

Blick auf die Klinische Sozialarbeit in Deutschland

Interview mit Prof. Dr. Karlheinz Ortmann

Die Klinische Sozialarbeit ist in Deutschland eine noch relativ junge Fachsozialarbeit. 1997 wurde im Diplomstudiengang Soziale Arbeit an der Hochschule Coburg der Studienschwerpunkt Klinische Sozialarbeit eingeführt. Wenig später entwickelten die Hochschule Coburg und die Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH) diesen zu einem berufsbegleitenden Masterstudiengang weiter, der 2003 startete. Damit war der berufsbegleitende Master Klinische Sozialarbeit mit 90 ECTS der erste mit dieser fachlichen Ausrichtung im deutschsprachigen Raum.

2004 folgte die Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB) mit einem postgradualen berufsbegleitenden Masterstudiengang in Klinischer Sozialarbeit mit 90 ECTS, der durch Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann und Prof. Dr. Karlheinz Ortmann maßgeblich gestaltet und weiterentwickelt wurde. Im Interview erzählt Prof. Ortmann von den Anfängen der Klinischen Sozialarbeit als Fachsozialarbeit und seinen Wünschen an das Fach für die Zukunft.

Katarina Prchal: *Als der Studiengang an der KHSB startete, gehörte ich zu den ersten Studierenden. Sie hatten 2002 an der KHSB die Professur für gesundheitsorientierte Soziale Arbeit übernommen. Welche Berührungspunkte hatten Sie damals bereits mit der Klinischen Sozialarbeit?*

Karlheinz Ortmann: Ich bin seit 1980 mit dem Thema „Sozialarbeit und Gesundheit“ unterwegs.

Damals kam ich als Sozialarbeiter an das Institut für Soziale Medizin der Freien Universität Berlin, eines der wenigen Institute in Deutschland, die in Sozialmedizin gelehrt und geforscht haben.

Meine unbefristete Stelle als Sozialarbeiter war eine sogenannte Berufszusage an den damaligen Institutsdirektor, Prof. Dr. Helmut A. Paul. Ich war damals der einzige Sozialarbeiter in Deutschland an einem solchen Institut und sollte in einem Praxis-Forschungsprojekt zusammen mit einem Arzt in zwei Kontaktstellen in sozialen Brennpunkten Berlins arbeiten. Ziel war es, dass die Menschen, die diese Kontaktstellen aufsuchen würden, sich zu ihren somatischen und sozialen Problemen beraten lassen würden. Leider ließ sich dies nicht realisieren, da Prof. Paul verstarb. Ich konnte mir aber unterschiedlichste Zugänge zu Einzelpersonen, Gruppen, medizinischen und sozialen Einrichtungen sowie sozialmedizinischen Forschungsdaten erschließen.

Die 1980er-Jahre waren für Westdeutschland und Westberlin ein Jahrzehnt mit einer kritischen Gesundheitsbewegung, die die Körperorientierung der medizinischen Versorgung hinterfragte und auf zahlreichen Veranstaltungen deutlich machte, dass es nicht nur um körperliche Erkrankungen gehen kann, sondern auch um die sozialen und psychischen Ursachen und Folgen von Krankheit gehen muss. Diese Bewegung war zugleich wegweisend für die damals entstehende Selbsthilfebewegung, beispielsweise von Krebs- oder Rheumakranken, die sich in Gruppen austauschten und die Defizite der Gesundheitsversorgung in Eigenregie aufarbeiteten.

Darüber erkannte ich, dass Soziale Arbeit mehr für Gesundheit tun kann als das Erschließen sozialrechtlicher Leistungen etwa für Patient*innen in Krankenhäusern oder in Gesundheitsämtern. Vielmehr müsste – so meine Leitidee, die mich bis heute umtreibt – Soziale Arbeit zum festen Bestandteil

der Behandlung von Gesundheitsstörungen werden. Nur so kann die Bedeutung der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit erkannt und für die Förderung von Gesundheit und Gesundung genutzt werden.

Als dann der Begriff „Klinische Sozialarbeit“ in Deutschland auftauchte, konnte ich meinen Ideen endlich einen Namen geben.

Katarina Prchal: *Welche Inhalte sollten für Sie im Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit an der KHSB vertreten sein?*

Karlheinz Ortmann: Als ich an die KHSB berufen wurde, waren die Planungen für einen Studiengang Klinische Sozialarbeit bereits im Gange, doch ich konnte noch eine gute „Prise“ Soziale Arbeit und Praxisorientierung hinzufügen. Der Studiengang sollte die Studierenden für die Bereiche Leitung, Forschen und Handeln qualifizieren. Wobei im Laufe der Jahre deutlich wurde, dass Leitungskompetenzen und Forschungsmethoden nur einfühlend vermittelt werden konnten. Die Studierenden wünschten sich mehr und mehr die Erweiterung und Vertiefung von Handlungskompetenzen als Schwerpunkt des Studiums, sodass dieser Teil des Studiengangs anlässlich von Reakkreditierungen zu Lasten der beiden anderen Felder vergrößert wurde. Heute würde ich den Studiengang ganz klar in Richtung Qualifizierung in Sozialtherapie weiterentwickeln.

Katarina Prchal: *Sozialtherapie oder auch Soziale Therapie ist eine Form der Behandlung, die bereits Alice Salomon beschrieb. Geißler et al. (2005) heben hervor, dass „Soziale Therapie auf einer helfenden Beziehung“ basiert und „von spezialisierten Fachkräften ausgeführt (wird), deren Kompetenz, die eines grundständigen Studiums überschrei-*

tet“ (S. 108). *Mit der Qualifikation Klinische Sozialarbeit war die Aussicht verbunden, perspektivisch Soziotherapie als eine Leistung im SGB V (gesetzliche Krankenversicherung) für diese Fachsozialarbeit zu etablieren.*

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung § 37a Soziotherapie

(1) Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Die Soziotherapie umfasst im Rahmen des Absatzes 2 die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall. [...]

