

Philipp Juhnke

Spezialisierte Generalisten?

**Diplomarbeiten der
Evangelischen Fachhochschule Hannover**

prämiert mit dem Margarethe-von-Wangenheim-Preis und
hrsg. durch die Gesellschaft der Freunde und Förderer der
Evangelischen Fachhochschule Hannover e. V.

Philipp Juhnke

Spezialisierte Generalisten?

**Zur Professionalisierungsdebatte
in der psychiatrischen Sozialarbeit**

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© 2005 Blumhardt Verlag

Evangelische Fachhochschule Hannover

Blumhardtstraße 2

D-30625 Hannover

Telefon: +49 (511) 5301-108

Fax: +49 (511) 5301-139

E-mail: blumhardt-verlag@efh-hannover.de

<http://www.efh-hannover.de/efhinfo/verlag/>

Alle Rechte beim Verlag

Druck: Gruner Druck GmbH, Erlangen

ISBN 3-932011-48-1

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	7
2 Zur Professionalisierung der Sozialarbeit in der Psychiatrie	9
2.1 Zur Professionalisierungsdebatte.....	9
2.2 Wesentliche Merkmale der Sozialarbeit und ihre Problematik im Professionalisierungsprozess	13
2.2.1 Interdisziplinäre Kooperation.....	13
2.2.2 Ganzheitlichkeit	14
2.2.3 Bürokratisches Handeln.....	17
2.2.4 Das doppelte Mandat	18
2.2.5 Verhaltensänderung oder Verhältnisänderung	20
2.2.6 Zum Verhältnis von Theorie und Praxis.....	22
2.2.7 Eklektizismus	24
2.3 Generalismus und Spezialisierung in der Lehre der Sozialarbeit und deren Bedeutung für den Professionalisierungsprozess	26
3 Untersuchung	30
3.1 Untersuchungsmethode.....	30
3.2 Darstellung der Ergebnisse.....	33
3.3 Zusammenfassende Interpretation der Antworten.....	65
4 Abschlussdiskussion	73
5 Literaturverzeichnis	78
6 Anhang	82
6.1 Das Anschreiben.....	82
6.2 Der Fragebogen	83
Über den Autor	91

1 Einleitung

Die Professionalisierungsdebatte in der Sozialen Arbeit dominiert die Fachöffentlichkeit schon seit geraumer Zeit. Dennoch zeichnet sich kein einheitliches Bild über den Status der Sozialarbeiter ab. Immer wieder gewinnt diese Diskussion an Gewicht, bis sie dann wiederum zu stagnieren scheint. Neuerdings rückt ein neuer Aspekt ins Zentrum des Interesses, nämlich die Einrichtung einer Fachsozialarbeit. Im Zuge der Etablierung eines Masterstudiengangs für Soziale Arbeit an Hochschulen, entstehen erste Möglichkeiten, sich in diesem weiterführenden Studiengang auf bestimmte Arbeitsfelder zu spezialisieren.

Obwohl die ersten Durchläufe längst begonnen haben, herrscht weitestgehend Uneinigkeit über Sinn und Nutzen solcher Angebote. Ob diese gestuften Abschlüsse im Sozialwesen eher vorteilhaft für das Professionalisierungsprojekt dieser Berufsgruppe sind oder ob damit die Zersplitterung der Sozialarbeit in verschiedene Unterkategorien eingeleitet wird, wird gegenwärtig auf Symposien und Fachtagungen heftig diskutiert.

Besonders leidenschaftlich scheint mir dabei der Aspekt behandelt zu werden, der sich mit der Fragestellung beschäftigt, ob eine solche Spezialisierung nicht das Wesen der generalistisch ausgerichteten Sozialen Arbeit dergestalt verändert, dass sie der Bezeichnung nicht mehr gerecht wird und somit bereits eingeleiteten Professionalisierungsbemühungen eher entgegenwirkt. Darüber hinaus werden immer wieder Befürchtungen angesprochen, dass mit der Möglichkeit eines Master-Abschlusses der grundständige Diplomabschluss sowohl in seinem Status als auch in der finanziellen Vergütung am Arbeitsplatz abgewertet würde.

Für die Sozialarbeit in der Psychiatrie ist diese Diskussion besonders interessant, weil sie einen Bereich darstellt, in dem schon seit längerer Zeit besondere Maßnahmen gefordert werden, die für dieses Arbeitsfeld qualifizieren. Außerdem richtet sich das Angebot des Masterstudiengangs „Klinische Sozialarbeit“ wesentlich an Sozialarbeiter, die in psychiatrischen Einrichtungen tätig sind.

Mich persönlich beschäftigt dieses Thema aus verschiedenen Gründen. Zum einen stehe ich kurz vor dem Abschluss meines Diplomstudiengangs und sehe mich damit zukünftig den Anforderungen der Praxis gegenüber. Allerdings schafft die aktuelle Diskussion bei mir eine Verunsicherung in dem Sinne, dass ich mir nicht im Klaren darüber bin, welchen Status ich mit meinem Abschluss denn jetzt erreicht habe. Zwar werde ich in absehbarer Zeit einen akademischen Studiengang abgeschlossen haben, doch kann ich mich anscheinend nicht als „Professioneller“ bezeichnen.

Darüber hinaus habe ich mich seit Beginn des Studiums durchgehend besonders für das Arbeitsfeld Psychiatrie interessiert, in dem ich mich auch beruflich gerne verwirklichen möchte. Dieser Bereich ist nun einer von denen, für den die Fachsozialarbeit, beispielsweise im Rahmen einer „klinischen Sozialarbeit“, gedacht zu sein scheint. Also stellt sich mir die Frage, inwieweit ein weitergehender Abschluss für meinen beruflichen Werdegang ratsam ist.

Vor allem interessiert mich aber inhaltlich, was Soziale Arbeit eigentlich ausmacht und welche Anforderungen an ihre Akteure gestellt sind. Zwei Aspekte, die sich latent durch die gesamte Diskussion ziehen und die es mir abschließend zum Studium erlauben, noch einmal zu rekapitulieren, was ich eigentlich gelernt habe und welchen Erwartungen ich mich in der Praxis stellen kann.

In dieser Arbeit werde ich zunächst die aktuelle Professionalisierungsdebatte aufgreifen, um zu klären, was mit Professionalisierung eigentlich gemeint ist und warum der Sozialarbeiterschaft, auch aus eigenen Reihen, der Status einer Profession bislang nicht zugesprochen wird (Kapitel 2.1).

Danach werde ich mich den wesentlichen Merkmalen der Sozialen Arbeit widmen und darstellen, welche Schwierigkeiten sich aus ihnen für den Professionalisierungsprozess ergeben (Kapitel 2.2).

Anschließend gilt es mögliche Wege der Professionalisierung von Sozialarbeitern im Diplomstudiengang, Zusatzausbildungen, dem Masterstudiengang sowie der Berufspraxis zu hinterfragen. Insbesondere die Bedeutung von generalistischen und den spezialisierten Ansätzen sollen hier gegenüber gestellt werden (Kapitel 2.3).

Nachdem die ersten Kapitel sich mit der Darstellung der Sozialen Arbeit und ihrer Professionalisierung aus Sicht der Theoretiker beschäftigen, sollen in Kapitel 3 die Praktiker zu Worte kommen. Sie bilden den Personenkreis, für den die aktuelle Entwicklung von direkter Bedeutung ist, und vor allem können sie mit ihren Erfahrungen in der Ausbildung und im Beruf die Diskussion bereichern. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie die Sozialarbeiter aus dem psychiatrischen Arbeitsfeld den Professionalisierungs- und Spezialisierungstendenzen gegenüber stehen.

Hierzu habe ich einen Fragebogen entwickelt, der Aufschluss über diese Fragen geben soll. Die Art der Untersuchung wird zunächst beschrieben (Kapitel 3.1), danach stelle ich die Antworten dar (Kapitel 3.2.) und schließlich interpretiere ich diese (Kapitel 3.3.).

In der Abschlussdiskussion (Kapitel 4.) werde ich dann die Ergebnisse aus der Umfrage den Ausführungen der Fachöffentlichkeit gegenüberstellen und aus dieser Sicht die Frage nach dem Nutzen und der Gefahren einer angestrebten Professionalisierung durch einen Masterstudiengang und einer Fachsozialarbeit diskutieren.

Aus Gründen der bessern Lesbarkeit dieser Arbeit werde ich mich auf die männliche Form beschränken. Es sind aber immer beide Geschlechter gemeint. Des Weiteren werde ich aus demselben Grund die Begriffe „Sozialarbeit“, „Sozialpädagogik“ und „Soziale Arbeit“ synonym verwenden, soweit die Bearbeitung des Themas eine Unterscheidung nicht explizit erfordert.

2 Zur Professionalisierung der Sozialarbeit in der Psychiatrie

2.1 Zur Professionalisierungsdebatte

Professionalisierung ist ein Thema, das in der Sozialen Arbeit schon seit den 60er Jahren diskutiert wird. Diese Debatte setzt sich im Einzelnen in Diskussionen verschiedener Arbeitsfelder fort. Dabei kann man nur schlecht trennen, welche Aspekte speziell für die psychiatrischen Arbeitsfelder gelten und welche Aspekte Bemühungen der Profession Sozialer Arbeit darstellen, ihre Entwicklung voranzutreiben. In diesem Kapitel werde ich deshalb versuchen darzustellen, warum diese Diskussion überhaupt geführt wird und welche Ziele sie verfolgt, um dann zu diskutieren, welche Lösungen der neuere Ansatz, nämlich die Fachsozialarbeit, anbietet und ob er in der Lage sein könnte, generelle Probleme der Profession Sozialer Arbeit zu lösen. In meinen Ausführungen werde ich immer wieder auf das psychiatrische Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit zurückkommen.

Zunächst einmal mag es verwundern, warum es einen so hohen Bedarf zu geben scheint, über den Status einer Berufsgruppe zu diskutieren, die auf eine lange Tradition zurückblicken kann. Soziale Arbeit hat zwei historisch getrennte Entwicklungslinien, die der Sozialarbeit und die der Sozialpädagogik, deren Vorläufer bis ins hohe Mittelalter zurückverfolgt werden können. So setzt *Ernst Engelke* bei der Beschreibung der Vorläufer der „Theorien der Sozialen Arbeit“ bei *Thomas v. Aquin* an, der im Mittelalter zu verorten ist (*ebd.* 1999). Auch *Albert Mühlum* (2001) beginnt in dieser Epoche seine Beschreibung der Entwicklungsphasen der Sozialen Arbeit. Er gliedert die Entwicklung der Sozialarbeit und die der Sozialpädagogik in jeweils vier Phasen, die zwar getrennt voneinander entstanden, aber zeitlich ähnlich einzuordnen sind. Er datiert die Vorläufer der Entwicklungslinien ebenfalls ins Hochmittelalter. Diese Tradition scheint aber kein Garant für das Erlan-

gen des Status einer Profession oder des Ausbildens einer Wissenschaft zu sein. Diese Bemühungen beginnen erst um 1960.

Die Professionalisierungsdebatte ist Ausdruck einer Auseinandersetzung der Sozialarbeitschaft mit ihrem Selbstverständnis, ihren gesellschaftlichen Funktionen und ihrer wissenschaftlichen Fundierung. Ziel dieser Auseinandersetzungen ist es, den gesellschaftlichen Stellenwert der Sozialen Arbeit zu erhöhen und sich wissenschaftlich begründet von anderen Berufsgruppen abzugrenzen (*Mühlum 2001*). Dabei folgte die Debatte „im Wesentlichen der berufssoziologischen Diskussion, wonach der Professionelle

- akademisch ausgebildet
 - den Normen seiner Berufsgruppe verpflichtet, also innengesteuert
 - für komplexe Aufgaben selbstständig handlungskompetent
 - auf berufliche Autonomie, also Selbstverantwortung, bedacht
 - an Gesamtzusammenhängen orientiert
 - am Erreichen idealistischer oder politischer Ziele orientiert
 - innerlich distanziert gegenüber der Organisation und ihren Regeln
 - an der Arbeit selbst und am Urteil der Fachkollegen interessiert
 - von der eigenen Leistung ‚im Dienste der Bürger‘ überzeugt
 - an Innovation, Leistung und Konfliktfähigkeit orientiert ist“
- (*ebd.*, S. 53).

Professionalisierung beschreibt dabei weit mehr, als eine Etablierung eines Berufs, dessen Angehörige von dieser Tätigkeit ihren Lebensunterhalt bestreiten können. Von Professionellen wird verlangt, dass sie aufgrund einer spezialisierten, wissenschaftlichen Ausbildung selbstständig in der Lage sind, Problemlösungsstrategien zu entwickeln, für die sie eine gesellschaftliche Legitimation innehaben, und dass sie diese gesellschaftlichen Rahmenbedingungen mit- und umgestalten können. Schaut man sich die Kriterien für Professionalität an, wird schnell deutlich, dass Soziale Arbeit in vielen Bereich diese Aspekte ansatzweise umsetzt, offensichtlich aber noch nicht voll und ganz (*ebd.*).

Wenn aber die Professionalitätskriterien bekannt sind und deutlich ein Wunsch erkennbar ist, diesen gerecht zu werden, so stellt sich zwangsläufig die Frage, wieso ein solches Verhalten nicht einfach umgesetzt wird.

Um dieser Frage nachzugehen, greife ich *Andreas Knolls (2000)* Ausführungen zur Professionalisierungsdebatte auf. Er verweist darauf, dass bei der Professionskritik der 80er Jahre die Professionalisierung mit Expertentum gleichgesetzt wurde. Eine Profession verfügt aber im Gegensatz zu einem Beruf nicht nur über bloßes Expertenwissen, sondern über Wissenschaftswissen (*vgl. hierzu auch Mühlum 2001*).

Das Wissenschaftswissen geht über spezialisiertes Expertentum insoweit hinaus, als dass sich professionelle Ansätze von alltäglichen strukturell unterscheiden.

So zeichnet sich professionalisiertes Handeln dadurch aus, dass es durch Forschung, Theoriebildung und methodische Umsetzung auf gesellschaftliche Probleme reagiert. Allen drei Bereichen muss dabei aus der Sicht der Handlungslogik der Sozialen Arbeit begegnet werden. Unter Handlungslogik versteht man, dass die Normen einer Profession soweit institutionalisiert sind, dass die Professionellen autonom, also nur ihren eigenen Normen verpflichtet, Problemlösungstypen entwickeln, die theoretisch und wissenschaftlich fundiert sind, aber auch den Besonderheiten des Einzelfalls gerecht werden, bzw. auf ihn anzuwenden sind. Theorie und Praxis müssen also so eng miteinander verbunden sein, dass professionelles Handeln gleichzeitig dem generellen Wissenschaftsverständnis und dem speziellen Alltagsverständnis gerecht wird. So ist ein solches Handeln auch nicht standardisierbar, da beide Formen des Fallverstehens in einem logischen nicht aufhebbareren Widerspruch zueinander stehen. Arzt, Jurist und Wissenschaftler gelten als Beispiele für solche Professionen, da sie eine Professionsautonomie erreicht haben, die durch die Institutionalisierung eigener Normen gesichert ist.

Das Professionsverständnis der frühen Professionalisierungsdebatte wird so auch von *Knoll (2000)* als misslungen bezeichnet. Allerdings führte dies nicht zu der Überzeugung, dass Soziale Arbeit nicht professionalisierbar ist, sondern es entstand eine neue Diskussion, deren Ziel es ist, „zu überprüfen, ob in den unterschiedlichen Handlungs- und Berufsfeldern der Sozialarbeit eine spezifische Einheit im sozialarbeiterischen Handeln ausgemacht werden kann“ (*Knoll 2000, S.38*). Die Frage ist also, was Soziale Arbeit ausmacht und worin ihre Handlungslogik besteht.

Unter diesem Blickwinkel kommt den konstitutiven Merkmalen Sozialer Arbeit besondere Bedeutung zu, vor allem aber den „Paradoxien professionellen Handelns“ (*Schütze, nach ebd., S. 32*). Dies meint Widersprüche, die in helfenden Berufen, aber vor allem in der Sozialen Arbeit, aus der Interaktion zwischen Professionellen und ihrem Klientel erwachsen. Sie sind nicht aufhebbar, müssen aber in der Berufspraxis gemeistert werden. Daraus ergibt sich aber auch die Fragestellung, ob Soziale Arbeit überhaupt professionalisierbar ist.

Da den Paradoxien eine so hohe Bedeutung für das Wesen der Sozialen Arbeit, als auch für die Frage nach der Professionalisierung zukommt, werde ich mich ihnen im Kapitel „2.2. Wesentliche Merkmale der Sozialen Arbeit und ihre Problematik im Professionalisierungsprozess“ widmen. Ohne dem vor zu greifen, sei zunächst schon mal die Paradoxie „Hilfe und Kontrolle“ genannt.

Ebenfalls in den Mittelpunkt der aktuellen Professionalisierungsdebatte ist das Theorie-Praxis-Verhältnis gerückt. Denn wie bereits oben angedeutet, kann Professionalität nur unter gleichzeitiger Berücksichtigung beider Arten des Fallverstehens gemeistert werden (*Knoll 2000*).

Einen relativ neuen Aspekt in der Professionalisierungsdebatte der Sozialen Arbeit stellt die Diskussion um die Einrichtung einer Fachsozialarbeit dar. So fand beispielsweise im Februar 2002 ein Symposium der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit e.V. (DGS) zum Thema „Fachsozialarbeit – Kompetenzgewinn oder Sackgasse?“ statt (*vgl. Mühlum 2002*). Und auch die Landesverbände Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Bremen der DBSH luden jüngst (Juni 2003) zur Fachtagung mit der Frage „Fachsozialarbeit: Chance oder Risiko für unsere Profession?!“ ein.

Schon die Titel, unter denen zu den Veranstaltungen geladen wurde, verdeutlichen den ambivalenten Charakter dieser Diskussion. Auf der einen Seite scheint vor allem die Befürchtung zu stehen, dass Soziale Arbeit durch eine Spezialisierung ihre ganzheitliche Sichtweise aufgeben muss und dass berufspolitisch mit Nachteilen für die Sozialarbeiter ohne eine solche Zusatzqualifikation zu rechnen ist. Auf der anderen Seite steht die Hoffnung, sich damit besondere Kompetenzen anzueignen und durch eine höhere Qualifikation das Prestige der Berufsgruppe zu verbessern. Und so scheint auch ein wesentlicher Aspekt der Professionalisierung durch eine Fachsozialarbeit die Qualifizierung für veränderte und gewachsene Anforderungen in der Praxis zu sein. Darüber hinaus soll diese Spezialisierung in Wissenschaft und Forschung die für die Teilbereiche erforderliche Erkenntnisgewinnung durch empirische Fundierung und Theoriebildung vorantreiben.

Basis hierfür ist (und soll es auch bleiben) der bereits bestehende Studiengang der Sozialarbeit / Sozialpädagogik, wenn wohl auch umgestaltet als Bachelorstudiengang. Davon verspricht man sich die grundlegenden Kompetenzen, sowie das Selbstverständnis der Profession der Sozialen Arbeit als Basis nutzen zu können. In einem Master - Studiengang sollen dann darauf aufbauend relevante Wissensgebiete anderer Professionen mit den Kompetenzen Sozialer Arbeit verbunden werden. Allerdings sollen solche Wissensbasen nicht bloß übernommen, sondern aus dem Fokus der Sozialen Arbeit aufgearbeitet werden. Hieraus soll dann auch eine wissenschaftlich fundierte Positionsbestimmung der Sozialarbeit gegenüber anderen Berufsgruppen, die in den selben Arbeitsfeldern tätig sind, resultieren (*Wendt 2003*).

2.2 Wesentliche Merkmale der Sozialarbeit und ihre Problematik im Professionalisierungsprozess

Nach den eher allgemein gehaltenen Ausführungen über die Professionalisierungsdebatte werde ich in diesem Kapitel wesentliche Merkmale der Sozialarbeit beschreiben, wie sie im psychiatrischen Arbeitsfeld nachzuweisen sind. Dabei erscheint es mir eher wahrscheinlich, dass diese Merkmale auch auf andere Arbeitsfelder zutreffen, aber um das Thema einzugrenzen, werde ich ihre Bedeutung für die Soziale Arbeit im Allgemeinen nicht weiter untersuchen.

2.2.1 Interdisziplinäre Kooperation

Sozialarbeiter sind in den unterschiedlichsten Tätigkeitsfeldern vertreten. Sie arbeiten beispielsweise mit Alten, Behinderten, Straffälligen, Erwerbslosen, Kindern und Jugendlichen, drogengebrauchenden Menschen, in der Schulsozialarbeit, Krankenhaussozialarbeit oder in der Sozialpsychiatrie (um nur einige Bereiche zu nennen). In diesen Feldern hat ihre Arbeit verschiedene gesetzliche und organisatorische Grundlagen und sie arbeiten mit unterschiedlichen Berufsgruppen zusammen (*Wendt 2003*). Eine Gemeinsamkeit der Professionellen der Sozialen Arbeit besteht in der Notwendigkeit zur interdisziplinären Kooperation. Zum einen liegt dies an der Art und Weise, wie Sozialarbeiter in die jeweilige Institution eingebunden sind, zum anderen ergibt es sich aus dem generalistischen Anspruch der Sozialen Arbeit (*Bosshard u. a., 1999*).

