

Klinische Sozialarbeit – Wo stehen wir?

Ein persönlicher Brief an Dieter Röh

Christoph Walther

Es gibt im wissenschaftlichen Diskurs eine Form des Gedankenaustausches, der – nicht nur durch die Digitalisierung – in letzter Zeit in Vergessenheit geraten ist: Der Briefwechsel zwischen Wissenschaftler*innen. Recht berühmte Beispiele sind die Briefe zwischen Alexander Humboldt und dem Mikrobiologen Christian Gottfried Ehrenberg im 19. Jahrhundert oder zwischen Albert Einstein und Sigmund Freud zum Thema Krieg im darauffolgenden Jahrhundert. Ein Brief ist ein anderes Format als ein Artikel in einer Zeitschrift, er orientiert sich weniger an quellenbasierten und systematisch recherchierten Argumentationen. Er richtet sich zwar sehr wohl auch an Sachfragen aus und an dazu passenden Argumentationen und Positionierungen, doch er lässt mehr Platz für Subjektives, Situatatives, Pointierungen, Auswahl einzelner Gesichtspunkte und erfasst auch emotionale und persönliche Aspekte zu den beschriebenen Fragestellungen. Mit einem Brief legt man probalber einer Person, der man Vertrauen schenkt, seine Gedanken offen, versehen mit der meist unausgesprochenen Anfrage, was der andere davon hält.

Mit einer direkten Antwort kann man rechnen. Das gehört zu den Regeln einer Korrespondenz, die im Wortsinn gegenseitige Beantwortung meint. All diese Momente machen dann Briefwechsel im zeitlichen Abstand noch einmal zusätzlich interessant. Im Zuge der Digitalisierung schreibt heute kaum noch jemand im privaten oder wissenschaftlichen Bereich Briefe, höchstens noch Mails, die in der Regel auf wesentliche Sach-Informationen reduziert sind.

Dieter Röh veröffentlichte in der *Klinischen Sozialarbeit*, Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung, Heft 3/2020 (S. 6–9), einen Aufsatz mit dem

Titel „Klinische Sozialarbeit 2020 – Wo stehen wir?“, in dem er neben seinen Ausführungen auch ausdrücklich auf eine persönliche und emotionale Ebene wechselte. Gleich zum Anfang schreibt er, dass es sich um eine „persönliche Positionierung“ handele, die als „Diskussionsanregung“ dienen könne (Röh 2020, S. 6). Er warnt die Leser*innen vor dem „teilweise frustriert klingenden Unterton“ (ebd.), beruhigt aber wieder insofern, als das Schreiben für ihn eine „kathartische Wirkung“ (ebd.) gehabt habe. Am Ende des Artikels steht ein separater Info-Kasten, in dem Dieter Röh darauf hinweist, dass es nicht nötig sei, sich Sorgen um ihn zu machen, er aber auch möglicherweise die Situation der Klinischen Sozialarbeit in Teilen nicht

„Wir denken, dass uns mit guter Wirksamkeitsforschung moralisch der Zugang als eigenständiger Player im Gesundheitswesen zustünde und sind dann gekränkt, wenn es nicht passiert“

richtig einschätze. Doch das sei nicht so schlimm, man könne ihn ja korrigieren oder widerlegen. Abschließend kommt der Aufruf „Beteiligen Sie sich an diesem Diskurs“ (ebd. S. 9).

Meine Resonanz auf seine Ausführungen gepaart mit diesen persönlichen und emotionalen Anteilen war damals, dass ich nach dem Lesen anfang, innerlich meine Gedanken dazu so zu formulieren, als ob ich Herrn Röh einen Brief schreiben würde. Es dauerte

etwas, bis ich selbst erkannte, dass ich dabei war, einen Brief zu formulieren. Der nächste Schritt war dann, warum eigentlich nicht genau das zu tun. So schrieb ich als Kind meiner Zeit eine ausführlichere E-Mail an ihn, die Briefcharakter hatte. Seine Reaktion war unter anderem, ob ich nicht eine Antwort in der Zeitschrift verfassen wollte, denn er habe sich ja auch eine Diskussion gewünscht. Damit entstand – in Absprache mit dem Redaktionsteam – die Idee, einen Beitrag bewusst in Briefform zu verfassen. Grundlage dazu ist die Überarbeitung meiner damaligen E-Mail.