Karlheinz Ortman: Als die Soziotherapie 2000 ins SGB V aufgenommen wurde, hatte ich daran große Hoffnungen geknüpft. Wir hatten als Profession endlich „den Fuß in der Tür“ zu den Krankenkassenleistungen und ich hatte mir gewünscht, Sozialtherapien sorgfältig wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren. Wichtig wäre gewesen, hier die Klinische Sozialarbeit zu positionieren und den Nachweis zu erbringen, dass es den Patient*innen mit dieser Leistung besser geht und die Krankenkassen zugleich finanziell entlastet werden.

Ich bin auch der Meinung, dass dieses Angebot nicht nur für psychisch kranke Menschen bestehen darf. Wenn beispielsweise jemand schwer krebserkrankt ist und sozialarbeiterisch begleitet wird, kann das für sie*ihn und ihre*seine Familie sehr viel Entlastung bringen. Familien werden im Gesundheitssystem kaum als Belastungs- oder auch Unterstützungsgebilde gesehen. Soziotherapie könnte helfen, diese Ressourcen zu erkennen und zu nutzen, um Genesung zu fördern.

Katarina Prchal: *Welche Erwartungen waren für Sie mit der Soziotherapie verbunden?*

Karlheinz Ortman: Dass wir die Soziotherapie ausbauen können. Dazu

wäre es neben der oben genannten Evaluation aus meiner Sicht zwingend gewesen, eine besondere Qualifikation zu schaffen, an die die Ausübung der Soziotherapie gekoppelt ist. Diese ist bis heute nicht erforderlich.

Wer kann Soziotherapeut werden?

Soziotherapeuten sind Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagogen oder auch Fachkrankpfleger für Psychiatrie, die selbstständig oder angestellt in einer Einrichtung arbeiten. Sie werden von den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen für die ambulante Soziotherapie zugelassen und schließen mit diesen einen Vertrag. Dafür müssen sie bestimmte Anforderungen nachweisen, zum Beispiel Berufserfahrung im ambulanten und stationären Bereich.
<https://www.kbv.de/html/soziotherapie.php>

Katarina Prchal: *Welches Potenzial hat für Sie die Klinische Sozialarbeit?*

Karlheinz Ortman: Wie schon angedeutet, wenn Sozialarbeiter*innen Teil des Behandlungsteams wären, könnte die soziale Dimension einer Erkrankung besser erfasst werden als es Ärzt*innen und oder Psycholog*innen tun können. Klinische Sozialarbeiter*innen sollten in der Lage sein, soziale Faktoren, die für die Gesundung förderlich oder hinderlich sind, etwa Arbeitslosigkeit, Einsamkeit oder Familienkonflikte, zu erkennen, zu benennen und in die Behandlung einzubeziehen. Um die Gesundheitsrelevanz der Klinischen Sozialarbeit im Miteinander mit anderen Professionen sichtbar zu machen und nicht in Konkurrenz mit ihnen zu geraten, bedarf es einer deutlichen Fokussierung auf soziale Problemlagen. Um die Entwicklung eines solchen Profils habe ich mich immer bemüht.

Katarina Prchal: *Ist Ihnen diese Schärfung des Profils gelungen?*

Karlheinz Ortman: Leider nicht ganz! Obwohl ich nicht der Einzige bin, der dieses Ziel verfolgt. Ich denke aber, wenn noch mehr Professor*innen an den Hochschulen tätig werden, die sich als Sozialarbeiter*innen verstehen und entsprechend lehren und forschen, könnte es voran gehen.

Katarina Prchal: *Wie sieht aus Ihrer Sicht die Zukunft der Klinischen Sozialarbeit aus, was würden Sie der nächsten Generation mitgeben?*

Karlheinz Ortman: Mitgeben klingt so nach Auftrag. Das steht mir nicht zu. Ich kann mir aber etwas wünschen. Ich denke, es ist in den letzten Jahren bereits viel getan und erreicht worden, um die Klinische Sozialarbeit in Deutschland zu etablieren. Es gibt aber auch noch „Luft nach oben“. So würde ich mir wünschen, dass es eine Weiterbildung in Sozialtherapie geben wird, etwa analog zu den bestehenden Suchttherapie-Weiterbildungen, die weithin anerkannt sind.

Sozialtherapie könnte eine Leistung im SGB V werden, wäre aber auch als Leistung im Kontext von Teilhabe und Rehabilitation vorstellbar. Um dies zu erreichen, wird deutlich mehr Forschung zur Wirkung Klinischer Sozialarbeit benötigt. Dazu könnten beispielsweise Hochschulen ihre Forschungskapazitäten bündeln und vielleicht sogar Anträge auf Forschungsfinanzierung bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) stellen.

Könnten Nachweise gesundheitsförderlicher Wirkungen Klinischer Sozialarbeit erbracht werden, wären wohl auch wesentliche Voraussetzungen gegeben, Klinische Sozialarbeit als Gesundheitsberuf im Gesundheitswesen zu etablieren.

Aus einer trinationalen Perspektive wäre ein gemeinsames Rahmenkonzept zur Qualifizierung Klinischer Sozialarbeiter*innen zu bedenken, an dem sich im besten Fall alle orientieren. Dies könnte helfen, die Profession „verlässlicher“ zu machen. Damit meine ich, dass beispielsweise Arbeitgeber*innen sich darauf verlassen können, dass Klinische Sozialarbeiter*innen – egal, wo sie ausgebildet wurden – über ähnliche Kompetenzen verfügen.

Katarina Prchal:
Vielen Dank für das Interview.