Darüber hinaus stellt gerade die Sozialpsychiatrie ein weites Arbeitsfeld mit komplexen Problemlagen dar. Da aber jede Berufsgruppe bei der Auseinandersetzung mit ihrem Klientel an ihre Grenzen stößt, kommt der multiprofessionellen Teamarbeit ein besonderer Stellenwert zu. Sie soll es ermöglichen, dass die wesentlichen Grundüberzeugungen eines Berufs, aus denen sich die innere Handlungslogik einer Profession ergibt, gegenseitig ergänzen, um komplexe, adäquate Hilfen bereitzustellen (*Crefeld, 2003*).

Allerdings scheint es diverse Probleme bei der Umsetzung der interdisziplinären Kooperation in der Psychiatrie zu geben. So klagen Sozialarbeiter oftmals über ihre berufliche Stellung, in der sie Gefahr laufen, als Zuarbeiter der Ärzte abgestempelt zu werden (*Lazarus, 1996*), beschreiben ein Gefühl von Fremdheit im psychiatrischen Arbeitsfeld (*Bosshard, 1996*) oder klagen über fehlende Wertschätzung ihrer Arbeit (*Crefeld 2000*). Diese Unzufriedenheit verdeutlicht bei genauerer Betrachtung defizitäre Aspekte der Sozialen Arbeit für den Professionalisierungsprozess.

So zeigt diese Unzufriedenheit zunächst einmal, dass Soziale Arbeit nicht über berufliche Autonomie verfügt. In Institutionen, in denen Sozialarbeiter tätig sind, sind sie oftmals anderen Berufsgruppen untergeordnet, die rechtlich und fachlich weisungsbefugt sind. Konkrete Aufgabenstellungen werden also nicht allein durch Sozialarbeiter bestimmt und eine reine sozialarbeiterische Fallbearbeitung ist so nicht oder nur eingeschränkt möglich. Besonders deutlich stellt sich dies am Beispiel der psychiatrischen Klinik dar, die ja erst mal eine medizinische Einrichtung ist und von Ärzten geleitet wird. Aber auch in Bereichen, wo die Berufsgruppe der Sozialen Arbeit unabhängig tätig wird, wie etwa im ambulant betreuten Wohnen der Gemeindepsychiatrie, verlangt das Gebot der Ganzheitlichkeit von ihr, sich mitunter intensiv mit Aspekten der Situation ihrer Klienten zu beschäftigen, die über ihre eigene Fachlichkeit, bzw. das eigene Wissen hinausgehen. Folglich ist es notwendig, Experten anderer Berufsgruppen zur Klärung bestimmter Sachverhalte hinzuzuziehen. Eine Arbeitsweise, die zwar durchaus dem Anspruch interdisziplinärer Kooperation gerecht wird, aber eben auch die Grenzen der Berufsgruppenautonomie aufzeigt, zumal Sozialarbeiter aufgrund ihrer generalistischen Orientierung von den Experten nicht gleichberechtigt wahrgenommen werden (*Bosshardt u. a., 1999*).

Warum aber hat das Prinzip der Ganzheitlichkeit eine anscheinend so wesentliche Bedeutung für die Soziale Arbeit und wieso scheint dieses Prinzip nur so schwer zugänglich für Angehörige anderer Professionen und hinderlich für den Professionalisierungsprozess zu sein?

2.2.2 Ganzheitlichkeit

Unter Ganzheitlichkeit ist ein ethisches Prinzip zu verstehen, das die Sorge um den ganzen Menschen beschreibt. Eine ganzheitliche Sicht geht davon aus, dass physikalische, biologische, psychische, kulturelle und gesellschaftliche Phänomene in Beziehung zueinander stehen und aufeinander einwirken. Strömungen, in denen dieses Prinzip Einfluss erhält, grenzen sich zumeist kritisch von bereits bestehenden akademischen Disziplinen ab.

Ganzheitlichkeit stellt deshalb auch eine humanistische Reaktion auf eine technokratisch und bürokratisch verwahrende Kultur dar, die sich nur an einzelnen Merkmalen orientiert. Über den ethischen Anspruch hinaus wirkt Ganzheitlichkeit quasi bis in den säkularisierten Bereich durch professionsimmanente Gründe, die sich in der Sorge um den ganzen Menschen ausdrücken. So befinden sich Psychiatrie-Erfahrene oft in einer Situation der bio-psychozialen Hilfsbedürftigkeit, deren Bearbeitung der Wahrnehmung der Bedürfnisse und Fähigkeiten dieser drei Bereiche bedarf.

So kann Ganzheitlichkeit in der Sozialen Arbeit als zentrales Postulat gesehen werden. Bei Versuchen der Theorie- und Methodenentwicklung fließen immer auch ganzheitliche Aspekte mit ein. Die humanistisch-ganzheitliche Ausrichtung schlägt sich als Gerechtigkeits- und Solidaritätspostulat, als Emanzipationsanspruch und im Normalitätsprinzip der psychiatrischen Sozialen Arbeit nieder. Auch wenn es den Sozialarbeitern nicht immer bewusst ist, so scheint das ethisch, humanistische Gedankengut Teil der professionellen Persönlichkeit zu sein, wodurch sie sich auch gegenüber anderen, in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen abgrenzen. Pointiert formuliert kann man auch von einem professionellen Axiom sprechen, also von einem als wahr angenommenem Grundsatz, aus dem sich theoretische Überlegungen ableiten, der professionsimmanent ist.

Allerdings werden die ethischen Ansprüche, die Sozialarbeiter in der Praxis formulieren, von anderen Berufsgruppen oftmals nicht als Bestandteil ihres professionellen Handelns gewertet, sondern vielmehr ihrer Persönlichkeit zugeschrieben, so dass den Professionellen Sozialer Arbeit dann mitunter ein Gerechtigkeitswahn oder Helfersyndrom unterstellt wird.

Darüber hinaus folgt aus dem Ganzheitlichkeitspostulat ein weites Spektrum von Handlungsfeldern, was wiederum ein Bild der Allzuständigkeit Sozialer Arbeit vermittelt. Dabei kann Soziale Arbeit im psychiatrischen Arbeitsfeld aber für keines dieser Felder ein Monopol beanspruchen. Diese Allzuständigkeit ist von Mitgliedern klassischer Professionen nur schwer zu akzeptieren, zumal diese ihren Status unter anderem durch eine fachliche Spezialisierung erlangt haben.

Besonders verständlich werden diese Berufskonflikte, wenn man sich vor Augen hält, dass Ganzheitlichkeit mit den Paradigmen einer klassischen, positivistischen Wissenschaftsauffassung nicht zu fassen ist. So waren solche Ansätze aus dem wissenschaftlichen Denken so lange ausgeschlossen, wie der Positivismus die Wissenschaftstheorie dominierte. Und so wird Ganzheitlichkeit oft als idealistisch, schwärmerisch und metaphysisch belächelt. Die Gefahr bei dem Begriff der Ganzheitlichkeit liegt aber eben auch in seiner Anfälligkeit, metaphysisch, ideologisch und pseudowissenschaftlich besetzt zu werden, wie das auch im Dritten Reich der Fall war, als das Volkswohl als ganzes über das Wohl des Einzelnen gesetzt wurde (*Knoll, 1993/2000*). Aus einem solchen Verständnis der Ganzheitlichkeit kritisiert *Klaus Dörmer (1993)* diesen Begriff auch scharf und weist darauf hin, dass eine solche Orientierung zur Überforderung, insbesondere der psychiatrischen Pflegekräfte, führe. Zum einen könne niemand solchen Ansprüchen gerecht werden und zum anderen sei ihre Umsetzung zumeist auch nicht nötig. Eine negative Folge solcher Bemühungen sei die „ideologische Inbesitznahme“ (*ibd., S. 152*) des Psychiatrie-Erfahrenen, der zumeist nur einer punktuellen Behandlung bedürfe.

Der Vorwurf der Inbesitznahme verweist wohl auf die Art und Weise, wie beispielsweise Ärzte in Beziehung zu ihren Patienten treten. Sie bekommen von ihnen einen Behandlungsauftrag für ein spezielles Leiden, das es zu kurieren gilt. Für eben diesen Bereich geben sie einen Teil ihrer lebenspraktischen Autonomie an den Professionellen ab, der dann wiederum wissenschaftlich begründete Entscheidungen im Sinne des Patienten trifft (*Knoll, 2000*).

Die ganzheitliche Betrachtung birgt nun die Gefahr, quasi über den Behandlungsauftrag hinaus, die Autonomie des Klienten zu beschneiden. Dabei steht gerade im Arbeitsfeld Psychiatrie die Förderung der Eigenständigkeit des Klienten im Mittelpunkt. Allerdings stellt sich die Frage, ob bei komplexen Sozialen Problemen ein nur punktueller Eingriff erfolgsversprechend ist. Darüber hinaus soll Soziale Arbeit in dem Verständnis umgesetzt werden, dass ein Miteinander zwischen Professionellen und Klienten Grundlage für die Arbeit ist, das „durch die Eigenlogik und den Eigensinn der Klienten eine berechtigte Begrenzung“ (*Bosshard u. a. 1999, S. 68*) erfährt. Diese Beschränkung der professionellen Autonomie, ist meines Erachtens ebenfalls Ausdruck der ethischen Grundhaltung Sozialer Arbeit. Über die Möglichkeit ihrer Umsetzung wird später noch zu diskutieren sein.

Ein wissenschaftlicher Ganzheitsbegriff entstand erst mit der Systemperspektive aus der Soziologie und in der Folge mit der Handlungsmethode der systemischen Familientherapie (*Knoll 1993*). Unter Aspekten der Professionalisierung bleibt aber das Dilemma, zwei berufssoziologische Dimensionen, die des systematischen Wissens und die der sozialen Orientierung, auszubalancieren. In diesem Sinne stellt sich dann auch die Frage, ob die Soziale Arbeit etwa im Zuge der Sozialarbeitswissenschaft in der Lage ist, die ethischen Grundlagen theoretisch zu fundieren oder ob eine Professionalisierung nur durch eine Einschränkung im ganzheitlichen Anspruch zu bewerkstelligen ist. Dies würde eine Selbstbescheidung bedeuten, die auf einen Verzicht der Allzuständigkeit bei gleichzeitiger Klärung der eigenen Grundlagen und Aufgaben hinauslaufen, im Sinne von Kompetenz statt Omnipotenz (*Mühlum u. a. 1997*).

Führt man sich aber die Diskussion um eine Fachsozialarbeit noch einmal vor Augen, wird schnell deutlich, dass der generalistische Ansatz der Sozialen Arbeit trotz aufbauender Spezialisierung, etwa für den Bereich Psychiatrie, erhalten bleiben soll (*Wendt 2003; Mühlum 2003*). *Sylvia Staub-Bernasconi* sieht auch in der Komplexität des Gegenstandes und der Aufgabenfülle der Sozialen Arbeit keine Schwäche, sondern eine Stärke und meint, dass es der Sozialen Arbeit möglich sei, die „Atomisierung des Wissens und Könnens exemplarisch zu überwinden“ (*Staub-Bernasconi zit. n. Knoll 1993, S. 39*).

So wie die Einführung des Systembegriffs in der Soziologie hilfreich war, um die Komplexität der Ganzheitlichkeit zu reduzieren ohne sie aufzugeben, scheint der Ansatz der Fachsozialarbeit geeignet, die Aufgabenfülle zu reduzieren ohne den Generalismus zu opfern.

Durch die ganzheitliche Sichtweise wird auch deutlich, dass Sozialarbeiter Teil des Systems sind, in dem ihre Klienten in die Situation geraten, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hieraus resultieren weitere Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Professionalisierungsbemühungen. Eine werde ich im Folgenden Kapitel verdeutlichen.

2.2.3 Bürokratisches Handeln

Sozialarbeiter sind häufig im behördennahen Bereich tätig. Dieser Bereich stellt durch Arbeitsplätze in Jugend- oder Sozialämtern und Sozialdiensten laut *Knoll (1993)* etwa dreiviertel aller Stellen für Sozialarbeiter, die auf dem Arbeitsmarkt verfügbar sind. Aber auch die Arbeit von Professionellen Sozialer Arbeit, die nicht direkt für Ämter oder Behörden tätig sind, ist durch bürokratische Gesichtspunkte beeinflusst (*Bosshard u. a. 1999*).

Soziale Arbeit wird oft von komplexen Institutionen ausgehend geleistet. Solche Institutionen, wie etwa psychiatrische Kliniken und Heime, zeichnen sich durch eigene Regeln und innere Organisationsformen aus. Für eine solche bürokratische Ordnung sind unter anderem starre Regeln, hierarchische Instanzen, ein hoher Wert von Schriftstücken und Akten und das Prinzip der rein sachlichen Arbeitszerlegung charakteristisch. Dieses Prinzip der Arbeitszerlegung fordert eine rein sachliche, an bestimmten formalen Kriterien orientierte Arbeitsweise. Dabei soll alles möglichst schnell und restriktiv auf der Grundlage von Verwaltungsrichtlinien und Gesetzen erledigt werden (*Knoll 1993*). Bürokratisches Handeln soll gewährleisten, dass Leistungen für jeden Menschen unter den gleichen Bedingungen bereitgestellt werden. Eine Bewilligung von Maßnahmen unterliegt damit nicht einem Zufallsprinzip oder privatem Wohlwollen der Sachbearbeiter, sondern ist von formalen, nachprüfbaren Faktoren abhängig (*Bosshard u. a. 1999*).

In diesem Sinne trägt bürokratisches Handeln Sozialer Arbeit zu einer prinzipiellen Gleichbehandlung ihrer Klienten in Bezug auf gesellschaftliche Leistungsansprüche bei. Voraussetzung dafür ist aber die Kenntnis solcher Rechtsansprüche und das Wissen um die Art und Weise, wie diese eingefordert werden kann. Sozialarbeiter müssen also über Kenntnisse in Sozialhilfe und Verwaltung verfügen (*Knoll 2000*).

In der bürokratischen Handlungslogik wird nicht der ganze Mensch mit seinen Bedürfnissen und Fähigkeiten gesehen, sondern es werden nur bestimmte Faktoren berücksichtigt, die für die typisierten und standardisierten Verfahrensabläufe relevant sind. So wird aus einer solchen Handlungslogik heraus das Potential Sozialer Arbeit, den komplexen Bedürfnislagen Psychiatrie-Erfahrener gerecht zu werden, beschnitten.

Bürokratisches Handeln widerspricht in seiner Notwendigkeit, Themenkomplexe zu reduzieren, grundsätzlich dem Prinzip der Ganzheitlichkeit und den sich daraus ergebenden Arbeitsansätzen. Beide Aspekte sind aber wesentlich für Soziale Arbeit und so bedarf es der Fähigkeit des Professionellen, bürokratisches in pädagogisches Handeln zu übersetzen und umgekehrt. Erst wenn sich Sozialarbeiter der Gleichzeitigkeit beider Merkmale Sozialer Arbeit bewusst sind, können sie der Besonderheit Sozialer Arbeit gerecht werden.

Die Notwendigkeit unterschiedlichen Ansprüchen gerecht zu werden, verdeutlicht sich in einem weiteren wesentlichen Merkmal Sozialer Arbeit in der Psychiatrie, dem des doppelten Mandats.

2.2.4 Das doppelte Mandat

Das doppelte Mandat bezeichnet das Spannungsfeld zwischen den dem Einzelnen bereitgestellten Hilfen und gesellschaftlichen Kontrollfunktionen. Die Schwierigkeit besteht in der Gleichzeitigkeit beider Aufgaben, die in grundsätzlichem Widerspruch zueinander stehen. So kann der Aspekt der Kontrolle eine Arbeitsbeziehung zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und Sozialarbeiter, die gleichfalls darauf ausgelegt ist, helfend zu wirken, deutlich erschweren oder gleich von vornherein eine solche Beziehung verhindern. Der Klient kann die Kontrolle als unakzeptablen Eingriff in seine Autonomie erleben (*Bosshard u. a. 1999*).

Die Fachöffentlichkeit ist sich aber einig, dass beide Aufgaben wesentliche Teile Sozialer Arbeit sind (*ebd., Knoll 2000, Mühlum u. a. 1997*). Problematisiert wird vor allem der Begriff der Kontrolle. Institutionalisierte Hilfen sind zumeist von formalen Faktoren abhängig (siehe 2.2.3), die zunächst kontrolliert werden müssen (beispielsweise bei der Frührente). Oftmals wird aber auch Reglementierungen, wie etwa der Hausordnung in einem psychiatrischen Wohnheim, eine pädagogische Bedeutung zugeschrieben (*Bosshard u. a. 1999*).

Trotz der Immanenz von Kontrollfunktionen im Handeln von Sozialarbeitern taucht dieser Aspekt in der etwa 100-jährigen Geschichte beruflicher Sozialarbeit erst in den 70er Jahren auf. Im Mittelpunkt der aufkommenden Diskussion steht die gesellschaftliche Funktion von Hilfe. Sozialer Arbeit wird der Vorwurf ge-

macht, gesellschaftliche Verhältnisse, die ursächlich dafür sind, dass Menschen professionelle Hilfe in Anspruch nehmen müssen, zu stützen. Überspitzt findet dieser Vorwurf Eingang in dem Slogan, Soziale Arbeit sei „Hilfe für das Kapital“ (*Mühlum u. a. 1997, S. 187*) und in der Folge gerät sie unter Ideologieverdacht. Allerdings ist anzumerken, dass bei diesem Vorwurf keine Klärung des Begriffs Ideologie stattgefunden hat und dass er ebenfalls nicht ideologiekritisch reflektiert wurde (*Mühlum 2001*). Um aber die Tragweite dieser Behauptungen für einen helfenden Beruf zu verdeutlichen, bietet es sich an, die Begriffe Hilfe und Kontrolle eingehender zu untersuchen.

Schon immer definiert sich Soziale Arbeit über den Begriff der Hilfe. In vielen Konzepten und Beschreibungen sozialarbeiterischer Tätigkeiten im psychiatrischen Arbeitsfeld taucht er auf. Sozialarbeiter können ihr berufliches Selbstverständnis zum wesentlichen Teil über ihn herleiten und auch Fremdzuschreibungen, im Sinne von gesellschaftlicher Anerkennung, finden über ihn statt. Hilfe ist also eine zentrale Kategorie, die notwendig ist, um sozialarbeiterische Tätigkeiten treffend zu beschreiben. Allerdings gibt es auch problematische Aspekte des Begriffs. So kann Hilfe auch stigmatisierend wirken und beschreibt eine asymmetrische Beziehung zwischen Helfenden und Hilfe in Anspruch Nehmenden, die das Ziel, die Autonomie des Psychiatrie-Erfahrenen zu wahren und zu stärken, gefährden kann. Auch die Definitionsmacht liegt in einer solchen Beziehung bei den Professionellen, die oftmals der Mittelschicht angehören und Normalisierungskonzepte verfolgen (*Mühlum u. a. 1997*).

Normalität wird eben auch durch staatliche Hilfen angestrebt. Damit müssen sich die Klienten Sozialer Arbeit zumindest vordergründig gesellschaftlichen Standards in der Lebensführung unterwerfen, auch wenn sie eigentlich alternative Lebensentwürfe verwirklichen wollen. Institutionalisierte Hilfe wird in den meisten Fällen nur bereitgestellt, wenn sie im Leistungsrecht festgeschrieben ist und somit gesellschaftlich akzeptierte und legitimierte Bedürfnisse befriedigt. Sozialarbeiter haben, um die Hilfeleistungen zielgerichtet einzusetzen, somit auch das Recht und die Pflicht zur Kontrolle (*Bosshard u. a. 1999*). Damit werden auch Machtaspekte in der Sozialarbeiter-Klienten-Beziehung in der Psychiatrie deutlich, die sich über die Kontrolle der Hilfeleistung manifestieren (*Mühlum u. a. 1997*).

Der Machtaspekt wird auch deutlich, wenn man sich den Begriff „Mandat“ vor Augen führt. Mandat beschreibt einen Auftrag, den der Sozialarbeiter bekommt um tätig zu werden und der gleichzeitig das Eingreifen in Lebenspraxen dritter legitimiert. Das doppelte Mandat verweist nun darauf, dass es offenbar zwei verschiedene Aufträge zum Handeln gibt, die aus unterschiedlichen Richtungen kommen, nämlich von dem Klienten und der Gesellschaft (*Knoll 2000*). Damit der

Sozialarbeiter in seiner Beziehung zum Psychiatrie-Erfahrenen seine Machtausübung kontrollieren kann, ist es auch immer nötig, seine Legitimation, bzw. sein Mandat zu hinterfragen, um einem Machtmissbrauch vorzubeugen (*Plog 2002*).

Darüber hinaus scheint die Gleichzeitigkeit von Hilfe und Kontrolle im beruflichen Handeln Sozialer Arbeit quasi institutionalisiert. So beschreibt *Knoll (2000)* das Dilemma des doppelten Mandats mit drei unterschiedlichen Strukturlogiken, denen Sozialarbeiter in der Psychiatrie in ihrem Handeln gleichzeitig verpflichtet sind. Neben der bürokratisch-administrativen Logik (siehe auch 2.2.3) sind es vor allem die Logik des therapeutischen Handelns, nach der Hilfe aufgrund der Besonderheiten der individuellen Lebenspraxis bereitgestellt werden soll und die Logik des rechtspflegerischen Handelns, die von dem Professionellen verlangt, durch Kontrollhandeln gesellschaftliche Normen zu sichern, die das doppelte Mandat verursachen. Alle drei Handlungslogiken sind konstitutiv für Soziale Arbeit, aber erst die Gleichzeitigkeit im Handeln macht die Besonderheit Sozialer Arbeit aus (*Knoll 2000*).