Lieber Dieter,

ich habe Deinen Aufsatz in der Zeitschrift „Klinische Sozialarbeit“ gelesen. Es ist schon eine Weile her und ich möchte Dir nun in Form dieses persönlichen Briefes antworten.

*Nein, ich mache mir keine Sorgen um Dich und ich will Dich auch nicht widerlegen. Ich meine gut zu verstehen, was Du ausdrücken willst. Ich bin in der Angelegenheit entspannt. Warum? Mir hilft ein Blick in unsere Verwandtschaft, beispielsweise zu unserer „älteren Schwester“ der Klinischen Psychologie. Was war das für ein Kampf in den 1980er Jahren, alle Psycholog*innen, die klinisch etwas auf sich hielten, wollten „Klinischer Psychologe“ werden. Das war eine Binnenqualifikation im Berufsverband der Psychologen (BDP), Fachpsychologe für klinische Psychologie, mit dem Ziel eine selbstständige psychotherapeutische Tätigkeit neben den Ärzt*innen zu etablieren.*

*Im sogenannten Delegationsverfahren konnten dann Klinische Psycholog*innen (BDP) bei bestimmten Voraussetzungen mit einigen Krankenkassen Psychotherapie abrechnen. Als dann das Psychotherapeutengesetz 1999*

kam, konnte diese Option nur noch im Bestandsschutz weitergeführt werden. Diese Qualifikation „Klinischer Psychologe“ hatte nach außen lediglich vorübergehend bis 1999 eine Abrechnungsgrundlage geschaffen und ist seitdem „nur“ noch den Mitgliedern des Berufsverbandes vertraut. Dieser Umstand steht aber im völligen Kontrast zu der hohen Bedeutung der in der Sektion erarbeiteten – vor allem verhaltenstherapeutischen – Konzepte im Bereich Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen. Sehr viele davon sind heute Standards und Selbstverständlichkeiten vor allem in der Psychotherapie.

Was können wir uns von der älteren Schwester anschauen? Es ist wohl nicht zu erwarten, auch wenn es natürlich schön wäre, dass die Binnenqualifikation „Klinische Sozialarbeit“ nach außen im Gesundheitswesen als eigenständige Qualifikation anerkannt und auch finanziell etwas bringen wird. Gleichwohl haben etliche Konzepte der Klinischen Sozialarbeit dagegen bereits Verbreitung im Gesundheitswesen, in der Behindertenarbeit und Psychiatrie gefunden (beispielsweise Niederschwelligkeit in Form der Soziotherapie im SGB V; Integrierte Versorgung; stationsäquivalente Behandlung; Sozialraumorientierung im BTHG). Es bleibt natürlich ärgerlich, dass manches als „Plagiat“ von der Klinischen Sozialarbeit übernommen wird, ohne den Quellenverweis auf sie offenzulegen, zumindest bewusst Bezug zu ihr aufzunehmen oder den wissenschaftlichen Diskurs zu suchen.

Unabhängig davon sind die genannten Konzepte nicht alle optimal umgesetzt. Hier denke ich mir: „Nach dem BTHG ist vor der nächsten Reform der Eingliederungshilfe“. Für uns als Profession ist das alles unbefriedigend, doch den Klient*innen ist es egal, wer das „Copyright“ der Konzepte hat – auch wenn dieser Satz in den Ohren Klinischer Sozialarbeiter*innen kränkend wirken kann. Die Klient*innen profitieren von den Konzepten bereits jetzt schon, während wir als Profession noch um Anerkennung unserer Exper-

tise im Gesundheitswesen ringen. Bitte nicht missverstehen: Das heißt nicht, dass alles gut läuft. Ich meine, dass durch diese Konzepte Unter- oder Fehlversorgung abgenommen haben, sie sind aber sicher nicht beseitigt.

