illustrieren. Alle diese Einrichtungen (Heime, Sozialämter, ambulante Pflegedienste) verfügen über relativ autonome Problemdefinitionen, die sich primär durch das Interesse an sich selbst auszeichnen (vgl. Olk 1986). Diese Problemdefinitionen werden ihrerseits an die Sozialarbeiter im Krankenhaus herangetragen. Die mit ihnen einhergehenden Anforderungen wirken sich zusätzlich restringierend aus und dieses um so mehr, um so stärker sie mit den Problemdefinitionen des Krankenhauses kollidieren. Hinzu gesellt sich, daß die Beziehung dieser Institutionen zum Krankenhaus stark formalisiert sind, so daß die Sozialarbeiter einen beträchtlichen Anteil ihrer Tätigkeit darauf verwenden müssen, um mit diesen Beziehungen umzugehen. Weil ihnen jedoch auch dafür ein geeignetes Handlungsrepertoire fehlt, greifen sie auf alltagspraktische Lösungen zurück (Verbindlichkeiten schaffen etc.), mit denen zwar das gleiche Ziel angesteuert wird, die jedoch unterhalb der Ebene offizieller Beziehungen ablaufen.

Literatur

- Allert, T., 1988: Die Grenzen der Professionalisierbarkeit am Beispiel des Sozialarbeiters/Sozialpädagogen. Vortrag auf der Tagung »Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern« Bielefeld 28.–29. 4. 1988.
- Bollinger, H./Hohl, S., 1981: Sozialarbeiterinnen und Ärzte im Krankenhaus. Eine Studie zum beruflichen Alltag. Frankfurt/Main, New York.
- Cohen, M. B./Wagner, D., 1982: Social Work Professionalism: Reality and Illusion. In: Derber, C. (Ed.): Professionals as Workers, Boston, 141–164.
- Dewe, B./Ferchhoff, W., 1988: Widersprüche in der sozialpädagogischen Berufspraxis und das Problem »unbewußter Psychotherapie«, Gruppendynamik, 19, 4: 453–466.
- Dewe, B./Ferchhoff, W./Peters, F./Stüwe, G., 1986: Professionalisierung – Kritik – Deutung. Soziale Dienste zwischen Verwissenschaftlichung und Wohlfahrtskrise. Frankfurt.
- Dewe, B./Otto, H.-U., 1984: Professionalisierung. In Eyferth, H.; Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch zur Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Neuwied/Darmstadt.
- Etzioni, A. (Hrsg.), 1969: The Semi-Professions and their Organisations, New York.
- Freidson, E., (1986): Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge, Chicago/London.
- Garms-Homolová, V., 1988: La sortie de l'hôpital: le début d'un processus d'orientation, Gérontologie et Société, 47: 47–55.
- Garms-Homolová, V. (im Druck): Discharge from Hospital: Professional Criteria of Need and Provision. Erscheint in: Journal of Aging Studies.
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (in Vorbereitung): Soziale Arbeit im Krankenhaus.
- Garms-Homolová, V./Hütter, U./Müller, R./Schaeffer, D., 1987: Versorgung alter Menschen – Bedarf und Barrieren. Care Delivery System for the Elderly. Zwischenbericht im Verbundprojekt »Vergleichende Untersuchung der Sozial- und Gesundheitsdienste für ältere Menschen«, Berlin, Freie Universität, Institut für Soziale Medizin, vervielf. Manuskript.
- Hildenbrand, B., 1989: Veranstaltete Familie. Ablöseprozesse Schizophrener aus ihrer Familie als Gegenstand therapeutischer Intervention. Habilitationsschrift, Frankfurt: Johann Wolfgang Goethe Universität, vervielf. Manuskript.
- Hughes, E. C., 1971: The Sociological Eye, Chicago/New York.
- Hummel, K., 1985: AltenHeim. In: Müller, C. W. (Hrsg.): Einführung in die soziale Arbeit, Weinheim/Basel.
- Mehs, M./Glatzel, J. (Hrsg.), 1978: Sozialdienst im Krankenhaus, Freiburg.
- Meinhold, M., 1988a: Intervention in der Sozialarbeit. In: Hörmann, G./Nestmann, F. (Hrsg.): Handbuch der psychosozialen Intervention, Opladen.
- Meinhold, M., 1988b: Generative Regeln in einem Modell zum methodischen Arbeiten in der Sozialarbeit. Arbeitspapier vorgelegt bei der Tagung »Methodenentwicklung als Forschungsaufgabe, Teil II«, Berlin 10.–11. 6. 1988.
- Mok, A. C., 1969: Alte und neue Professionen. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 4: 770–781.
- Müller, B., 1987: Ein Handwerkszeug macht noch keinen Handwerker . . . Arbeitspapier vorgelegt bei der Tagung »Methodenentwicklung als Forschungsaufgabe, Teil I«, Hildesheim, 4.–5. 12. 1987.
- Nestmann, F., 1988: Beratung. In: Hörmann, G./Nestmann (Hrsg.): Handbuch der psychosozialen Intervention, Opladen.
- Oevermann, U., 1981: Professionalisierung und Professionalisierbarkeit pädagogischen Handelns, Berlin, vervielf. Manuskript.
- Olk, T., 1986: Abschied vom Experten. Sozialarbeit auf dem Weg zu einer alternativen Professionalität, Weinheim/München.
- Olk, T./Otto, H.-U. (Hrsg.), 1985: Wohlfahrtspolitik in der Wende. Sozialarbeit zwischen Fürsorge und autonomer Lebenspraxis, Weinheim/München.
- Reinicke, P., 1986: Entwicklung und Organisation des Sozialdienstes im Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung Berlins. Zum 60jährigen Bestehen der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus, Soziale Arbeit 8: 300–309.
- Rumpf, E., 1978: Theorie der Sozialarbeit. In: Deutscher, R./Fieseler, G./Moor, H. (Hrsg.): Lexikon der sozialen Arbeit, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz.
- Sahle, R., 1987: Gabe, Almosen, Hilfe. Fallstudien zu Struktur und Deutung der Sozialarbeiter-Klient-Beziehung, Opladen.
- Schaeffer, D., 1986: Identifying Nodal Points in the Structure of the Care System. Paper presented at the meeting on sub-projects 2, Age Care Research Europe, Lyon/France 27.–29. 10. 1986.
- Schaeffer, D., 1989: Formen der Kooperation zwischen den Krankenhausärzten und den Sozialdiensten. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft, 14: 49–59.
- Schaeffer, D., 1989: Strukturelle Versorgungsprobleme und professionelle Interventionsmuster bei chronisch kranken alten Patienten. Zeitschrift für Sozialreform, 35, 11/12, 737–749.
- Schaeffer, D., 1990: Psychotherapie zwischen Mythologisierung und Entzauberung. Therapeutisches Handeln im Anfangsstadium der Professionalisierung. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Schmidt, R. (Hrsg.). 1986: Ausbildung und Praxisfelder für Sozialarbeit/Sozialpädagogik in der Altenarbeit. Bericht über die 7. Tagung für Fachhochschuldozenten des Deutschen Zentrums für Altersfragen im November 1985 in Berlin. Reihe Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit Nr. 65, Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Schütze, F., 1985: Professionelles Handeln, wissenschaftliche Forschung und Supervision. Versuch einer systematischen Überlegung, Kassel, GHK, vervielf. Manuskript.
- Scott, W. R., 1969: Professional Employees in a Bureaucratic Structure: Social Work. In: Etzioni, A. (Ed.): The Semi-Professions and Their Organization, New York.
- Senator für Gesundheit und Umweltschutz (Hrsg.), 1977: Ausführungsvorschriften für den Sozialdienst in den Krankenhausbetrieben des Landes Berlin vom 19. April 1977. Dienstblatt des Senats von Berlin, Teil IV.
- Senator für Justiz (Hrsg.), 1985: Bekanntmachung der Neufassung des Landeskrankenhausgesetzes (LKG) i. d. F. v. 1. 1. 1985. Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin, 41, 1, v. 12. Jan. 1985, 34-55.
- Terhardt, E., 1986: Organisation und Erziehung. Neue Zugangsweisen zu einem alten Dilemma. Zeitschrift für Pädagogik, 32, 2: 205-222.
- Viefhues, H./Nülens, H.-G./Kersken-Nülens, U. (Hrsg.), 1986: Soziale Dienste im Krankenhaus. Stuttgart.