Unter Professionalisierungsgesichtspunkten ist es nun nötig, zunächst einmal diese Gleichzeitigkeit zu akzeptieren und sich differenziert mit den Machtaspekten im Verhältnis von Hilfe und Kontrolle auseinander zusetzen. Über dieses Bewusstsein hinaus erscheint auch die Etablierung von Verfahren nötig, die es ermöglichen, alle Aspekte des doppelten Mandats zu erkennen und zwischen den verschiedenen Handlungslogiken nach dem ermittelten Bedarf zu wechseln (*ebd.*). Voraussetzung hierfür ist eine Klärung des Begriffs der Hilfe und eine Einbeziehung ihrer Entwicklung in der professionellen Sozialen Arbeit. Zusätzlich bedarf es einer metatheoretischen Klärung, die auch ethische Gesichtspunkte mit einbezieht. Die Frage dabei ist, ob die Praktik der Selbstreflexion dem Theorieanspruch gerecht werden kann (*Mühlum u. a. 1997*).

In der kritischen Hinterfragung der Funktion sozialen Handelns ist eine weitere doppelte Orientierung der Sozialen Arbeit angesprochen, nämlich einmal die Verhaltensänderung, bei der das Individuum im Mittelpunkt steht und andererseits die Verhältnisänderung, bei der die Gesellschaft Veränderungen unterworfen werden soll.

2.2.5 Verhaltensänderung oder Verhältnisänderung

Ausgehend von dem ganzheitlichen Ansatz der Sozialen Arbeit (siehe 2.2.2) wird der Mensch immer auch in seinen sozialen Bezügen wahrgenommen. Hat dieser Mensch nun Probleme und wird vielleicht auch Klient psychiatrischer Sozialarbeit, kann man sich der Situation von zwei Seiten aus nähern. Zum einen können Hilfeansätze auf die Veränderung des Verhaltens der Klienten abzielen oder aber

sie setzen bei den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen an, um die Verhältnisse zu ändern. Im Gegensatz zum doppelten Mandat kommt es hierbei weniger auf die Legitimation des Handelns an, sondern vielmehr auf die Intention des Helfenden.

Die Verhaltensänderung setzt beim Individuum an, um ihm zu helfen, in seiner Umwelt zurechtzukommen. Um das Ziel, die bessere Lebensbewältigung, zu erreichen, werden Arbeitsansätze der Verhaltenswissenschaften wie etwa die der Einzelfallhilfe angewandt.

Die Verhältnisänderung hingegen setzt bei der Gesellschaft an, um sie so zu beeinflussen, dass der Einzelne sich in sie einbringen kann. Das Ziel ist dann die Sozialintegration. Hierfür dienen sozialwissenschaftlich gestützte, sozialpolitisch orientierte umfeldbezogene Methoden der Gemeinwesenarbeit.

Beide Ansätze haben ihre Berechtigung und können zum gewünschten Ziel, dem Psychiatrie-Erfahrenen zu helfen, führen. Allerdings sollte sich Soziale Arbeit hier wiederum nicht auf einen Ansatz beschränken, sondern beide miteinander verbinden. *Mühlum u. a. (1997)* weisen treffend darauf hin, dass „eine Verhaltensänderung ohne Korrektur der krankmachenden Umstände [...] zynisch, eine Änderung der sozialen Umstände ohne Beteiligung des Klienten entmündigend“ wäre (*ebd.*, S. 196). Diese Aussage weist auch darauf hin, dass es bei der Verhältnisänderung wichtig ist, nicht für den Klienten zu handeln, sondern ihn mit einzubeziehen und ihm bestenfalls zu helfen, sich selbst zu befähigen, solche Veränderungen einzuleiten. Die „Selbstbefähigung fördern“ ist auch Ziel des Empowerment-Ansatzes, wie ihn *Knuf u. a. (2000)*, im gleichlautenden Buch für die psychiatrische Arbeit beschreiben.

Problematisch bei der Aufrechterhaltung der doppelten Orientierung der Sozialen Arbeit sind vor allem die Schwierigkeiten, die der Ansatz der Verhältnisänderung in sich birgt. So scheitert dieser Ansatz oft an dem eingeschränkten politischen Arbeitsauftrag der Professionellen und deren mangelndem Instrumentarium (*Mühlum u. a. 1997*). So fehlt es Sozialarbeitern beispielsweise an den Mitteln, direkt auf sozialstaatliche Verteilungsprozesse Einfluss zu nehmen, was sich oft als Ohnmachtserleben im Bewusstsein der Professionellen manifestiert (*Bosshard u. a. 1999*). Da das Streben nach gesamtgesellschaftlichen Veränderungen die Soziale Arbeit aber generell überfordern dürfte, ist es notwendig, dass Sozialarbeiter ihre Einflussnahme in der Öffentlichkeitsarbeit und der Kommunalpolitik umsetzen. Vermutlich haben sie in diesem Bereich bereits eine Menge bewegt, allerdings fehlt es an einer Erforschung und Dokumentation dieses Bereichs (*Mühlum u. a. 1997*). Für eine Professionalisierung der Sozialen Arbeit gilt es nun wieder, beide Ansätze professionellen Handelns als notwendige und wesentliche

Bestandteile der psychiatrischen Sozialarbeit anzuerkennen und sie immer wieder konkret auszugestalten. Darüber hinaus bedarf es einer theoretischen Fundierung, vor allem der strategisch-sozialräumlichen Dimension, die sozialpolitikwissenschaftliche Ansätze in die Theorie Sozialer Arbeit integrieren sollte.

Allerdings scheinen disziplinäre Theorien nicht immer von der Profession angenommen zu werden. Wobei wir bei einem weiteren Merkmal Sozialer Arbeit sind, dem schwierigen Verhältnis von Theorie und Praxis.

2.2.6 Zum Verhältnis von Theorie und Praxis

Theorie und Praxis sind zwei wesentliche Bestandteile Sozialer Arbeit. So handeln Sozialarbeiter praktisch und reflektieren ihre Tätigkeit theoretisch. Das Reflektieren des Handelns bezieht sich dabei auf Theorien, schafft aber selbst auch theoretische Grundlagen im Sinne eines Expertenwissens. Theorie und Praxis sind also aufeinander bezogen. Die Schnittstelle beider Formen Sozialer Arbeit findet sich im methodischen Handeln (*Bosshard u. a. 1999; Mühlum 2001*).

Allerdings stellt sich das Verhältnis zwischen Praktikern und Theoretikern eher schwierig dar. So ist bisweilen von Theoriemüdigkeit, -feindlichkeit oder -ignoranz der Praktiker die Rede. Die Theoretiker müssen sich gleichzeitig dem Vorwurf der mangelnde Praxisrelevanz stellen (*Mühlum 2001*). Oftmals ist es auch so, dass es Sozialarbeitern schwer fällt, sich in der Weite der Theorielandschaft zurechtzufinden, zumal hier auch unterschiedliche Fachbezüge dominieren. Darüber hinaus stellen sich die praktischen Probleme in der Psychiatrie meist zu komplex für eindimensionale theoretische Analysen und Problemlösungsverfahren dar (*Bosshard u. a. 1999*). Will aber eine Theorie den vielfältigen Anforderungen psychiatrischer Sozialarbeit gerecht werden, muss sie wohl zwangsläufig selbst höchst komplex sein, was wiederum zu anderen Problemen führt.

So beschreibt *Knoll (2000)* beispielsweise die Vermittlungsprobleme des Ansatzes von *Sylvia Staub-Bernasconi* in der Praxis. Er meint, dass ihre Theorie oftmals bei der praktischen Umsetzung scheitert, weil sie nur schwer nachvollziehbar durch Praktiker wäre. Eine hohe kognitive Verarbeitungsfähigkeit ist die Grundvoraussetzung, die an den Leser gestellt wird. Die aber wiederum führt dazu, dass sich der Sozialarbeiter durch den hohen Abstraktionsgrad von seinem Klientel entfernt. Einen didaktischen Lösungsversuch für dieses Problem stellt *Kasper Geisers* „Systemische Denkfigur“ (*2000*) dar, die es durch Visualisierung erlaubt, das Abstrakte bildlich darzustellen und somit den Zugang zur Praxis vereinfachen will. Meiner Meinung nach beweist auch *Jan Tillmanns* Ansatz des „Homo abusus“ (*1994*), dass komplexe wissenschaftliche Ansätze auf eine allgemein verständliche

Sprache zurückgreifen können, und so oben angesprochenes Vermittlungsproblem weiter reduzieren können.

Allerdings scheint wissenschaftliches Regelwissen generell die Gefahr mit sich zu bringen, dem Effizienzkriterium zu unterliegen und eine technokratische Verengung darzustellen. So warnt beispielsweise *Renate Schernus (2000)* eindrücklich vor dem „Machbarkeitswahn“ in der Psychiatrie. Dieser Gefahr ist ein sensibles Problembewusstsein der Praktiker mit ständiger Selbstbeobachtung und –reflexion gegenüberzustellen (*Mühlum 2001*).

Das Bewusstsein über den Doppelcharakter von Theorie und Praxis scheint aber der Sozialarbeiterschaft zumeist zu fehlen. Vor allem den Anforderungen einer wissenschaftlichen Reflexionsfähigkeit sollen nur die wenigsten gerecht werden. So ist den meisten Sozialarbeitern wohl auch nicht die Bedeutung eines Studiums als Grundlage ihrer beruflichen Tätigkeit bewusst und der Verdacht liegt nahe, dass sie sich auch nicht als Akademiker begreifen (*Knoll 2000*). Daraus resultiert aber auch, dass eine Einheit von hermeneutischem Fallverstehen und wissenschaftlichem Regelwissen sicherlich nur schwer herstellbar ist. In dieser Einheit besteht gerade ein weiteres wesentliches Merkmal psychiatrischer Sozialarbeit. Setzen Sozialarbeiter nur eine Komponente um, können sie den Ansprüchen professionellen Handelns nicht gerecht werden.

So führt ein rein sachlogisches, erklärendes und auf Kausalzusammenhänge ausgerichtetes Klientenverständnis zu einer „kalten Professionalität“ und ein rein empathischer, intuitiver Ansatz, der auf das Verstehen sinnlogischer Zusammenhänge ungefilterter Lebenszusammenhänge aufbaut, zu „Gefühlsmatsch“ (*Knoll 2000., S. 271*).

Problematisch ist dabei vor allem, dass zwischen professionellem Handeln und Alltagshandeln der Professionellen, bei einer einseitig hermeneutischen Handlungsweise kein Unterschied ausgemacht werden kann. Das führt dazu, dass den Klienten der gleiche Funktion wie Freunden oder Verwandten zugeschrieben wird. In der Folge verschwimmen die Grenzen zwischen Beruf und Freizeit und Außenstehende können in die Bearbeitung des Falls miteinbezogen werden. Hier besteht einerseits die Gefahr, die Autonomie der Lebenspraxis des Psychiatrie-Erfahrenen nicht mehr wahren zu können, und andererseits das Risiko der Vereinnahmung des Professionellen durch seinen Klienten, was zu einer hohen beruflichen Belastung im Sinne des „Burnout-Syndroms“ führen kann.

Von der hergestellten Nähe, die nötig ist, um dem Einzelnen gerecht zu werden, kann man sich aber durch wissenschaftliche Abstraktion wieder distanzieren. Hierdurch wird nicht die Beziehungsfähigkeit als professionelle Kompetenz her-

abgesetzt, sondern vielmehr eine Möglichkeit eröffnet, diese Nähe und die oftmals damit verbundene Betroffenheit von den Klientenschicksalen, auf bestimmte Zeitpunkte zu begrenzen und ihr so das bedrohliche zu nehmen. Das soll einem dann wiederum ermöglichen, den Mut zu größerer Nähe zu entwickeln (*Knoll 2000*). Ein ausgewogenes Theorie-Praxis-Verhältnis kann also auch die Nähe-Distanz-Problematik entschärfen.

Für den Professionalisierungsprozess ist es also notwendig, die dichotome Sichtweise von Theorie und Praxis zu überwinden und das Bewusstsein zu schaffen, dass die Gleichzeitigkeit beider Aspekte wesentlich für psychiatrische Soziale Arbeit sind. Hierfür ist auch die Vermittlung der dafür notwendigen Kompetenzen Voraussetzung sowie ein ständiger Austausch zwischen Theoretikern und Praktikern.

Die Entwicklung eines besonderen Fallverstehens scheint demnach auch nur aus einer wissenschaftlichen Perspektive erfolgsversprechend, wenn sie sich der wesentlichen Merkmale, in diesem Fall des Theorie-Praxis-Verhältnisses, der Sozialen Arbeit bewusst ist. Wie oben bereits angemerkt, greift die Profession aber vor allem auf Theorien anderer Disziplinen zurück. Ein weiteres Merkmal der Sozialarbeit scheint also im Eklektizismus zu bestehen.

2.2.7 Eklektizismus

Eklektizismus bezeichnet eine Arbeitsweise, bei der man sich unterschiedlicher Ideen bedient, ohne etwas eigenes zu schaffen. Auf Wissenschaftlichkeit bezogen, beschreibt es das Vorgehen, bei dem Professionelle sich aus anderen Disziplinen beliebig das herauspicken, was ihnen nützlich erscheint. Dabei unterbleibt zu meist der Versuch, die jeweiligen Aspekte zu einem neuen Ganzen zusammenzufassen (*Knoll 2000*).

In der psychiatrischen Sozialarbeit greifen Praktiker oftmals auf die Theorien anderer etablierter Disziplinen zurück, wie etwa die der Medizin, Soziologie oder Psychologie, und bedienen sich auch deren Methoden (*Lazarus 1996*). Das ist eine Vorgehensweise, die in der Sozialen Arbeit sehr verbreitet zu sein scheint und mit der das Fehlen, bzw. die nur mangelhafte Ausprägung und Anerkennung der eigenen Disziplin, kompensiert werden soll. Zuweilen wird dieser Eklektizismus, obwohl er eher negativ besetzt ist, positiv gewendet, indem er als konstitutiv für Soziale Arbeit in der Psychiatrie beschrieben wird. Jedoch scheint es nicht möglich, die Aspekte der anderen Disziplinen unter sozialarbeiterischen Gesichtspunkten aufzubereiten und miteinander zu vereinen (*Knoll 2000*). Insofern bleibt das Ziel der wissenschaftlichen Fundierung der eigenen Arbeit auch unerfüllt (*Mühlum u. a. 1997*).

Problematisch bei einer eklektizistischen Vorgehensweise ist vor allem die Gefahr, die Einzigartigkeiten der Sozialen Arbeit in den Bereichen Gegenstand, Aufgabenstellung und Kompetenzbereich aufzugeben (*Lazarus 1996*), zumal die Bezugsdisziplinen den Widersprüchlichkeiten der Sozialen Arbeit in ihren wesentlichen Merkmalen nicht gerecht werden (*Knoll 2000*). So wird in der Regel der dominierende Aspekt der verwendeten etablierten Disziplin in den Mittelpunkt gerückt und führt zu einer Vernachlässigung anderer wesentlicher Aspekte der Intervention des Sozialarbeiters (*Mühlum 2001*). Dadurch wird nur ein geringer Teil des Potentials Sozialer Arbeit umgesetzt (*Karolus 1995*). Da aber der Disziplin Sozialer Arbeit bisweilen einfach eine Existenzberechtigung abgesprochen wird, weil bereits etablierte Disziplinen den alleinigen Anspruch auf den jeweiligen Gegenstandsbereich erheben (*Mühlum u. a. 1997*), kann man auch von einem „kolonialisierten Zugriff“ (*Mühlum 2001, S. 172*) sprechen. Dieser erweckt dann häufig den Eindruck, Sozialarbeit sei beispielsweise in erster Linie Erziehung aus der Sicht der Pädagogik, Gesellschaftsgestaltung aus der Sicht der Soziologie oder materielle Hilfe aus der Sicht der Ökonomie (*ebd.*).

Dass eine Sozialarbeitswissenschaft, und mit ihr eine Disziplin im deutschsprachigen Raum, erst im Werden begriffen ist, scheint unterschiedliche Gründe zu haben. Zum einen hatte sich „Alice Salomon aus frauenpolitischen Gründen gegen eine universitäre Ausbildung gewandt“ (*Mühlum u. a. 1997*), womit eine wissenschaftliche Fundierung der Sozialarbeit, trotz der Errungenschaften, die sie mit ihrer Pionierarbeit erreichte, ausblieb. Außerdem stellt ihre Prägung der „geistigen Mütterlichkeit“ (*Knoll 2000, S. 29*) Soziale Arbeit eher als Frauenberuf dar, womit immer noch eine gesellschaftliche Assoziation mit dem Privaten, also Nicht-Wissenschaftlichen, verbunden zu sein scheint (*ebd.*). Darüber hinaus weist *Wolf Crefeld (2003)* daraufhin, dass die Entwicklung der Sozialen Arbeit durch den Nationalsozialismus unterbrochen wurde. Dieser Beruf musste sich der herrschenden Wohlfahrtsideologie unterordnen, was auch in diesem Bereich zur Abwanderung von Wissenschaftlern führte, die sich der sozialhygienischen Heilslehre nicht anschließen wollten. Auch *Albert Mühlum (2001)* sieht die Entwicklung der Sozialen Arbeit durch das Dritte Reich unterbrochen und weist auf besondere Schwierigkeiten nach dem Ende des Regimes hin, Soziale Arbeit wieder aufzunehmen.

Ein weiterer Aspekt kann als „gesellschaftliche Reaktionsbildung“ (*Mühlum u. a. 1997*) beschrieben werden. Demnach wird Soziale Arbeit durch ihr Aufmerksammachen auf soziale Probleme und das Einfordern von Veränderungen als eine Art Unruhestifter und Bedrohung wahrgenommen, auf die abweisend reagiert wird (*ebd.*). Auch scheinen Sozialarbeiter öfter mit ihrem Klientel gleichgesetzt zu werden und ihre Solidarität mit den Psychiatrie-Erfahrenen schwächt ihren Status als Professionelle (*Knoll 2000*).

Über wissenschaftspolitische Grabenkämpfe und Reaktionsbildungen hinaus gibt es aber keinen Grund, warum psychiatrische Sozialarbeit nicht nach einer wissenschaftlichen Fundierung streben sollte (*Mühlum u. a. 1997*), zumal es belegbar ist, dass die Bezugswissenschaften dem Anliegen der Sozialarbeit nicht gerecht werden (*Mühlum 2001*). Etwaigen Versuchen, die Kolonialisierung Sozialer Arbeit aufrechtzuerhalten, kann man mit dem Argument begegnen, dass sich Nachbar-disziplinen nur Ausschnitten des Feldes der Sozialarbeit widmen und somit der Komplexität menschlicher Probleme nicht gerecht werden. Darüber hinaus schaffen sie eher Wissen, das Defizite erklärt und lösungsorientierte Ansätze bleiben aus (*Karolus 1995*).

Dennoch ist das Etablieren einer Sozialarbeitswissenschaft, und damit einer eigenen Disziplin, als wesentlicher Bestandteil der Professionalisierung Sozialer Arbeit mit enormen Anstrengungen verbunden und verlangt vor allem professions- und disziplininterne Klärungen. So scheint es, anknüpfend an das problematische dichotome Theorie-Praxis-Verständnis, in erster Linie geboten, das Verhältnis von Disziplin und Profession zu klären. Die Erklärungskapazität von Theorien ist grundsätzlich geringer als die Komplexität der Praxis. Daher muss es einen konsequenten Austausch beider Komponenten bezüglich der Fragestellung der Profession an die Disziplin und umgekehrt der theoretischen Relevanz der Disziplin an die Profession geben, um nicht den Auftrag und das Soziale aus den Augen zu verlieren. Außerdem gilt es, trotz bereits vorhandener wichtiger Elemente, wissenschaftstheoretische Fragen weiter zu bearbeiten (*Mühlum u. a. 1997*). Erfolgsversprechend mutet das von *Mühlum (2001)* dargestellte Wissenschaftsprofil einer angewandten Querschnitts - Sozialarbeitswissenschaft an, da es die vorher dargestellten Probleme berücksichtigt und die Durchführbarkeit eines solchen Projekts belegt.

Neben der theoretischen Fundierung eines eigenen Fallverständnisses, das dem holistischen Anspruch und den unterschiedlichen Bezugsrahmen psychiatrischer Sozialarbeit gerecht werden muss (*Lazarus 1996*), wird einer eigenständigen Sozialarbeitswissenschaft auch eine staturerhöhende und identitätsstiftende Wirkung beigemessen (*Mühlum u. a. 1997*).