Und es geht weiter: Im neuen Kinder- und Jugendhilfestärkungsgesetz wird es ab 2023 Verfahrenslotsen geben. Eine typische Case-Managementaufgabe, prädestiniert für die Klinische Sozialarbeit. Vermutlich wird man das auch tatsächlich Sozialarbeiter*innen machen lassen, ohne aber dies zum Anlass zu nehmen, Klinische Sozialarbeit als Qualifikation zu würdigen oder gar zu implementieren. Auch bei der „Sozialtherapie“ erwarte ich nicht eine Anerkennung auf der „Qualifikationsebene“ von außen. In unserem mit viel Geld ausgestatteten Gesundheitswesen gibt es derzeit kein Interesse, den Geldkuchen mit einer weiteren Profession zu teilen, auch wenn wir noch so fleißig darstellen, wie wirksam unsere Arbeit ist. Wir denken, dass uns mit guter Wirksamkeitsforschung sozusagen moralisch der Zugang als eigenständiger Player im Gesundheitswesen zustünde und sind dann gekränkt, wenn es nicht passiert.

Die Neufassung des Psychotherapeutengesetzes 2020 war ein Lehrstück per excellence dazu: Man wollte die Soziale Arbeit an den Hochschulen für angewandte Wissenschaften nicht dabei haben – völlig unabhängig von irgendwelcher Wirksamkeitsforschung, Sozialraumorientierung, Tradition, Expertise oder psychosozialen Aspekten bei psychischen Erkrankungen. Je deutlicher wurde, dass Soziale Arbeit draußen vor bleiben sollte, desto mehr lieferten wir an Argumenten aus den gerade genannten Bereichen. Im Grund war der Vorgang entwürdigend. Das zählte alles nicht – und wir dachten, wir hätten so viel beizusteuern. Es ging zu keinem Zeitpunkt wirklich um Argumente. Es war ein Scheingefecht der Argumente. Wirksamkeit ist „nur“ ein notwendiges Kriterium, aber keinesfalls ein hinreichendes. Es ist so bitter, dem ungeschminkt ins Auge zu sehen: Man wollte uns nicht. Die in der Sozialtherapie vertretenen

Konzepte werden jedoch von innen bei den Sozialarbeiter*innen in der Weiterbildung gerne aufgenommen, nachgefragt und umgesetzt und sicher von einigen Vorgesetzten anerkannt, aber nicht auf der gesundheitspolitischen Ebene. Insofern unterstütze ich den auch in dieser Zeitschrift vorgestellten „Qualifikationsweg der Zukunft“ Bachelor, Master Klinische Sozialarbeit, Ausbildung in Sozialtherapie. Das ist in der Binnenperspektive Klinischer Sozialarbeit völlig in sich stimmig, folgerichtig, zielgenau und inhaltlich angemessen – und genau das sollten wir verfolgen.

Wir könnten doch „einfach“ in der Klinischen Sozialarbeit weiterarbeiten, sie weiter entwickeln, bei unserem Berufsnachwuchs dafür werben, darin ausbilden, Tagungen veranstalten, uns auf das nächste Jubiläum der Zeitschrift „Klinische Sozialarbeit“ freuen – und natürlich auch nach außen weiterhin unseren Sachverstand anzeigen, einbringen, einfordern, die Wirksamkeit unseres Handelns erfassen und darauf aufmerksam machen. Falls wir dann auch noch eine Anerkennung von außen von anderen Professionen oder politisch vom Gesundheitswesen als eigenständige Expertise bekämen, würden wir nicht nein sagen.

Für mich ist es auch eine Frage der Energieverteilung. Das mag mit meinem fortgeschrittenen Alter zu tun haben. Ich will meine Energie in die gute Sorge um die Klinische Sozialarbeit investieren, und nicht in das zermürbende Geschäft um Anerkennung. Andere Professionen können nicht mitsprechen, was gute Klinische Sozialarbeit ist. Darum kümmern wir uns weiterhin. Wie Du schreibst, „es liegt noch einige Arbeit vor uns“ – das sehe ich auch so. Packen wir es zusammen an!

Ich bin gespannt, ob Du weitere Reaktionen und Resonanzen in Schriftform oder mündlich erhalten hast und welche Wirkung das auf Dich und Deine Einschätzung hatte, wo wir in der Klinischen Sozialarbeit stehen.

Mit kollegialen und herzlichen Grüßen,
Christoph