Verf.: Dr. phil. Vjenka Garms-Homolová, Neue Str. 3B, 1000 Berlin 37 und Dr. phil. Doris Schaeffer, FU Berlin, FB Philosophie und Sozialwissenschaften I, Psychologisches Institut WEB, Habelschwerdter Allee 45, 1000 Berlin 33.

Bernd Dewe/Albert Scherr

Gesellschafts- und kulturtheoretische Bezugspunkte einer Theorie sozialer Arbeit

1. Sozialpädagogische Theoriebildung zwischen gesellschaftstheoretischer Kritik und hermeneutischer Regression?

In Hinblick auf gesellschaftstheoretische Ansätze, die einerseits den strukturellen Erzeugungszusammenhang sozialer Problemlagen analysieren, deren subjektive Erfahrung Individuen zur Klientel sozialpädagogischer Praxis werden läßt, und die andererseits den Entstehungs- und Wirkungszusammenhang von sozialer Arbeit in modernen kapitalistischen Gesellschaften darstellen, ist vielfach zutreffend geltend gemacht worden, daß diese die Ebene der konkreten pädagogischen Interaktion verfehlen. Ihr systematischer Ort ist vielmehr die Bestimmung der politischen Produktivität von Sozialarbeit (vgl. u. a. Luhmann, 1973; Gaertner/Sachße, 1978; Japp, 1989), d. h. der Beziehung sozialer Arbeit zu Strukturproblemen der gesellschaftlichen Reproduktion und den Modi ihrer sozialpolitischen Bearbeitung. Dies stellt sich solange und immer dann als eine auch berufspraktisch relevante Ebene der Analyse dar, wie SozialpädagogInnen ihr berufliches Handeln im übergreifenden Zusammenhang allgemeiner politischer und kultureller Emanzipationsvorstellungen intentional verorten. Während im zeitgeschichtlichen Zusammenhang der Bildungsreform die Idee der gesellschaftlichen und politischen Emanzipation sich vielfach sowohl für Theoretiker und Praktiker der Sozialpädagogik wie auch für die Adressaten der Sozialpädagogik als lebenspraktisch evidente Perspektive ausweisen ließ, in die individuelle Lebensentwürfe sinnhaft einzubinden waren, ist spätestens mit der Krise des Modells Deutschland eher der Umgang mit den Folgen von ökonomischer Krise und des Abbaues sozialstaatlicher Sicherungen zur bestimmenden Dimensionen sozialpädagogischer Arbeitsfelder geworden. Die Krise der sozialpädagogischen Theoriebildung stellt sich so