2.3 Generalismus und Spezialisierung in der Lehre der Sozialarbeit und deren Bedeutung für den Professionalisierungsprozess

Der Diplomstudiengang stellt für die Soziale Arbeit, bis auf wenige Ausnahmen, die berufsqualifizierende Instanz dar. Sie ist notwendige Voraussetzung, um als Sozialarbeiter tätig zu werden, und soll die erforderlichen Qualifikationen zur

Berufsausübung vermitteln. Damit ist sie meiner Meinung nach auch die Instanz, die zu einer professionellen psychiatrischen Berufsausübung befähigen sollte.

Professionalität ist zwar von mehreren Faktoren abhängig (vgl. Kapitel 2.1.), doch erscheint mir die akademische Ausbildung am ehesten geeignet, die Grundlagen hierfür zu schaffen, zumal das Studium den ersten Schritt in der beruflichen Sozialisation der meisten Sozialarbeiter darstellt. Wenn das aber so ist, stellt sich die Frage, warum es den Hochschulen bislang nicht gelungen ist, ihre Absolventen zu befähigen, den Professionalitätskriterien gerecht zu werden.

Die Aufgabe einer Fachhochschule ist es, eine praxisorientierte und wissenschaftliche Ausbildung zu leisten (*Flessner-Schaub u. a. 1996*). *Dieter von Kietzell (1994)* weist aber darauf hin, dass dieser Auftrag zu Missverständnissen führen kann. Betrachtet man nämlich einmal die Praxis genauer, wird schnell deutlich, dass man aufgrund der enormen Diversifikation der Berufsfelder nur schwer von einer generellen Praxis sprechen kann. Da die Absolventen der grundständigen Studiengänge aber eine generelle Berufsqualifikation für Soziale Arbeit erhalten, kann sich die Ausbildung nicht nur auf ein Berufsfeld konzentrieren. Der Gegenstand „allgemeine Praxis“ ist deshalb theoretisch konstruiert. Um die Praxis in ihrer Vielfältigkeit und in ihren Zusammenhängen überhaupt fassen zu können ist, auch bei einer spezifischen Praxis eines Berufsfeldes, theoretische Arbeit notwendig. So ist ein Bild der Praxis, das ihren vielen Dimensionen gerecht wird, nur in theoretischen Lehrveranstaltungen und nicht in den Praxisanteilen des Studiums zu vermitteln. Diese Praxisanteile vermitteln aber darüber hinaus Kompetenzen wie die der Wahrnehmung sozialer Situationen und ein Wissen über die eigene Deutung dieser Wahrnehmung. Voraussetzung ist allerdings die Integration der Praxiserfahrung in den Lehrbetrieb. Praxisorientierung bezeichnet also in erster Linie die theoretische Aufarbeitung der Erfahrungen aus den Berufsfeldern (*v. Kietzell 1994*).

Diese Verknüpfung von Theorie und Praxis findet auch statt (*Röh 2002*) und dient den Fachhochschulen in ihrer Eigenschaft, die Praxisorientierung darzustellen, als Aushängeschild, mit dem sie sich gegenüber Universitäten profilieren können (*v. Kietzell 1994*). Allerdings scheint hierbei die generalistische Ausrichtung insoweit problematisch, als dass nur generelle Bilder der Praxis und generelle Kompetenzen vermittelt werden, die den einzelnen Berufsfeldern nicht immer gerecht werden.

Schon im „Enquête-Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ werden, allerdings zu einer Zeit, als das Fachhochschulstudium grade erst eingerichtet wurde, Weiterbildungen für Sozialarbeiter im Bereich Psychiatrie gefordert (*nach Knoll 2000*). Auch als sich die Fachhochschulen längst

etabliert hatten (1988), wurde der Eindruck, dass das Studium der Sozialen Arbeit allein nicht hinlänglich für eine Tätigkeit im psychiatrischen Arbeitsfeld qualifiziert, durch die „Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Bereich“ bestätigt (nach Crefeld 2000).

Heutzutage scheint eine Fort- und Weiterbildung oder Zusatzqualifikation für die meisten Sozialarbeiter gang und gäbe zu sein (Schneider 2003) und gilt gelegentlich auch als notwendige Qualifikation, wie beispielsweise in der Suchtkrankenhilfe (ebd./ Mühlum 2002). Den Status eines Professionellen gestehen sich die psychiatrischen Sozialarbeiter untereinander oft nur dann zu, wenn Qualifizierungsmaßnahmen absolviert wurden (Knoll 2000).

Problematisch an solchen Zusatzqualifikationen ist aber, dass sich die Sozialarbeiter Kompetenzen aneignen, die keine originären Kompetenzen Sozialer Arbeit darstellen und darüber hinaus auch anderen psychiatrischen Berufsgruppen zugänglich sind. Dies führt wiederum dazu, dass fortgebildete Professionelle ihr spezifisches sozialarbeiterisches Fallverständnis aufgeben, sich den anderen Berufsgruppen in ihrem Handeln annähern und in direkte Konkurrenz mit ihnen gehen (Knoll 2000.). Dadurch verliert die Sozialarbeiterschaft in der Psychiatrie im Ganzen eher an Profil, auch wenn der einzelne Praktiker an Kontur gewinnt (Crefeld 2000). So können Zusatzqualifikationen den Effekt, den Gregor Terbuynen (1999) als „Chamäleonexistenz“ beschreibt, also der Effekt der Anpassung an Bilder der Professionalität, die in den jeweiligen Einrichtungen vorherrschen, noch verstärken. Paradoxerweise werden den Sozialarbeitern von anderen Berufsgruppen zumeist Kompetenzdomänen zugesprochen, die sich von den ihren unterscheiden (Knoll 2000).

In beiden Fällen kommt es aber dazu, dass nur eine Handlungslogik sozialarbeiterischer Tätigkeit in den Mittelpunkt rückt und weitere wesentliche Aspekte Sozialer Arbeit nicht mehr umgesetzt werden. Da die besondere Handlungskompetenz der psychiatrischen Sozialen Arbeit jedoch in der Gleichzeitigkeit verschiedener Handlungslogiken besteht, können Zusatzqualifikationen deprofessionalisierend wirken (Knoll 2000). Spezialisierungen, wie sie durch Weiterbildungen erlangt werden können, erscheinen eher hinderlich für den Professionalisierungsprozess der Sozialen Arbeit.

Neuerdings gibt es aber noch eine andere Art der weiterführenden Qualifizierung für Sozialarbeiter, den Masterstudiengang. Ein postgradualer Studiengang, dessen Zugangsvoraussetzungen das Diplom oder aber der Bachelor sind. Der Master ermöglicht es den Fachhochschulen, einen Abschluss anzubieten, der dem universitären Abschluss entspricht. Er stellt somit die Gleichwertigkeit der Lehre an

Universitäten und Fachhochschulen dar und berechtigt auch grundsätzlich zur Promotion, wobei aber das Promotionsrecht an den Universitäten verbleibt. Darüber hinaus soll der Studiengang ein Punktesystem einführen, das es den Absolventen ermöglichen soll, auch internationale Hochschulwechsel vorzunehmen. Außerdem soll dieser Abschluss internationalen Standards entsprechen, so dass er auch eine berufliche Qualifizierung für andere Länder darstellt.

Grundsätzlich kann man zwei Arten von Masterstudiengängen unterscheiden, nämlich einmal einen allgemeinen „Master of Social Work“ (bzw. „Magister für Soziale Arbeit“) und spezialisierte Studiengänge, wie etwa den für das psychiatrische Arbeitsfeld relevanten Studiengang „Klinische Sozialarbeit“. Zwar soll es für den „Master of Social Work“, als anwendungsorientierten Studiengang keine weitere Unterscheidung für theorieinterne Studiengänge (bei anderen Disziplinen „Master of Science“) geben (*Klassen 2003*), jedoch hat es den Anschein, dass der allgemeine Master einen theorieinternen Studiengang darstellt. So liegen die Schwerpunkte beispielsweise an der EFH Hannover neben dem Praxisprojekt und dessen Auswertung in den Bereichen Sozialarbeitswissenschaft, Empirie / Wissenschaftstheorie und Qualitätssicherung (www.efh-hannover.de). Damit hat der Studiengang für den Professionalisierungsprozess eine immense Bedeutung, indem er das Projekt der Sozialarbeitswissenschaft vorantreibt, bzw. Sozialarbeitswissenschaft institutionell etabliert, sowie dazu beiträgt, dass das Defizit empirischer Erkenntnisse über Soziale Arbeit abgebaut werden kann.

Die wissenschaftliche Bedeutung wird auch von derzeitigen Teilnehmern an dem Studiengang bestätigt. So stellt *Roland Bottke (2002)* fest, dass dieser Studiengang in erster Linie für Forschung und Wissenschaft relevant ist und darauf ausgelegt ist, „seinen eigenen wissenschaftlichen Nachwuchs heranzuziehen“ (*ebd.*, S.5).

Der spezialisierte Masterstudiengang bildet hingegen spezielle Schwerpunkte. Die Klinische Sozialarbeit beispielsweise, beschäftigt sich mit gesundheitsspezifischen Aspekten und stellt somit eine Fachsozialarbeit dar, die vor allem für Sozialarbeiter aus den Bereichen Psychiatrie, Krankenhaussozialarbeit, Suchtberatung und Rehabilitation gedacht ist (*Pauls 2003*). Die Klinische Sozialarbeit versucht in erster Linie die Kompetenzen und Kernaktivitäten für diese Bereiche herauszustellen und zu vermitteln, sowie die Methoden für die Gesundheitsarbeit zu verfeinern und weiterzuentwickeln.

Sie stellt eine fachliche Spezialisierung dar, um das Profil der Sozialen Arbeit in diesem Bereich zu schärfen (*Geißler-Piltz 2002*). Hierbei will dieses wissenschaftlich fundierte Weiterbildungsangebot dem breiten Spektrum von Zusatzqualifikationen entgegentreten und eine Spezialisierung für Sozialarbeiter anbieten, die in der Disziplin der Sozialen Arbeit verortet ist und auf dem generalistischen Ansatz

des grundständigen Diplomstudiengangs aufbaut. So verfolgt die Fachsozialarbeit ebenfalls Aufgaben, die bedeutsam für das Professionalisierungsprojekt sind.

Allerdings sind die Befürchtungen gegenüber den Masterstudiengängen groß. Vor allem der DBSH befürchtet eine Entwertung des Diplomabschlusses, aus dem sich der „Zwang zum Zweitstudium“ (*Schneider 2003, S. 4*) ergibt. Dies würde dann zu einem erschwerten Zugang zum Beruf führen, ohne dass damit eine Statusverbesserung oder eine höhere Entlohnung zu erwarten sei. Zudem würde der Eindruck erweckt, dass die bisherige Ausbildung nicht ausreiche und das Bild der unprofessionellen Sozialarbeiter würde verfestigt (*ebd.*).

Dies sind Befürchtungen, die ich nicht teilen kann, da sie den derzeitigen Gegebenheiten, die sich in der aktuellen Professionalisierungsdebatte ausdrücken, nicht gerecht werden. Zum einen denke ich, dass das aktuelle Bild der Sozialarbeit in der Öffentlichkeit kaum noch weiter entwertet werden kann und zum anderen sind Tendenzen, die ein Zweitstudium zum status quo werden lassen, eher unwahrscheinlich, wenn man sich den Stellenwert von Masterstudiengängen in anderen Ländern anschaut. So erwerben in den USA und Großbritannien nur etwa ein Drittel den zweiten Abschluss (*Klassen 2003*). Außerdem sind andere Zusatzqualifikationen auch nicht mit dem Erreichen einer höheren Gehaltsgruppe verbunden.

Meine Sorge für den Bereich der Fachsozialarbeit ist vielmehr, dass ihre „hybride Wissensbasis“, in der die Klinische Sozialarbeit „gesundheitswissenschaftliches, medizinisches und psychologisches Wissen mit sozialarbeiterischer Kompetenz“ (Wendt 2003, S.2) verbindet, die Dominanz der Bezugsdisziplinen nicht überwinden kann. Dieses Problem wird sich aber erst im Laufe der Zeit und in Verbindung mit der weiteren Entwicklung und Etablierung der Sozialarbeitswissenschaft lösen lassen.

3 Untersuchung

3.1 Untersuchungsmethode

Das Hauptanliegen meiner Untersuchung ist es, zu überprüfen, wie die Sozialarbeiter aus dem Arbeitsfeld Psychiatrie der Professionalisierungsdebatte und den Spezialisierungstendenzen in der Aus- und Weiterbildung gegenüberstehen. Deshalb bilden die Zielgruppe meiner Untersuchung Sozialarbeiter, die in psychiatrischen Einrichtungen tätig sind. Sie sind der Personenkreis, dem sich die aktuelle Professionalisierungsdebatte widmet, diejenigen, die an sich selbst den Nutzen ihrer Ausbildung für ihr Arbeitsfeld erfahren konnten, und diejenigen, die Aussa-

gen über etwaige Defizite machen können. Die Sozialarbeiter stellen also eine Expertengruppe dar, deren Meinung zu diesem Thema unbedingt gehört werden sollte.

Da bei diesem Thema auch mit selbstkritischen, abwertenden Aussagen über die eigene oder die Praxis von Kollegen zu rechnen ist und diese auch berücksichtigt werden sollten, habe ich mich für eine anonyme, schriftliche Befragung in Form eines Fragebogens entschieden. Dieses Verfahren soll es den Teilnehmern erleichtern, sich frei zu äußern und die generelle Bereitschaft zur Teilnahme an der Umfrage steigern. Vor allem verspreche ich mir aber durch eine solche standardisierte Befragung möglichst viele Sozialarbeiter in relativ kurzer Zeit zu erreichen. Das Einzugsgebiet der Probanden habe ich auf den Raum Hannover beschränkt.

Der Fragebogen (siehe Anhang) umfasst insgesamt 65 Items, von denen allerdings nur 44 von allen Teilnehmern zu beantworten waren. Die restlichen 21 Fragen bieten die Möglichkeit, spezielle Fakten oder Meinungen zu konkretisieren und sind im Sinne einer Wenn-Dann-Frage gestellt. Die Fragestellung reicht von geschlossenen über Hybridfragen zu offenen Fragen. Den Fragebögen habe ich ein Anschreiben (s. Anhang) an die Sozialarbeiter beigelegt, das verdeutlichen soll, in welchem Rahmen und zu welchem Thema diese Umfrage durchgeführt wird.

Der Fragebogen lässt sich in folgende Themenbereiche trennen:

- Erfassung persönlicher Daten (Item 1 - 6)
- Fragen zur multiprofessionellen Teamarbeit (Item 7 - 11)
- Fragen zum Arbeitsauftrag (Item 12 - 13)
- Fragen zur professionellen Kompetenz (Item 14 - 20a)
- Fragen zum methodischen Handeln (Item 21 - 24)
- Fragen zur Spezialisierungsbereitschaft (Item 25 - 29a)
- Fragen zu Professionalisierungsschwerpunkten (Item 30 - 38)

Bei der Erfassung der persönlichen Daten der Sozialarbeiter frage ich nicht nur demographische Angaben wie etwa Alter oder Geschlecht ab, sondern auch Angaben zu Zusatzqualifikationen, Berufserfahrung und zur Art der Einrichtung, in der sie tätig sind (Item 1 - 6).

Das Erleben der eigenen Arbeit in einem multiprofessionellen Team soll Aufschluss über den wahrgenommenen Stellenwert der eigenen Arbeit in Bezug auf andere Berufsgruppen, die in der jeweiligen Einrichtung tätig sind, geben (Item 7 - 11).

Die Fragen zum Arbeitsauftrag sollen zeigen, ob die Arbeit des Sozialarbeiters als ausreichend legitimiert wahrgenommen wird und somit die Professionellen von einem gesellschaftlichen Nutzen ihrer Arbeit ausgehen. (Item 12 - 13).

Der Fragenkomplex zu den professionellen Kompetenzen der Sozialarbeiter (Item 14 - 20a) soll zeigen, inwieweit sie sich als homogene Gruppe wahrnehmen, die sich von anderen Berufsgruppen abgrenzt. Außerdem wird abgefragt, welche Kompetenzen wie angeeignet werden konnten und ob sie eine ausreichende Qualifikation für den jeweiligen Arbeitsalltag darstellen. Darüber hinaus soll überprüft werden, ob sie spezielle Kompetenzen der Sozialen Arbeit darstellen oder ob sie von anderen Fächern dominiert sind.

Die Fragen nach methodischem Handeln der Sozialarbeiter (Item 21 - 24) soll Aufschluss darüber geben, inwieweit theoretische Faktoren die berufliche Praxis beeinflussen und welchen Stellenwert Theorien für die Praktiker haben.

Die Fragen 25 - 29a sollen zeigen, ob die Probanden das Arbeitsfeld Psychiatrie als eigenständigen Bereich der Sozialen Arbeit wahrnehmen, für den es spezielle sozialarbeiterische Qualifikationsmaßnahmen geben sollte. Darüber hinaus soll geklärt werden, welcher Art solche Maßnahmen sein sollten und ob deren Absolvierung für die Professionellen in Frage kommt.

Der letzte Fragenkomplex (Item 30 - 38) fragt Faktoren ab, die für eine Motivations zur Professionalisierung bedeutend sein können, bzw. die ein Defizit in der Entwicklung zur Profession darstellen. Die Antworten sollen zeigen, in welchen Bereichen von den Praktikern ein Bedarf zur Professionalisierung gesehen wird und was somit vorrangige Ziele einer solchen Bestrebung sein könnten.

Um die Sozialarbeiter, die in psychiatrischen Arbeitsfeldern tätig sind, zu erreichen, habe ich alle Einrichtungen, die in den „Soziale Seiten“ (Berner u. a. 2001) unter den Kategorien „Psychiatrie“ und „psychisch Kranke“ aufgeführt sind, telefonisch kontaktiert. Bei den Kliniken habe ich mich allerdings auf die für die Sektorversorgung der Stadt Hannover zuständigen vier Kliniken beschränkt. Zumeist konnte ich eine Ansprechperson gewinnen, der ich dann Fragebögen für alle Sozialarbeiter dieser Einrichtung geschickt habe und die diese dann weiterleiten wollte. Zwei der angesprochenen Einrichtungen luden mich in ihre Teamsitzung ein, um dort direkt mein Anliegen vorzutragen. Insgesamt konnte ich 18 von 20 Einrichtungen zur Mitarbeit gewinnen, die mir den Zugang zu 146 Sozialarbeitern ermöglichten.

Die Einrichtungen, in denen ich meinen Fragebogen verteilen konnte, waren:

- AWO – Ambulant betreutes Wohnen für psychisch Kranke
- AWO – Übergangwohnheim
- Balance e.V.
- Beta 89 – REHA
- Beta 89 – Betreutes Wohnen
- Ex + Job – Soziale Dienstleistungen e.V. – Betreutes Wohnen
- Ex + Job – Soziale Dienstleistungen e.V. – Wohnheim
- Verein zur Förderung und Integration psychisch Kranker (Fips) e.V.
- Gemeinnützige Gesellschaft für Behindertenarbeit e.V.
- Gemeinnütziger Verein zur Förderung sozialer Beziehungen e.V.
- Gruppe Soziale Selbsthilfe e.V. – Kontaktstelle
- Hannoversche Werkstätten gGmbH – Hannoversche Wohn Assistenz (HWA)
- Klinikum Hannover – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Langenhagen
- Klinikum Wahrenndorff
- LKH Wunstorf – Fachabteilung Bad Rehburg
- Medizinische Hochschule Hannover
- Team Gemeindepsychiatrie der Region Hannover – Beratungsstellen
- Wohnheim Haus Wilkening

Um den Rücklauf der Fragebögen möglichst einfach zu gestalten, habe ich jedem Fragebogen einen adressierten und frankierten Rückumschlag beigefügt.

3.2 Darstellung der Ergebnisse

An der Fragebogen-Untersuchung haben insgesamt 53 von 146 Personen teilgenommen, von denen 49 Fragebogen ausgewertet wurden. 4 Exemplare mussten aussortiert werden, da sie nicht von Sozialarbeitern/ Sozialpädagogen ausgefüllt wurden, sondern von Angehörigen anderer Berufsgruppen. Formal kann man sagen, dass die Rücklaufquote, bei 146 verschickten Fragebögen in 18 Einrichtungen, 33,6% beträgt. Aufgrund der Ferienzeit zum Zeitpunkt der Untersuchung, einem relativ kurzen Zeitraum (21 Tage) der Befragung, der den Probanden zugestanden werden konnte, und der anzunehmenden relativ hohen Ausfallquote bei schriftlichen Befragungen (*Steinert u. a. 2000*) bin ich durchaus zufrieden mit diesem Rücklauf.

Da von den verbleibenden 49 Probanden nicht alle jede Frage beantwortet haben, gebe ich die jeweilige Stichprobengröße unter dem Kürzel „N“ in den Diagrammtiteln an.

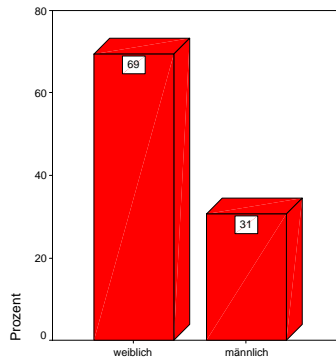


Abb. 1: 1. Mein Geschlecht ist ... , N = 49

An der Umfrage haben 34 Frauen (69%) und 15 Männer (31%) teilgenommen.

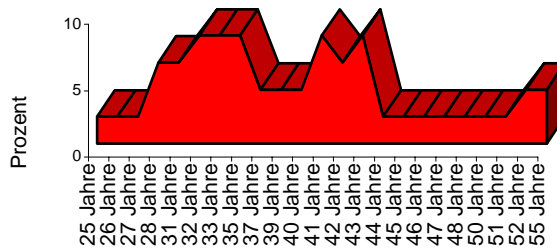


Abb.2: 2. Ich bin Jahre alt, N = 49

Die Probanden waren zwischen 25 und 55 Jahren alt und hatten ein Durchschnittsalter von 38,82 Jahren.

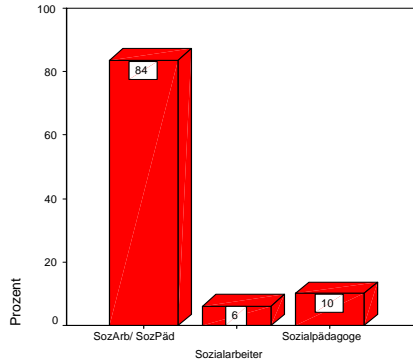


Abb.3: 3. Meine Berufsbezeichnung ist ..., N = 49

Der Großteil (84%) gab eine Doppelqualifikation (Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge) an, 6% nur Sozialarbeiter, 10% nur Sozialpädagoge.

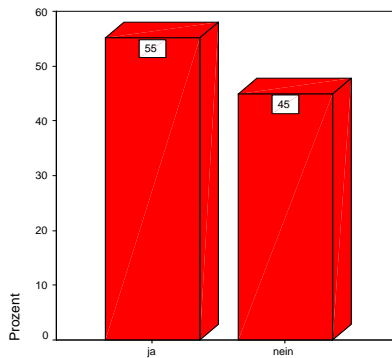


Abb.4: 4. Haben Sie eine oder mehrere Zusatzausbildungen absolviert? N = 49

Über die Hälfte (55%) gab an, mindestens eine Zusatzausbildung absolviert zu haben.

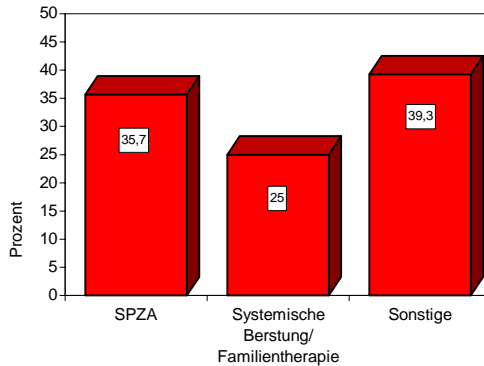


Abb.5: 4a. Wenn ja: Welche? N = 27

Die Frage nach Art der Zusatzausbildung war offen gestellt und bot eine Vielzahl von Antwortmöglichkeiten. Zwei große Gruppen konnten ausgemacht werden, einmal die Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung (SPZA), die 35,7% absolvierten, und zum anderen systemische Zusatzausbildungen, mit den Schwerpunkten Beratung und / oder Familientherapie (25%). Die Kategorie „Sonstige“ umfasst die unterschiedlichsten Zusatzausbildungen wie beispielsweise Sozialmanagement, Supervision oder Tanz.

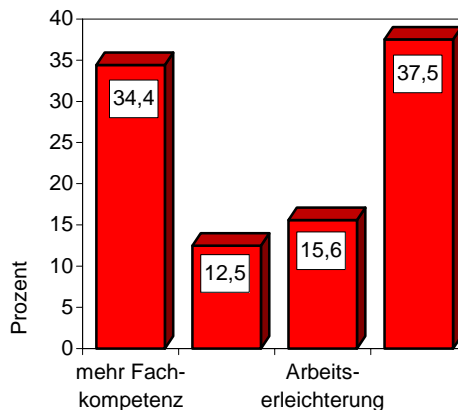


Abb.6: 4b. Worin bestand Ihre Motivation für eine Zusatzausbildung? N = 27

Auch die Frage nach der Motivation für eine Zusatzausbildung war offen gestellt. Hierbei ließen sich die Kategorien der Wunsch nach mehr „Fachkompetenz“ (34,4%), die Annahme, die eigenen „Berufschancen“ zu verbessern, (12,5%) sowie die Erwartung einer „Arbeitserleichterung“ (15,6%) durch die erlangten Fähigkeiten einer Zusatzausbildung bilden. Die Kategorie „Sonstige“ umfasst die verschiedensten Angaben, wie beispielsweise persönliches „Interesse“ am Gegenstand der Zusatzausbildung, „Ergänzung“ oder „über den Tellerrand blicken“. Mehrfachantworten waren möglich.

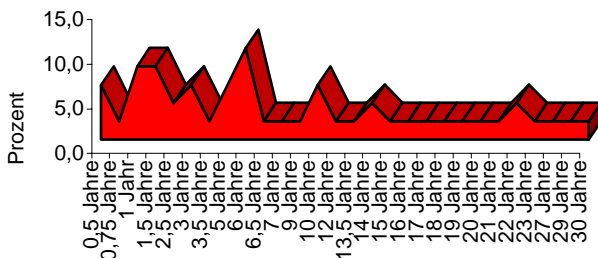


Abb.7: 5. Meine Berufserfahrung als SozialarbeiterIn/ SozialpädagogeIn beträgt Jahre, N = 49

Die Probanden konnten auf eine Berufserfahrung von durchschnittlich 9,4 Jahren zurückblicken. Die kürzeste Berufserfahrung betrug ein halbes Jahr, die längste 30 Jahre.

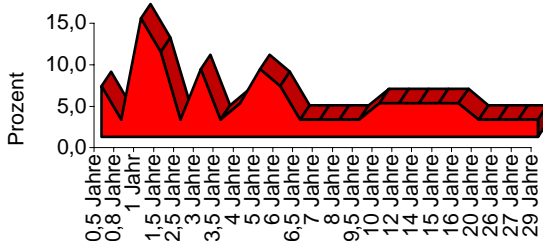


Abb.8: 5a. Davon im Arbeitsfeld Psychiatrie, N = 49

Im Arbeitsfeld Psychiatrie waren die Befragten seit durchschnittlich 7,1 Jahren beschäftigt, und zwar mindestens seit einem halben Jahr und höchstens seit 29 Jahren.

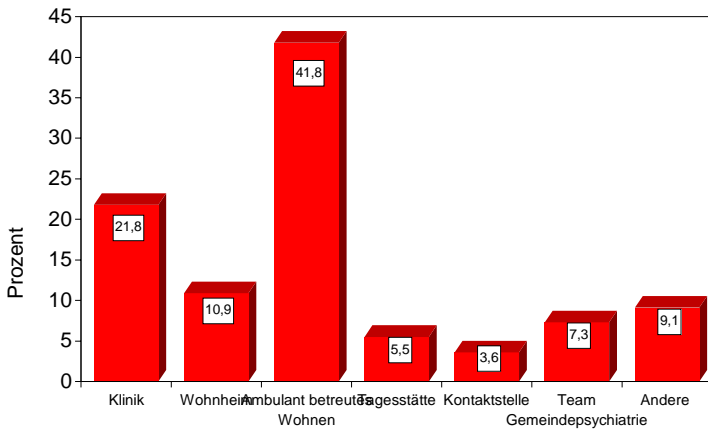


Abb.9: 6. Die Art der Einrichtung, in der Sie tätig sind: N = 49

Von den Sozialarbeitern arbeiteten 21,8% in einer Klinik, 10,9 % im Wohnheim, die größte Gruppe, 41,8%, im betreuten Wohnen, 5,5% in einer Tagesstätte, 3,6% in einer Kontaktstelle, 7,3% im Team Gemeindepsychiatrie (ehemals sozialpsychiatrischer Dienst) und die restlichen 9,1% in der Rehabilitation oder Institutsambulanz (Andere). Mehrfachantworten waren möglich.

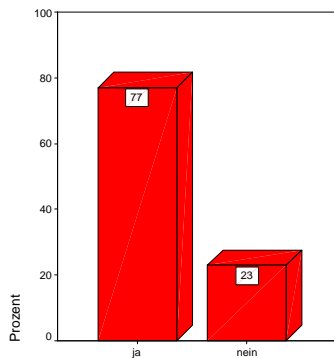


Abb.10: 7. Ich arbeite in einem multiprofessionellen Team, N = 48

77% gaben an, in einem multiprofessionellen Team tätig zu sein. Ein Proband machte keine Angaben.

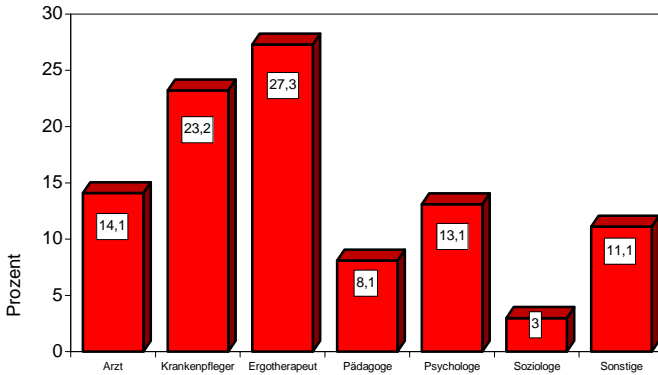


Abb.11: 8. Folgende Professionen sind in der Einrichtung, in der ich tätig bin, vertreten: N = 41

Die Sozialarbeiter, die in einem multiprofessionellen Team angestellt waren, arbeiteten zu 14,1% mit Ärzten, zu 23,2% mit Krankenpflegern, zu 27,3% mit Ergotherapeuten, zu 8,1% mit Pädagogen, zu 13,1% mit Psychologen, zu 3% mit Soziologen und zu 11,1% mit anderen Berufsgruppen (Erzieher, Physiotherapeut, Psychotherapeut, Heilerziehungspfleger und Heilpädagoge) zusammen. Die Frage wurde offen gestellt und Mehrfachantworten waren möglich.

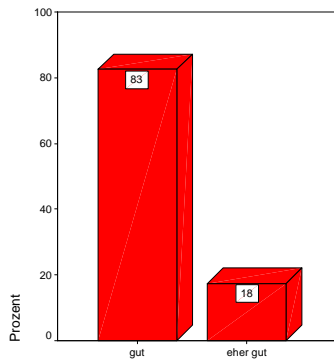


Abb.12: 9. Das berufliche Verhältnis zu Mitgliedern anderer Professionen im Team ist ... , N = 40

Das Arbeitverhältnis mit Mitgliedern anderer Berufsgruppen wurde von den Sozialarbeitern durchgängig als gut bezeichnet. Lediglich 18% wählten die eingeschränkte Antwortvorgabe „eher gut“ und niemand die Antworten „eher schlecht“ oder „schlecht“.

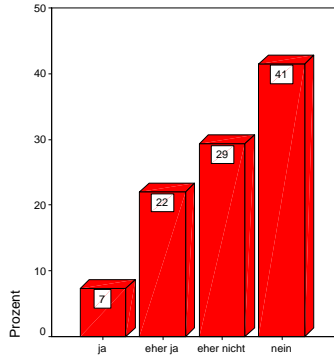


Abb.13: 10. Die unterschiedlichen Professionen in der Einrichtung, in der ich tätig bin, sind hierarchisch zueinander geordnet, N = 41

7% gaben an, dass die vertretenen Berufsgruppen hierarchisch zueinander geordnet sind, 22% sagten, dass dies tendenziell der Fall ist, 29% nahmen eingeschränkt keine Hierarchie war und 41% gaben an, dass es eine solche Hierarchie in ihren Arbeitsbeziehungen, zumindest nach Berufsgruppen, nicht gab.

Die Frage 10a.: „Wenn ja oder eher ja: Eine Hierarchie nehme ich in folgender Berufsgruppen – Rangfolge wahr“, wurde lediglich von 7 Probanden beantwortet und zwar völlig unterschiedlich, so dass eine deskriptive Auswertung nicht sinnvoll ist.

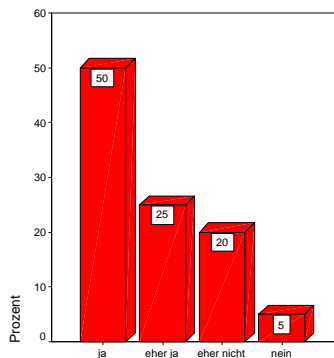


Abb.14: 11. Die Aufgaben anderer Professionen in meinem Team überschneiden sich mit denen der Sozialen Arbeit, N = 40

Dreiviertel der Sozialarbeiter, die in einem multiprofessionellen Team arbeiteten, gaben an, dass sie zumindest zum Teil dieselben Aufgaben zu erledigen hatten,

wie Angehörige anderer Berufsgruppen (50% antworteten mit „ja“, 25% mit „eher ja“). Lediglich 5% schienen ein klar abgegrenztes, den Sozialarbeitern vorbehaltenes Aufgabengebiet zu haben. 20% schienen eine Aufgabenüberschneidung nur in marginalen, eher nicht bedeutenden Bereichen wahrzunehmen.

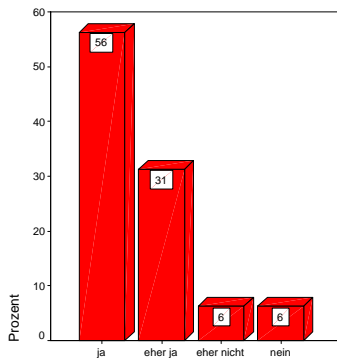


Abb.15: 12. Ich habe einen klar definierten Arbeitsauftrag in meiner Einrichtung, N = 48

56% konnten einen klar definierten Arbeitsauftrag in ihrer Einrichtung voll und ganz vorweisen, 31% eingeschränkt. Aber bei immerhin jeweils 6% lag dieser „nicht“ oder „eher nicht“ vor

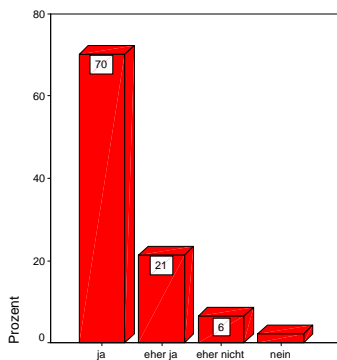


Abb.16: 13. Die Soziale Arbeit hat einen gesellschaftlichen Auftrag für das Arbeitsfeld Psychiatrie, N = 47

Institutionsunabhängig gefragt, nahmen bereits 70% eindeutig einen gesellschaftlichen Auftrag wahr, im Arbeitsfeld Psychiatrie tätig zu werden, 21% eingeschränkt (eher ja). Überrascht haben mich aber die 6%, die „eher nicht“ geantwortet haben und die 3%, die eindeutig keinen gesellschaftlichen Auftrag wahrnahmen.

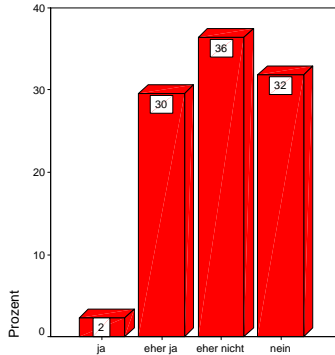


Abb.17: 14. Die Arbeit anderer SozialarbeiterInnen/ SozialpädagogInnen mit den gleichen Aufgaben, die ich habe, unterscheidet sich inhaltlich von meiner Arbeit, N = 44

2% der Sozialarbeiter nahmen an ihren Kollegen einen grundsätzlich unterschiedlichen Ansatz wahr, ihre Arbeit zu erledigen, 30% taten dies eingeschränkt. 68% (36% „eher nicht“, 32% „nein“) sahen kaum oder keine inhaltlichen Unterschiede.

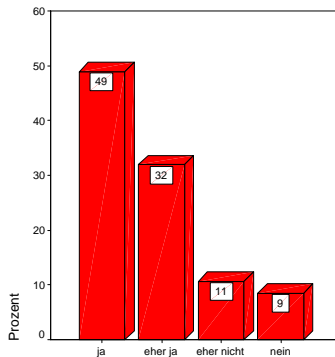


Abb.18: 15. Meine Arbeit kann nur von ausgebildeten SozialarbeiterInnen / SozialpädagogInnen erledigt werden, N = 47

49% der Befragten waren der Meinung, dass ihre Arbeit nur von Sozialarbeitern erledigt werden kann, für 32% traf das im Großen und Ganzen (eher ja) zu. 9% beantworteten die Frage mit „nein“ und 11% mit „eher nicht“.

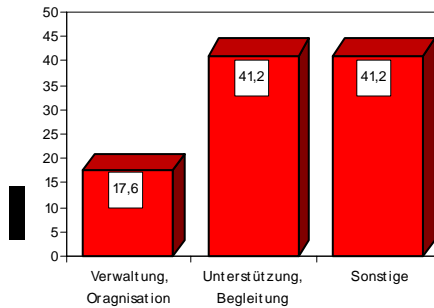


Abb.19: 15a. Ausnahmen sind ..., N = 18

17,6% schränkten ihre Aussage insoweit ein, als dass sie Angaben, dass Aufgaben aus dem Bereich Verwaltung/ Organisation auch von anderen erledigt werden können, 33,3% meinten, dies trifft für Aufgaben aus dem Bereich Unterstützung / Begleitung zu, 38,9% gaben an, dass ihre Arbeit auch von anderen Berufsgruppen mit besonderer Qualifikation (beispielsweise Krankenpflegekräfte mit langjähriger Erfahrung oder SPZA) erledigt werden können und 11,1% gaben weitere Aufgaben an (wie beispielsweise Einzelberatung). Die Frage wurde offen gestellt und Mehrfachantworten waren möglich.

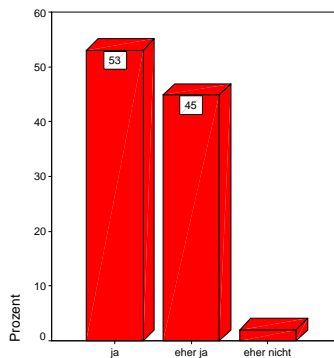


Abb. 20: 16. Ich fühle mich den Anforderungen an die Soziale Arbeit in der Psychiatrie voll und ganz gewachsen, N = 49

53% fühlten sich den Anforderungen in dem psychiatrischen Arbeitsfeld voll und ganz gewachsen, 45% taten dies eingeschränkt. Lediglich 2% fanden, dass dies eher nicht der Fall war und niemand hatte diese Frage verneint.

Auf die Frage 16a. „Wenn nein oder eher nein: Worin bestehen die Defizite?“ hatten 2% je unterschiedlich geantwortet (Arbeitsrecht, Defizit an Reflexionsmöglichkeiten, zu vielfältige Anforderungen, um allen gerecht zu werden, Verwaltung/ Leitung/ BWL)

Die Fragen 17a. - 17f. bezogen sich auf die Frage 17. „Wie haben Sie sich Ihre Kompetenzen für das Arbeitsfeld Psychiatrie in erster Linie angeeignet?“

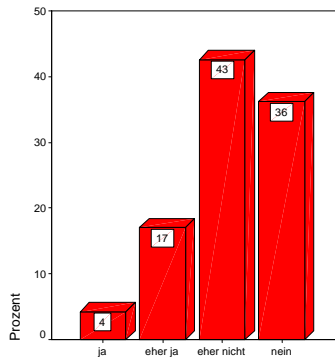


Abb.21: 17a. Die hatte ich schon immer, N = 47

4% gehen davon aus, dass sie ihre Kompetenzen schon immer hatten, 17% antworteten mit „eher ja“, 43% mit „eher nicht“ und 36% schlossen dies aus.

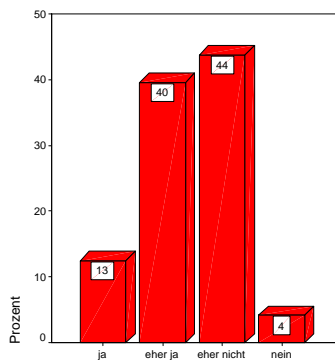


Abb.22: 17b. Durch mein Studium, N = 48

13% konnten sich ihre Kompetenzen im Studium aneignen, 40% zumindest zum Teil, 44% schlossen dies eher aus und für 4% war ihr Studium nicht hilfreich im Sinne einer Kompetenzvermittlung für diesen Bereich.

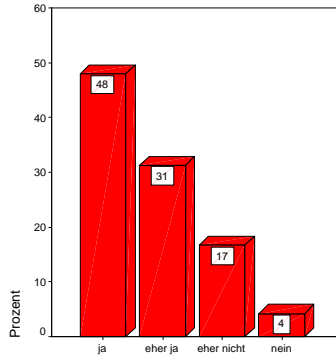


Abb.23: 17c. Durch mein Anerkennungs-jahr, N = 48

48% antworteten auf die Frage, ob sie sich die Kompetenzen im Anerkennungs-jahr aneignen konnten, mit „ja“, 31% mit „eher ja“, 17% mit „eher nicht“ und 4% mit nein.

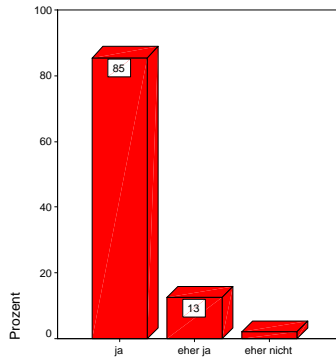


Abb.24: 17d. Durch eigene Berufspraxis, N = 48

Berufspraxis als Ort der Aneignung von arbeitsfeldrelevanten Kompetenzen gaben 58% eindeutig mit „ja“ an, 13% schwächten mit „eher ja“ ab. 2% konnten dort „eher nicht“ Kompetenzen aneignen und niemand gab „nein“ an.

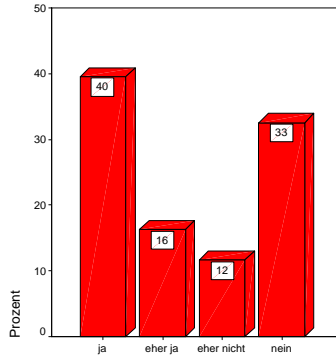


Abb.25: 17e. Durch Zusatzausbildung(en), N = 43

40% hatten sich ihre Kompetenz durch Zusatzausbildungen angeeignet, 16% gaben „eher ja“ an, 12% „eher nicht“ und 33% „nein“.

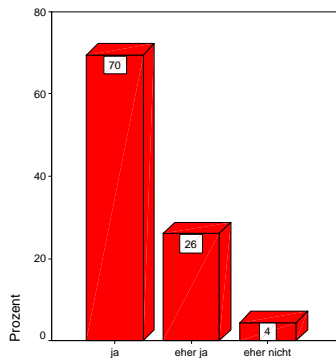


Abb.26: 17f. Durch Sonstiges, n = 23

Die Frage 17f. „Durch“ bot die Möglichkeit, noch weitere Orte der Kompetenzaneignung anzugeben. 23 Probanden (47%) antworteten zu 70% mit „ja“, 26% mit „eher ja“ und 4% mit „eher nicht“. Die Angaben waren vielfältig, aber 35% gaben einheitlich „Lebenserfahrung“ an.

Die Fragen 18a. - 18e. boten die Möglichkeit, die Art der Kompetenzen auf den jeweiligen Ort der Aneignung zu beziehen. Alle 5 Fragen wurden offen gestellt und die Antworten nachträglich in Kategorien zusammengefasst. Mehrfachantworten waren möglich.

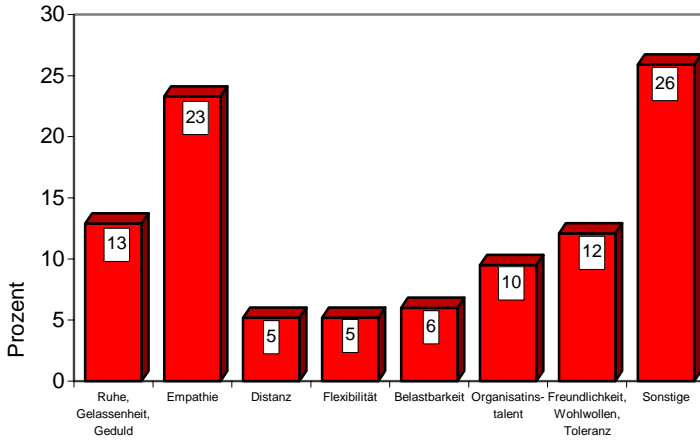


Abb.27: 18a. Welche Kompetenzen ihrer Persönlichkeit sind für ihre Arbeit bedeutsam?, n = 46

Als für ihre Arbeit bedeutsame Kompetenzen ihrer Persönlichkeit bezeichneten 13% „Ruhe / Gelassenheit / Geduld“, 23% „Empathie“, 5% „Distanz“, 5% „Flexibilität“, 6% „Belastbarkeit“, 10% „Organisationstalent“, 12% „Freundlichkeit

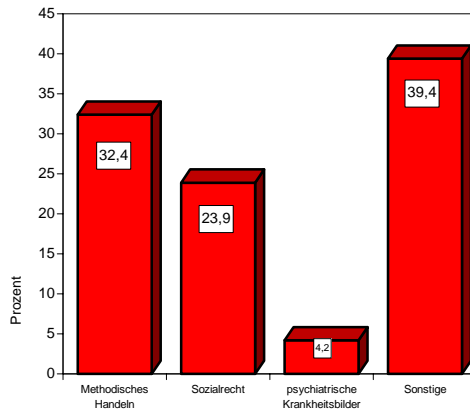


Abb.28: 18b. Welche für Ihre Arbeit wesentlichen Kompetenzen konnten Sie sich im Studium aneignen?, N = 42

Im Studium konnten sich 32% „Methodisches Handeln“ aneignen, 24% Wissen im „Sozialrecht“, 4% Wissen über „psychiatrische Krankheitsbilder“ und 39% weitere Kompetenzen.

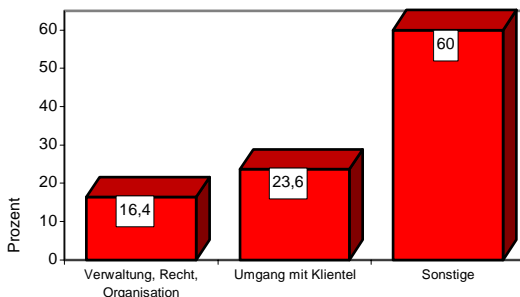


Abb.29: 18c. Welche für Ihre Arbeit wesentlichen Kompetenzen konnten Sie sich im Anerkennungsjaar aneignen?: N = 42

Durch das Anerkennungsjaar hatten sich 16% Kompetenzen aus dem Bereich „Verwaltung, Recht, Organisation“ angeeignet, 24% hatten den „Umgang mit dem Klientel“ erlernt. Darüber hinaus gaben 60% weitere Kompetenzen an, wie etwa „Rollensicherheit“ oder „Fachwissen“, die nicht zu Gruppen zusammen gefasst werden konnten.

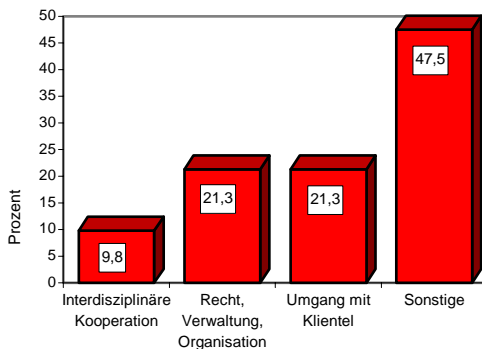


Abb.30: 18d. Welche für Ihre Arbeit wesentlichen Kompetenzen konnten Sie sich während Ihrer Berufspraxis aneignen?: N = 43

Durch die eigene Berufspraxis konnten die Probanden sich Kompetenzen aus den Bereichen „Interdisziplinäre Kooperation“ (10%), „Recht, Verwaltung, Or-

ganisation“ (21%), „Umgang mit dem Klientel“ (21%) und diverse weitere Kompetenzen (48%), wie „Überblick“ oder „Belastbarkeit“ aneignen.

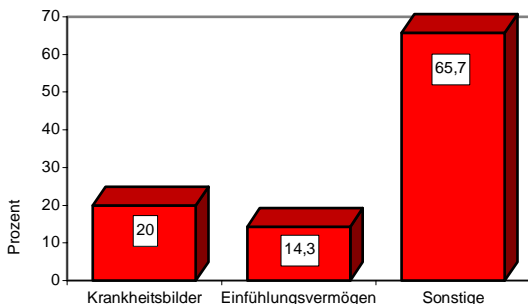


Abb.31: 18e. Welche für Ihre Arbeit wesentlichen Kompetenzen konnten Sie sich anderweitig aneignen?, N = 29

Darüber hinaus haben sich 59% der Probanden Kompetenzen anderweitig angeeignet. Zu nennen sind hierbei vor allem Wissen über „Krankheitsbilder“ (20%) und „Einfühlungsvermögen“ (14%), aber auch verschiedene andere wie „Resourcenorientierung“ oder „Lebenserfahrung“ (66%).

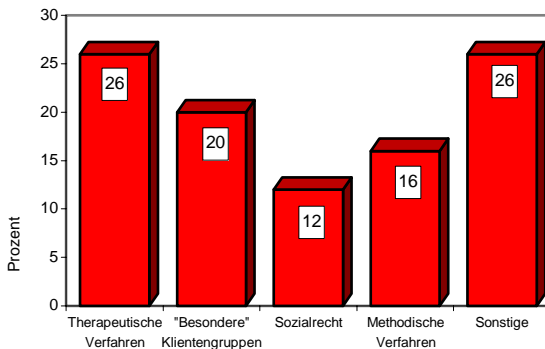


Abb.32: 19. In welchem Bereich würden Sie Ihr Wissen / Können gerne erweitern? N = 36

Das Wissen oder Können erweitern würden die befragten Sozialarbeiter gerne in den Bereichen „Therapeutische Verfahren“ (26%), „Besondere Klientengruppen“ (20%), „Sozialrecht“ (12%), „Methodische Verfahren“ (16%) und anderen (26%). Mehrfachantworten waren möglich.

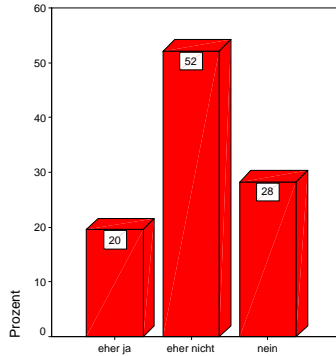


Abb.33: 20. Die Soziale Arbeit in meiner Einrichtung orientiert sich inhaltlich an anderen Professionen, N = 6

Die Sozialarbeiter hatten „eher nicht“ (52%) oder gar nicht (28%) den Eindruck, dass ihre Arbeit von Einflüssen anderer Professionen beeinflusst war. Jeder Fünfte räumte aber Ansätze ein („eher ja“ 20%).

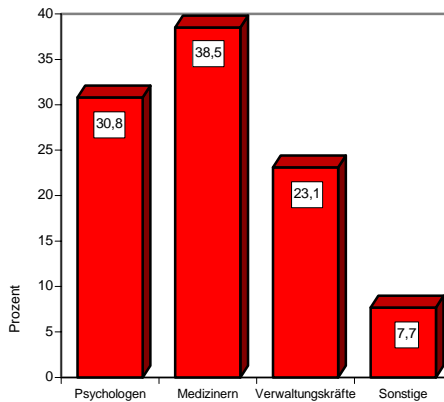


Abb.34: 20a. Wenn ja oder eher ja: An welchen?, N = 8

Wenn eine Dominanz anderer Berufsgruppen vorherrschte, so schienen das zu meist „Psychologen“ (31%), „Mediziner“ (39%) oder „Verwaltungskräfte“ (23%) zu sein, gelegentlich auch andere (8%).

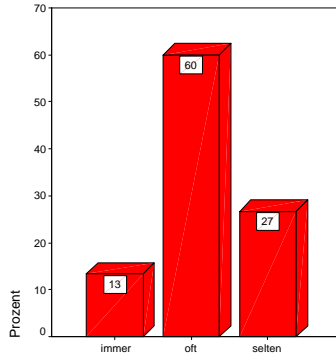


Abb.35: 21a. Ich reflektiere meine Arbeit alleine, N = 45

Die eigene Arbeit für sich selbst („alleine“) reflektierten 13% „immer“, 60% „oft“ und 27% „selten“. Niemand nutzte die Antwortvorgabe „nie“.

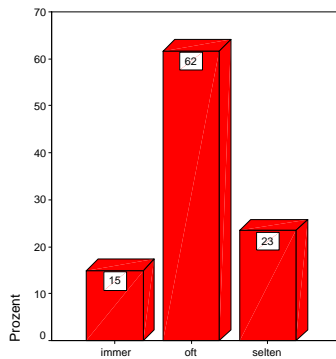


Abb.36: 21b. Ich reflektiere meine Arbeit unter SozialarbeiterInnen/ SozialpädagogInnen, N = 47

Mit anderen Sozialarbeitern reflektierten 15% „immer“, 62% „oft“ und 23% „selten“ ihre Arbeit. Auch hier verzichtete keiner der Befragten auf diesen Personenkreis für die Reflexion.

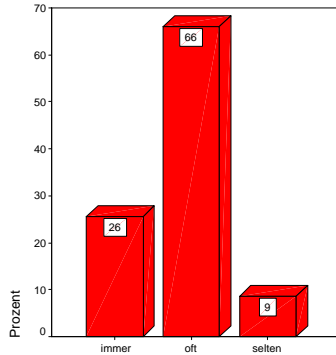


Abb.37: 21c. Ich reflektiere meine Arbeit im Team: N = 47

Auch das professionsübergreifende Team wurde von niemandem nicht zur Reflexion genutzt. 26% reflektierten ihre Arbeit dort „immer“, 66% „oft“ und 9% „selten“.

Darüber hinaus bot die Frage 21d. „Ich reflektiere meine Arbeit mit anderen“, die Möglichkeit weitere Personen oder Gruppen anzugeben. 20% benannten hierbei die „Supervision“, 24% „Freunde, Bekannte, Partner“ und 29% anderer Personengruppen.

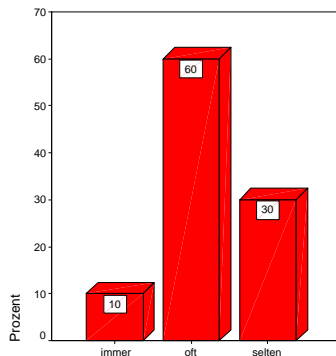


Abb.38: 21d.1. Ich reflektiere meine Arbeit in der Supervision: N = 10

In der Supervision reflektierten 10% „immer“ ihre Arbeit, 60% „oft“ und 30% „selten“.

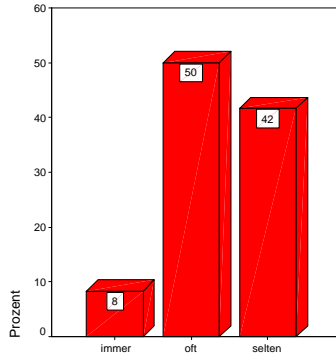


Abb.39: 21d.2. Ich reflektiere meine Arbeit mit Freunden, Bekannten, Partner, N = 12

„Freunde, Bekannte, Partner“ nutzten 8% „immer“, 50% „oft“ und 42% „selten“.

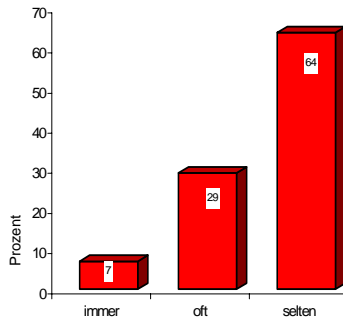


Abb.40: 21d.3. Ich reflektiere meine Arbeit mit Anderen, N =14

Andere Personen oder Gruppen wurden zu 7% „immer“, 29% „oft“ und 64% „selten“ genutzt.

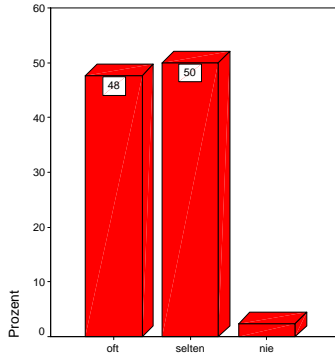


Abb.41: 22. Wie oft haben Sie Gelegenheit, Ihr Handeln theoretisch zu überprüfen?, N = 42

Generell hatten die Probanden zu 48% „oft“ und zu 50% „selten“ die Möglichkeit, ihr Handeln theoretisch zu hinterfragen. Lediglich 2% hatten „nie“ die Möglichkeit hierzu, aber auch niemand „immer“.

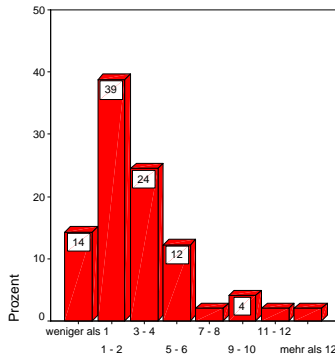


Abb.42: 23. Wie viele Fachbücher lesen Sie über den Bereich Psychiatrie pro Jahr?, N = 49

Durchschnittlich lasen die befragten 3 psychiatrische Fachbücher pro Jahr. 15% lasen „weniger als 1“, 40% „1 - 2“, 25% „3 - 4“, 13% „5 - 6“, 2% „7 - 8“, 4% „9 - 10“ und 2% „11 - 12“ Fachbücher.

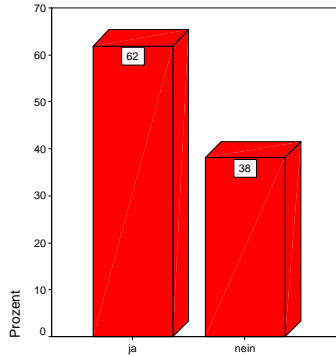


Abb.43: 24. Ich bin AkademikerIn, N = 42

62% gaben an, dass sie AkademikerIn sind, 38% verneinten dies.

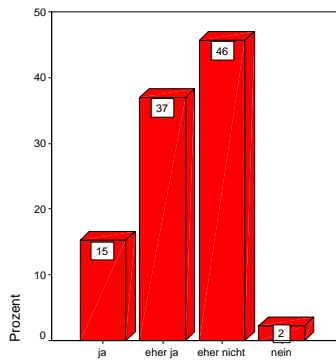


Abb.44: 25. Das Arbeitsfeld Psychiatrie unterscheidet sich meiner Meinung nach wesentlich von anderen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit, N = 46

15% der Probanden gaben an, dass sich das Arbeitsfeld Psychiatrie wesentlich von anderen Arbeitsfeldern Sozialer Arbeit unterscheidet. 37% antworteten mit „eher ja“, 46% mit „eher nein“ und 2% mit „nein“.

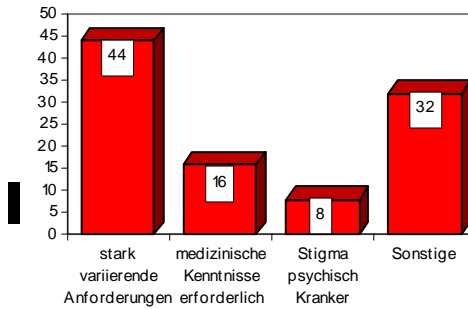


Abb.45: 25a. Wenn ja oder eher ja: Worin liegen Ihrer Meinung nach die Besonderheiten des Arbeitsfeldes Psychiatrie?, N = 24

Wenn wesentliche Unterschiede wahrgenommen wurden, wurden diese als „stark variierende Anforderungen“ an den Professionellen (44%), als „medizinische Kenntnisse“, die für diesen Bereich erworben werden müssen (16%), in der besonderen Stigmatisierung des Klientels (8%) oder in einzelnen weiteren Aspekten (32%) beschrieben. Mehrfachantworten waren möglich.

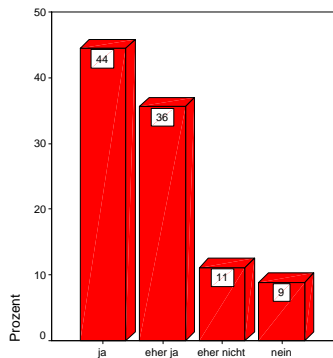


Abb.46: 26. Könnten Sie sich vorstellen, sich auf den Bereich Psychiatrie zu spezialisieren?, N = 45

Gut zweidrittel der Befragten konnten sich vorstellen, sich auf den Bereich Psychiatrie zu spezialisieren (44% „ja“ und 36% „eher ja“). Für 11% war dies „eher nicht“ vorstellbar und 9% schlossen das aus.

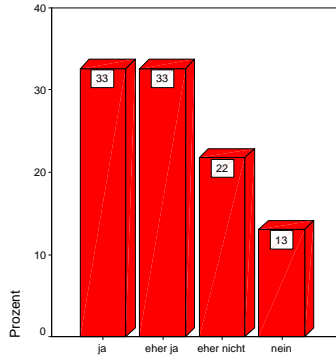


Abb.47: 27. Sollte es eine spezielle Ausbildung für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie geben?, N = 46

33% waren der Meinung, dass es eine spezielle Ausbildung für Sozialarbeiter in der Psychiatrie geben sollte. Ebenfalls 33% antworteten mit „eher ja“, 22% mit „eher nicht“ und 13% sahen keine Notwendigkeit hierfür.

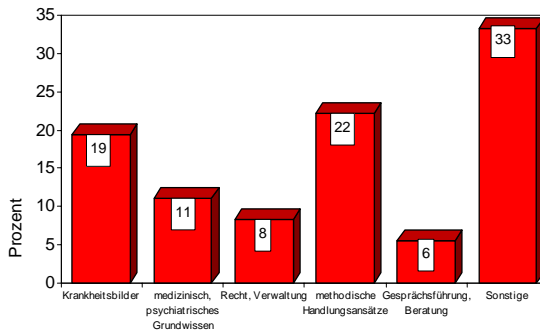


Abb. 48: 27a. Was sollte in einer speziellen Ausbildung für Soziale Arbeit in der Psychiatrie vermittelt werden?, N = 33

In einer solchen speziellen Ausbildung sollte laut der Befragten Wissen bzw. Können in folgenden Bereichen vermittelt werden: „Krankheitsbilder“ (19%), „medizinisch-psychiatrisches Grundwissen“ (11%), „Recht, Verwaltung“ (8%), „methodische Handlungsansätze“ (22%) und „Gesprächsführung, Beratung“ (6%). Darüber hinaus wurden weitere stark variierende Angaben gemacht, wie „Wichtigkeit von Öffentlichkeitsarbeit“ oder „therapeutische Verfahren“ (33%). Mehrfachantworten waren möglich.

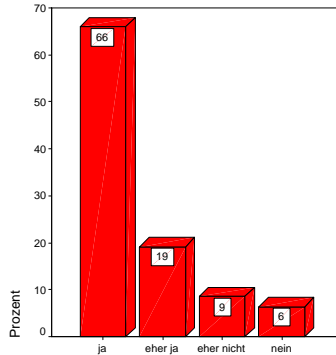


Abb.49: 28. Können Sie sich für sich persönlich die Teilnahme an einer Zusatzausbildung vorstellen?, N = 47

66% konnten sich in jedem Fall die Teilnahme an einer Zusatzausbildung vorstellen. 19% antworteten mit „eher ja“, 9% mit „eher nicht“ und lediglich 6% schlossen eine solche Maßnahme für sich aus.

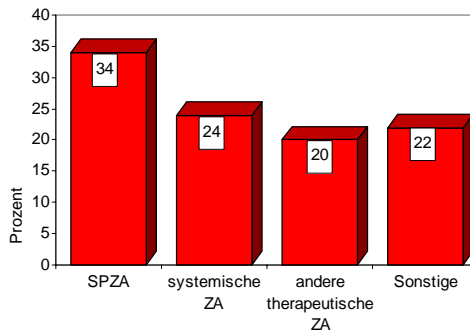


Abb.50: 28a. Welche Zusatzausbildung halten Sie für besonders geeignet?, N = 36

Als besonders geeignete Zusatzausbildungen wurden die Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung (SPZA, 34%), systemische Familientherapie und / oder Beratung (24%), andere therapeutische Zusatzausbildungen (20%) sowie ein großes Spektrum weiterer Zusatzausbildungen (22%) angesehen. Mehrfachantworten waren möglich.

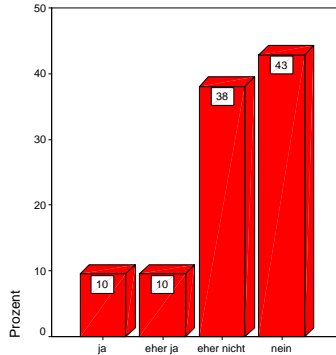


Abb.51: 29. Können Sie sich für sich persönlich die Teilnahme an einem Masterstudiengang vorstellen?, N = 42

Die Teilnahme an einem Masterstudiengang konnten sich nur 10% uneingeschränkt vorstellen. Ebenfalls 10% antworteten mit „eher ja“, 38% mit „eher nicht“ und 43% klar mit „nein“.

Auf die Frage 29a., „Welchen Schwerpunkt sollte ein Masterstudiengang haben?“, antworteten lediglich 7 Probanden, die sich in erster Linie für sozialarbeitswissenschaftliche oder medizinisch/ psychiatrische Aspekte aussprachen.

Die Fragen 30a - 30d boten die Möglichkeit, vorformulierte Wünsche für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie zu gewichten.

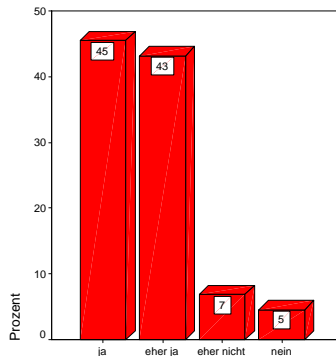


Abb.52: 30a. Für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie wünsche ich mir mehr Anerkennung, N = 44

Auf die Frage nach mehr Anerkennung antworteten 45% mit „ja“, 43% mit „eher ja“, 7% mit „eher nicht“ und 5% mit „nein“.

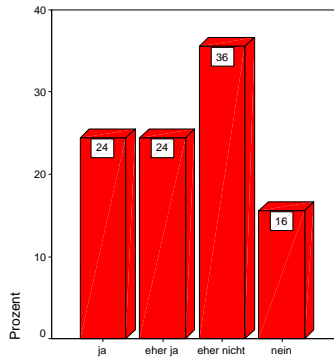


Abb.53: 30b. Für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie wünsche ich mir eine eigenständige Wissenschaft, N = 45

Einen Wunsch nach einer eigenständigen Wissenschaft gewichteten die Sozialarbeiter wie folgt: jeweils 24% mit „ja“ und „eher ja“, 36% mit „eher nicht“ und 16% mit „nein“.

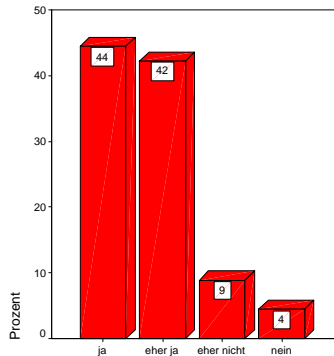


Abb.54: 30c. Für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie wünsche ich mir eine Orientierung an sozialetischen Grundsätzen, N = 45

Eine Orientierung an sozialetischen Grundsätzen war für 44% unbedingt wünschenswert, für 42% eher wünschenswert, 9% hielten dies für eher nicht wünschenswert und 4% für nicht wünschenswert.

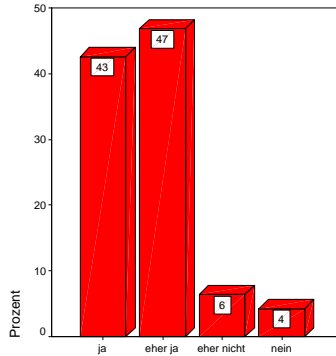


Abb.55: 30d. Für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie wünsche ich mir höhere Methodenkompetenz, N = 47

Auf die Frage nach dem Wunsch einer höheren Methodenkompetenz antworteten 43% mit „ja“, 47% mit „eher ja“, 6% mit „eher nicht“ und 4% mit „nein“.

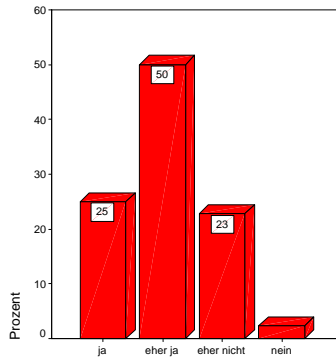


Abb.56: 31. Nach meinem Verständnis ist Soziale Arbeit in der Psychiatrie therapeutische Arbeit, N = 44

25% der Befragten hielten Soziale Arbeit in der Psychiatrie für therapeutische Arbeit, 50% für eher therapeutische Arbeit, 23% für eher keine therapeutische Arbeit und 2% nicht für therapeutische Arbeit.

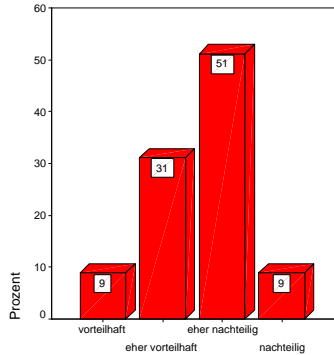


Abb.57: 32. Dass SozialarbeiterInnen/ SozialpädagogInnen überwiegend von ProfessorInnen anderer Disziplinen ausgebildet werden, halte ich für, N = 45

Dass Sozialarbeiter überwiegend von Professoren anderer Disziplinen ausgebildet werden, hielten 9% für „vorteilhaft“, 31% für „eher vorteilhaft“, 51% für „eher nachteilig“ und 9% für „nachteilig“.

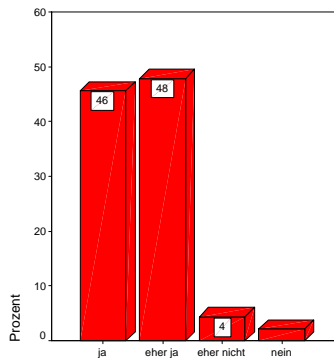


Abb.58: 33. Ich sehe einen Bedarf an Forschungsarbeiten für den Bereich Psychiatrie, die aus dem Blickwinkel der Sozialen Arbeit durchgeführt werden, N = 46

Einen Bedarf an Forschungsarbeiten für den Bereich Psychiatrie, die aus der Sicht der Sozialen Arbeit durchgeführt werden, sahen 46%. 48% antworteten mit „eher ja“, 4% mit „eher nicht“ und nur 2% sahen diesen Bedarf gar nicht.

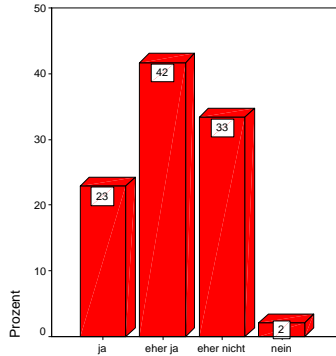


Abb.59: 34. In meinem Berufsalltag nehme ich widersprüchliche Anforderungen an meine Arbeit wahr, die nicht ohne weiteres miteinander zu vereinen sind, N = 48

Auf die Frage, ob sich die Professionellen widersprüchlichen Anforderungen an ihre Arbeit ausgesetzt sehen, gaben 23% „ja“, 42% „eher ja“, 33% „eher nicht“ und 2% „nein“ an.

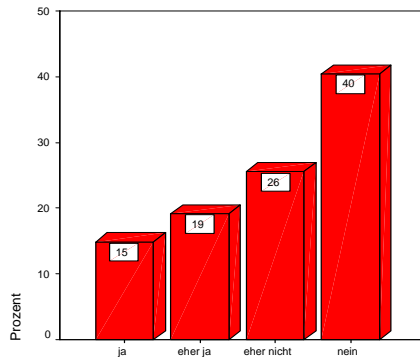


Abb.60: 35. Ich habe ein Vorbild, das meine Arbeit in der Psychiatrie geprägt hat, N = 47

15% bejahten die Frage nach einem Vorbild, das ihre psychiatrische Tätigkeit geprägt hat. 19% gaben „eher ja“ an, 26% „eher nein“ und 40% hatten kein Vorbild.

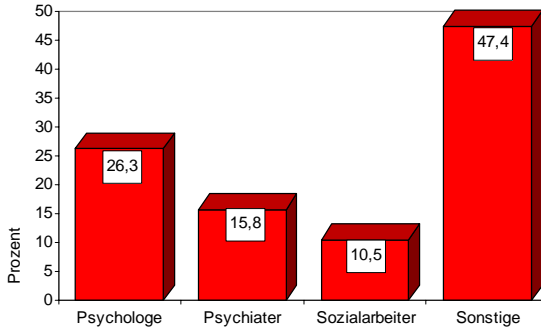


Abb.61: 35a. Wenn ja oder eher ja: Welcher Profession gehört(e) Ihr Vorbild an?, N = 16

Vorbilder wurden aus den Berufsgruppen „Psychologen“ (26%), „Psychiater“ (16%) sowie „Sozialarbeiter“ (11%) angegeben. Darüber hinaus wurden Therapeuten, Pädagogen, Künstler, Fachbuchautor und Jesus genannt.

Die abschließend gestellten Fragen nach den Stärken und Schwächen der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie wurden offen gestellt und es konnte mehrfach geantwortet werden.

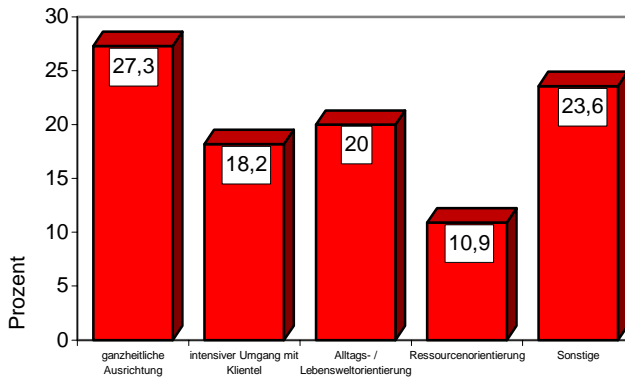


Abb.62: 36. In welchem Bereich sehen Sie die Stärken der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie?, N = 42

Die Stärken der Sozialen Arbeit wurden in ihrer „ganzheitlichen Ausrichtung“ (27%), im „intensiven Umgang mit dem Klientel“ (18%), in der „Alltags- und

Lebensweltorientierung“ (20%) sowie in ihrer „Ressourcenorientierung“ (11%) gesehen. Außerdem wurden weitere Stärken angegeben, die sich nicht zusammen fassen lassen, wie beispielsweise „Sicherung des Patientenrechts“ oder „Multi-funktionalität“ (24%).

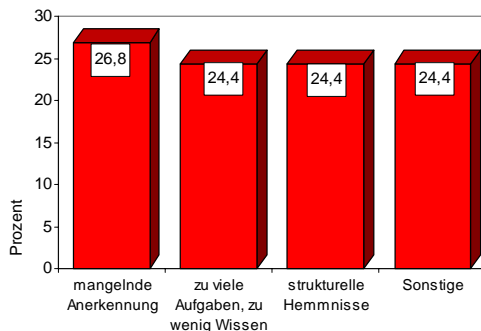


Abb.63: 37. In welchem Bereich sehen Sie die Schwächen der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie?, N = 38

Die Schwächen der Sozialen Arbeit wurden wie folgt beschrieben: 27% gaben „mangelnde Anerkennung“ an, 24% meinten, dass an sie „zu viele Aufgaben“ für ihren Wissensstand gestellt sind und 24% gaben „strukturelle Hemmnisse“ an, die ihre Arbeit einschränken. Auch bei dieser Frage war die Breite des Antwortspektrums nicht vernünftig in deskriptiver Weise darzustellen, so dass wiederum 24% der Antworten die Kategorie „Sonstige“ bilden.

Zum Schluss der Befragung hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, sich über die gestellten Fragen hinaus frei zum Thema zu äußern. Acht Probanden äußerten sich zur Spezialisierung. Zwei wiesen darauf hin, dass aus ihrer Perspektive eine Spezialisierung bzw. Zusatzqualifikationen notwendig und sinnvoll sind. Zwei weitere äußerten sich speziell zu Masterstudiengängen positiv und vier lehnten diese Art der Weiterbildung unter Hinweis auf den ganzheitlichen Ansatz der Sozialen Arbeit generell ab.

3.3 Zusammenfassende Interpretation der Antworten

In diesem Kapitel werde ich die Antworten aus der Fragebogenuntersuchung auf Professionalisierungs- und Spezialisierungsaspekte beziehen, bzw. dahingehend interpretieren. Hierzu werde ich Thesen formulieren, die durch die Antworten belegbar sind.

Da die befragten Sozialarbeiter seit durchschnittlich 7,1 Jahren im psychiatrischen Arbeitsfeld tätig sind, alle eine Hochschulausbildung abgeschlossen haben und ein nicht unwesentlicher Teil (55%) bereits Zusatzausbildungen absolviert hat, verfügen sie über ausreichend Wissen und Erfahrungen über ihr Arbeitsfeld und die Ausbildungssituation, um kompetente Aussagen über den Spezialisierungs- und den Professionalisierungsbedarf zu treffen.

Zusatzausbildungen werden als Möglichkeit wahrgenommen, sich auf das Arbeitsfeld Psychiatrie zu spezialisieren und zu qualifizieren. Die am häufigsten absolvierte Zusatzausbildung (SPZA, 35,7%) beschäftigt sich speziell mit dem Themenschwerpunkt Psychiatrie, und Zusatzausbildungen werden am häufigsten (34,4%) mit dem Motiv begonnen, sich mehr Fachkompetenz anzueignen.

Multiprofessionelle Teamarbeit dominiert die Arbeit in den Einrichtungen gegenüber der Arbeit der Berufsgruppe der Sozialarbeiter. Gut drei Viertel (77%) der Probanden arbeiten in multiprofessionellen Teams. Dabei haben die unterschiedlichen Professionen aber keine eigenen Aufgabengebiete, sondern die Aufgaben der Sozialarbeiter überschneiden sich zu dreiviertel (50% deutlich, 25% eingeschränkt) mit denen der anderen Berufsgruppen. Lediglich 5% haben ein eigenes Arbeitsgebiet.

Die Befragten arbeiten unter einem konkreten Auftrag. Lediglich 12% der Sozialarbeiter können keinen (6%) oder eingeschränkt keinen (6%) klar definierten Arbeitsauftrag in Ihrer Einrichtung nachweisen. Einen gesellschaftlichen Auftrag für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie können sogar nur 2% „nicht“ und 6% „eher nicht“ erkennen.

Die Befragten nehmen sich als eher homogene, voll kompetente Gruppe wahr, deren Arbeit zum Großteil nur von ausgebildeten Sozialarbeitern erledigt werden kann. Nur 2% geben an, dass sich die Arbeit ihrer Kollegen wesentlich von der eigenen unterscheidet. 98% fühlen sich den Anforderungen, die im Beruf an sie gestellt werden, voll und ganz gewachsen (53% ja und 45% eher ja). Nur 3% aller Befragten sind der Meinung, dass ihre Arbeit von Mitgliedern anderer Berufsgruppen, die allerdings über Zusatzqualifikationen verfügen müssen, erledigt werden kann, und 26% meinen, dass bestimmte Teilaufgaben an andere Berufsgruppen abgegeben werden können.

Die Kompetenzen der Sozialen Arbeit für das Arbeitsfeld Psychiatrie sind erlernbar und zwar um so besser, je mehr eigene Praxisanteile eingebracht werden können.

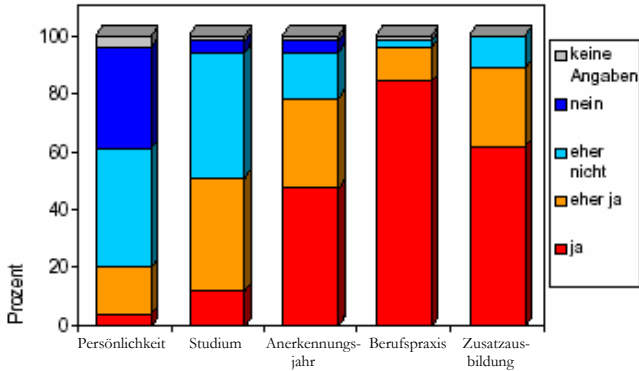


Abb. 64: Ort der Kompetenzaneignung (Frage 17a - 17e)

Nur die wenigsten Befragten (4% „ja“, 17% „eher ja“) sind der Ansicht, dass sie schon immer im Besitz von wesentlichen Kompetenzen waren. Umso größer aber der eigene Praxisanteil am Ort der Kompetenzaneignung ist, desto öfter antworten die Probanden eindeutig mit „ja“ und um so größer wird die Summe aus den Antwortkategorien „ja“ und „eher ja“. So finden das Anerkennungs-jahr und die Berufspraxis in der Praxis statt, das Studium hat lediglich Praxisanteile und die Persönlichkeit hat nichts mit der Berufspraxis zu tun. Der Grund für die fortlaufende Steigerung der Antworten „ja“ vom „Ankennungs-jahr“ zur „Berufspraxis“ liegt vermutlich darin, dass das Anerkennungs-jahr oft auch in anderen, nicht psychiatrischen, Praxisfeldern absolviert wurde. Weiterhin ist anzumerken, dass die Kategorie „Zusatzausbildungen“ von mir dahingehend bereinigt wurde, dass nur die Antworten von Probanden berücksichtigt wurden, die tatsächlich eine Zusatzausbildung absolviert haben (N = 26). Dies erschien mir nötig um den aus eigener Erfahrung wahrgenommenen Nutzen des jeweiligen Ortes für die Kompetenzaneignung darzustellen.

Betrachtet man die Zusatzausbildungen genauer, wird deutlich, dass der Kompetenzerwerb von der Art der Zusatzausbildung abhängig ist.

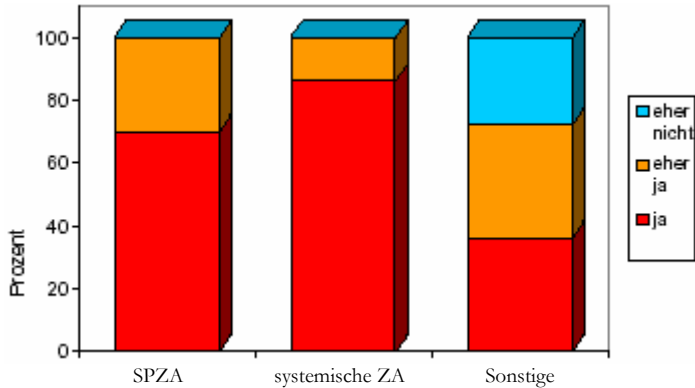


Abb.65: Kompetenzgewinn durch Zusatzausbildung

So gaben diejenigen, die eine sozialpsychiatrische oder systemische Zusatzausbildung absolviert hatten, an, dass sie sich Kompetenzen durch diese Ausbildung aneignen konnten. Lediglich Absolventen „Sonstiger“ Zusatzausbildungen gaben zu 28% an, dass sie sich „eher nicht“ Kompetenzen für das Arbeitsfeld Psychiatrie aus ihrer Zusatzausbildung aneignen konnten.

Sozialarbeiter nehmen ihre Arbeit nicht als fremdbestimmt durch andere Professionen wahr. Nur jeder fünfte gibt an, dass sich die Soziale Arbeit in seiner Einrichtung zum Teil inhaltlich an anderen Professionen orientiert (20% „eher ja“). Allerdings werden oft leichte Einflüsse wahrgenommen (52% „eher nein“) und nur 28% schließen diese aus.

Sozialarbeiter reflektieren ihre Arbeit oft. Von bestimmten Gruppen ist die Häufigkeit der Reflexion nicht abhängig.

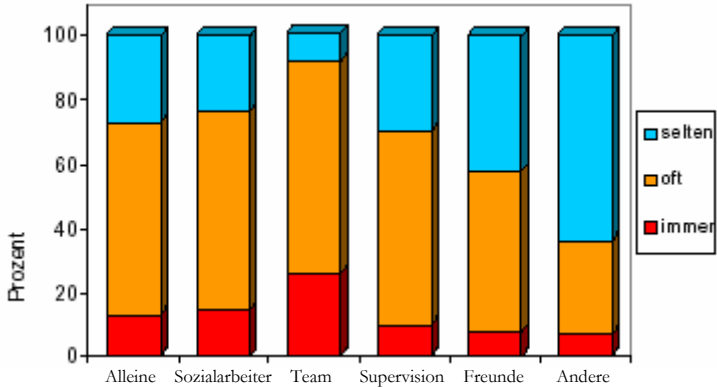


Abb. 66: Reflexionsgruppen im Vergleich (Frage 21a. - 21d.3)

Die Befragten haben bei jeder vorgegebenen Gruppe („Alleine“, „unter Sozialarbeitern“ und „im Team“) sehr ähnlich geantwortet, so dass man sagen kann, dass Sozialarbeiter generell „oft“ (60%, 62% und 66%) ihre Arbeit reflektieren. In den durch die Probanden selbst gebildeten Gruppen („Supervision“, „Freunde, Bekannte, Partner“) setzt sich dieser Eindruck fort (60%, 50%), einzige Ausnahme bildet die letzte Kategorie „Andere“, in der die Antwortkategorie „selten“ (64%) am stärksten ist. Die drei zuletzt genannten Gruppen wurden aber auch nur von einem Teil der Probanden beantwortet (20% „Supervision“, 25% „Freunde“, 29% „Andere“). Bemerkenswert ist auch, dass in keinem Fall die Antwortvorgabe „nie“ gewählt wurde.

Eigene theoretische Arbeit fließt nur am Rande in das praktische Handeln der befragten Sozialarbeiter ein. So hat nur knapp die Hälfte (48%) der Probanden „oft“ die Gelegenheit, ihr Handeln theoretisch zu überprüfen, niemand findet „immer“ und 2% „nie“ Gelegenheit hierfür. 38% der Probanden beantworteten auch die Frage, ob sie Akademiker seien, mit „nein“, obwohl alle eine Hochschulbildung absolviert haben. Durchschnittlich lesen die Befragten aber immerhin drei Fachbücher pro Jahr, so dass man nicht von einem allgemeinen Desinteresse gegenüber „Theoretischem“ ausgehen kann.

Die „Reflexion der eigenen Arbeit“ entspricht nicht einer „theoretischen Überprüfung“ des eigenen Handelns.

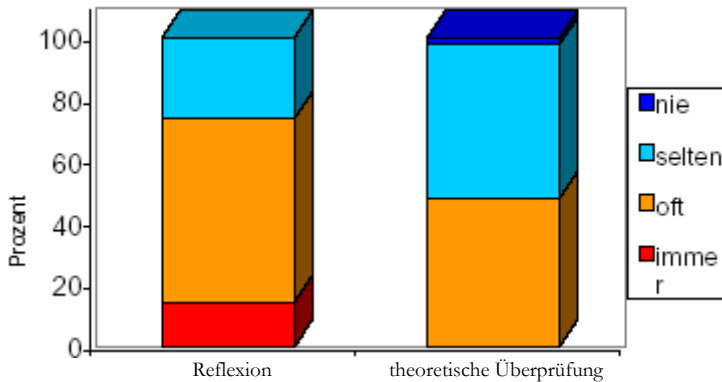


Abb. 67: Gelegenheit zum Reflektieren und zum theoretischen Überprüfen des Eigenen Handelns im Vergleich

Vergleicht man die durchschnittliche Gelegenheit zur Reflexion der Befragten mit der Gelegenheit, die sie haben, um ihr Handeln theoretisch zu überprüfen, wird schnell deutlich, dass sie deutlich öfter die Gelegenheit zur Reflexion haben. Dies bedeutet aber auch, dass sie Reflexion nicht als einen theoretischen Akt wahrnehmen, wie er etwa von *Bossbard u. a. (1999)* beschrieben wird.

Das Arbeitsfeld Psychiatrie wird nicht als wesentlich unterschiedlich zu anderen Arbeitsfeldern der Psychiatrie wahrgenommen und eine spezielle Ausbildung für diesen Bereich erscheint auch nicht als zwingend notwendig. So geben nur 15% an, dass der Bereich Psychiatrie sich wesentlich von anderen Bereichen der Sozialarbeit unterscheidet, fasst man die Antworten „ja“ und „eher ja“ zusammen, erhält man 52%, so dass man nicht von einem einheitlichen Bild sprechen kann. Spezialisierte Ausbildungen, halten bereits schon jeweils 33% für „nötig“, bzw. „eher nötig“, aber immer noch 35% halten diese für „nicht nötig“ (13%) oder „eher nicht nötig“ (22%).

Eine Spezialisierung auf den Bereich Psychiatrie findet aber statt. So können sich 44% eine Spezialisierung auf diesen Bereich vorstellen, und 36% tendieren in diese Richtung. Lediglich 9% schließen es für sich aus, nur noch in diesem Bereich zu arbeiten. Auch die durchschnittliche Beschäftigungsdauer 76 in psychiatrischen Einrichtungen (7 Jahre) weicht nur unwesentlich von der generellen durchschnittlichen Berufserfahrung (9 Jahre) ab, so dass dieser Eindruck bestätigt wird.

Masterstudiengänge werden generell abgelehnt.

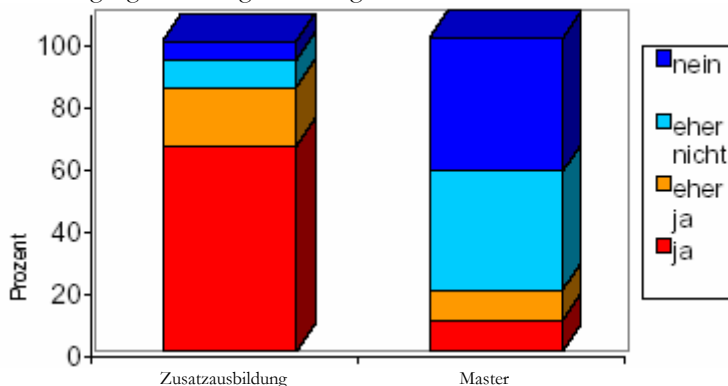


Abb. 68: Bereitschaft zur Teilnahme an einer Zusatzausbildung und an einem Master - Studiengang im Vergleich

Obwohl sich die Mehrzahl der Probanden persönlich die Teilnahme an einer Zusatzausbildung vorstellen kann (66% „ja“, 19% „eher ja“ und nur 9% „eher nicht“, 6% „nein“), wird die Teilnahme an einem Masterstudiengang fast einheitlich ausgeschlossen (43% „nein“, 38% „eher nicht“ und lediglich jeweils 10% „eher ja“ und „ja“). Masterstudiengänge sind zwar nicht das Gleiche wie Zusatzausbildungen, beide stellen aber eine Möglichkeit zur Weiterqualifizierung dar.

Eine eigenständige Wissenschaft erscheint nicht unbedingt wünschenswert.

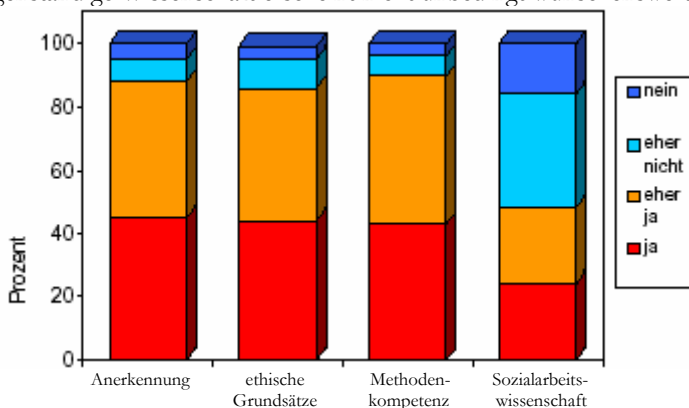


Abb.69: Wünsche für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie im Vergleich (Frage 30a. - 30d.)

Die befragten Sozialarbeiter wünschen sich für ihre Profession mit annähernd 90% gleichbleibend konstant „mehr Anerkennung“ (45% „ja“, 43% „eher ja“), „eine Orientierung an sozialetischen Grundsätzen“ (44% „ja“, 42% „eher ja“) und „höhere Methodenkompetenz“ (43% „ja“, 47% „eher ja“). Eine gleich formulierte Frage nach einer „eigenständigen Wissenschaft“ beantwortet aber nur noch knapp die Hälfte zustimmend (jeweils 24% „ja“ und „eher ja“), so dass nicht von einem einheitlichen Wunsch der Sozialarbeiterschaft in diesem Bereich gesprochen werden kann.

Dennoch wird eindeutig ein Bedarf an Forschungsarbeiten gesehen, die speziell aus der Perspektive der Sozialen Arbeit durchgeführt werden. Die direkte Frage nach diesem Bedarf beantworten 46% mit „ja“ und 48% mit „eher ja“. Verglichen mit der vorherigen These entsteht der Eindruck, dass von den Befragten angenommen wird, dass auch andere Disziplinen, zumindest bei Forschungsarbeiten, die Perspektive der Sozialen Arbeit einnehmen können oder aber, dass es keiner Sozialarbeitswissenschaft bedarf, damit Sozialarbeiter forschen können. Das würde erklären warum eine eigenständige Sozialarbeitswissenschaft für „nicht wissenschaftswert“ erachtet wird, aber gleichzeitig ein Bedarf an Ergebnissen einer solchen angegeben werden. Beide Erklärungsversuche werden aus meiner Sicht den Bedingungen einer Forschungsarbeit nicht gerecht.

Es findet keine eindeutige disziplinäre Orientierung statt. So können lediglich die Tendenzen ausgemacht werden: 1. Die Situation, dass Sozialarbeiter eher von Professoren anderer Disziplinen ausgebildet werden, wird als eher negativ wahrgenommen. 2. Paradoxien als wesentliche Merkmale Sozialer Arbeit werden nur tendenziell als wesentlich für die Arbeit in der Praxis wahrgenommen. 3. Sozialarbeitern kann als Vorbild für das Rollenbild für Berufsanfänger auch nur in Einzelfällen eine Bedeutung zugesprochen werden. 4. Der Sozialen Arbeit wird ein eher therapeutischer Charakter zugesprochen.

Sozialarbeit in der Psychiatrie zeichnet sich vor allem durch eine ganzheitliche Alltags- und Lebensweltorientierung aus, die im intensiven Kontakt mit dem Klienten dessen Ressourcen berücksichtigt. So geben die Probanden bei der offenen Frage nach den Stärken der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie in erster Linie Antworten, die den Kategorien „ganzheitliche Ausrichtung“ (27%), „Alltags- / Lebensweltorientierung“ (20%), „intensiver Umgang mit dem Klientel“ (18%) und „Ressourcenorientierung“ (11%) zugeordnet werden können.

Mangelnde Anerkennung und strukturelle Hemmnisse behindern neben einer latenten Überforderung die Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Die offene Frage nach den Schwächen wurde dahingehend beantwortet, dass die Kategorien „man-

gelnde Anerkennung“ (27%), „strukturelle Hemmnisse“ (24%) und „zu viele Aufgaben bei zu wenig Wissen“ (24%) gebildet werden können.

Zusammenfassend lässt sich behaupten, dass die Sozialarbeiter offen für Spezialisierungen auf das Arbeitsfeld Psychiatrie sind. Die Aspekte der Qualifizierung und Professionalisierung scheinen dabei aber nicht ausschlaggebend zu sein. Es hat eher den Anschein, dass die Maßnahmen, die von den Probanden verstärkt wissenschaftlich-theoretische Kompetenzen abfordern oder diese an sie vermitteln wollen, eher abgelehnt werden.

Das Theorie-Praxis-Verhältnis wird als dichotom wahrgenommen, wobei eine Präferenz für den Bereich „der Praxis“ auszumachen ist. Masterstudiengänge werden dem Bereich „der Theorie“ zugeordnet und eher abgelehnt. Spezialisierte Masterstudiengänge, wie die Klinische Sozialarbeit, die sich gerade durch die besondere Praxisrelevanz auszeichnen wollen, scheinen nicht als solche wahrgenommen zu werden.

4 Abschlussdiskussion

Abschließend bleibt zu klären, welche Bedeutung die Professionalisierungsdebatte für die psychiatrische Sozialarbeit hat und wie Spezialisierungsbemühungen zu bewerten sind.

Ein Bedarf an Professionalisierung kann aus der Fachliteratur eindeutig abgeleitet werden. Ob nun als „Hilfsgesellen der Ärzte“ (*Lazarus 1996*) oder „Chamäleonexistenzen“ (*Terbuynken 1999*) beschrieben, wird der Sozialarbeiterschaft eher ein „Magdcharakter [...] für die Herrschaft der Medizin“ (*Flessner-Schaub u. a. 1996*) zugeschrieben. Darin verdeutlicht sich ein Status, der nicht als professionell bezeichnet werden kann, weil sich Professionalität ja unter anderem durch eine berufliche Autonomie und selbstständige Handlungskompetenz auszeichnet. Paradoxerweise nehmen sich die von mir befragten Sozialarbeiter aber als voll kompetent für dieses Arbeitsfeld war (Abb. 20) und können eine Dominanz anderer Disziplinen, wie die der Medizin, in ihren Berufsbezügen nicht erkennen (Abb. 30).

Anscheinend gelingt es ihnen aber auch nicht, das Bild einer professionalisierten Berufsgruppe zu vermitteln, und so, dass zunächst einmal ein neues Selbstbewusstsein Not tut (*Crefeld 2003*). Allerdings scheinen die von mir befragten Sozialarbeiter durchaus über ein gutes Selbstbewusstsein zu verfügen, da sie der Meinung sind, dass ihre Arbeit in weiten Teilen eben nur von ausgebildeten Sozialarbeitern erledigt werden kann (Abb.18).

Dies scheint aber nicht dazu zu führen, dass Sozialarbeiter über eigene Arbeitsgebiete oder Aufgaben verfügen, die Ihnen aufgrund ihrer besonderen fachlichen Qualifikation vorbehalten sind, sondern ihre Arbeit überschneidet sich wesentlich mit der Arbeit anderer Professionen (Abb. 11). Damit geht aber auch der eigentliche Gewinn einer multiprofessionellen Teamarbeit verloren, der darin besteht, dass die komplexen Aufgaben des psychiatrischen Arbeitsfeldes arbeitsteilig fachlich adäquat angegangen werden können und nicht ein Modell, wie etwa das medizinisch-biologische, die Interventionen dominiert (*Crefeld 2003*).

Vorraussetzung hierfür ist aber auch ein Wissen über wesentliche Merkmale Sozialer Arbeit in der Psychiatrie. Insbesondere das Wissen über die Paradoxien im Handeln dieser Profession, bzw. die Gleichzeitigkeit verschiedener, sich widersprechender Handlungslogiken erscheinen als unbedingte Vorraussetzung, um den originären Charakter psychiatrischer Sozialarbeit fassen zu können. Diese Widersprüche nehmen die von mir befragten Sozialarbeiter zwar wahr, jedoch nicht so deutlich, dass sie sie als den zentralen Kern der Sozialarbeiterschaft in psychiatrischen Arbeitsfeldern beschreiben könnten (Abb. 34).

Für den Professionalisierungsprozess erscheint es mir erforderlich, den Ansatz der Ganzheitlichkeit für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie wissenschaftlich zu konkretisieren, um sich dem Eindruck anderer Berufsgruppen zu erwehren, Sozialarbeiter hätten sich einer diffusen Allzuständigkeit verschrieben (*Knoll 2000*). Dadurch sollte es, meiner Meinung nach, der psychiatrischen Sozialarbeit auch möglich werden, einen eigenen Ansatz über das Verständnis von psychotischem Erleben darzustellen und wissenschaftlich zu begründen, bei dem der ganze Mensch mit seinen Fähigkeiten und sozialen Beziehungen im Mittelpunkt steht und der in Opposition zu biologisch-determinierenden Sichtweisen von Psychoerleben geht (*Eink 2000*).

Von immenser Bedeutung für den Professionalisierungsprozess ist das Ausbilden von Theorien für die Sozialarbeit in der Psychiatrie und die Überprüfung der Wirksamkeit sozialarbeiterischer Interventionen, um professionelle Standards zu entwickeln. Notwendig erscheint mir hierfür eine wissenschaftliche Basis, die den vorherrschenden Eklektizismus überwindet und aus der Sicht Sozialer Arbeit agiert. Erfolgsversprechend ist demnach in erster Linie die im Entstehen begriffene Sozialarbeitswissenschaft (*Mühlum 2001*). Damit diese aber den komplexen Anforderungen an die Sozialarbeiterschaft in der Psychiatrie annähernd gerecht werden kann, muss ein ständiger Austausch zwischen Theoretikern und Praktikern statt finden. Am ehesten sehe ich eine Chance für die Umsetzung dieses Austausches in den eher generalistischen allgemeinen Masterstudiengängen „Master of Social Work“. Deren Ansatz, der bestrebt ist, die Sozialarbeitswissenschaft weiterzuentwickeln und institutionell zu etablieren, muss meiner Meinung

nach von den Erfahrungen und Bedürfnissen der Praktiker aus dem psychiatrischen Arbeitsfeld genährt werden, damit er dem Relevanzkriterium der Praxis gerecht werden kann und umgekehrt damit psychiatrische Sozialarbeit einen Gewinn aus den theoretischen Arbeiten ziehen kann. Durch die Teilnahme an solchen Studiengängen könnten die Sozialarbeiter ihre Erfahrungen aus der Psychiatrie direkt in wissenschaftliche Fragestellungen und Forschungsprojekte einbringen und damit sich nicht nur selbst weiter qualifizieren, sondern auch allgemein die psychiatrische Sozialarbeit weiterentwickeln.

Allerdings scheint das Verständnis der Praktiker über das Theorie-Praxis-Verhältnis ein dichotomes zu sein. So wird aus der Analyse des von mir erhobenen Datenmaterials schnell deutlich, dass allen Aspekten der Professionalisierungsbemühungen, die eher am theoretischen Pol zu verorten sind, mit Ablehnung oder nur geringer Zustimmung begegnet wird. So wird der Instanz „Studium“ eine geringere Bedeutung zur Kompetenzaneignung zugesprochen als Instanzen mit höheren Praxisanteilen (Abb. 64), die Entwicklung einer eigenen wissenschaftlichen Basis erscheint weniger wünschenswert als andere Aspekte (Abb. 69), nur 62% bezeichnen sich selbst als Akademiker (Abb. 43) und eigenes theoretisches Handeln wird nicht unbedingt als solches wahrgenommen (Abb. 67). Die einzige Ausnahme bildet der wahrgenommene Bedarf an Forschungsarbeiten für den Bereich Psychiatrie, die aus dem Blickwinkel der Sozialen Arbeit durchgeführt werden sollen (Abb. 58).

Generell ist die Bereitschaft zur Teilnahme an einem Masterstudiengang so gut wie nicht gegeben (Abb. 68). Ich schreibe dieses Ergebnis der Darstellung solcher Studiengänge als wissenschaftspolitische Aufwertung der Fachhochschulausbildung zu, die es den Probanden bei dem beschriebenen Verständnis des Verhältnisses von Theorie und Praxis eher erschweren dürfte, einen direkten Nutzen für das psychiatrische Arbeitsfeld zu erkennen. Angemerkt werden sollte auch, dass ich im Fragebogen nicht zwischen allgemeinen und spezialisierten Masterabschlüssen unterschieden habe.

Dem spezialisierten Masterstudiengang „Klinische Sozialarbeit“ schreibe ich eine besondere Bedeutung für den Professionalisierungsprozess in der psychiatrischen Sozialarbeit zu. Ich denke, dass diese Art des Aufbaustudiengangs eher in der Lage sein sollte, den direkten Nutzen für Sozialarbeiter in dem psychiatrischen Arbeitsfeld darzustellen. Zum Einen wendet er sich direkt an Professionelle aus diesem speziellen Bereich und zum Anderen soll auch spezifisches Fachwissen, das nur Relevanz für dieses Feld hat, vermittelt werden bzw. Gegenstand der Lehre sein. Damit findet in der Ausbildung eine Spezialisierung statt, die zwar so nicht unbedingt von den mir Befragten als notwendig erachtet wird (Abb. 47), aber sicherlich auch Komplexität reduzierend wirkt und es vielleicht auch ermög-

licht, dass die Erfahrungen der Absolventen stärker miteingebracht werden können, da sie direkter miteinander vergleichbar sein dürften.

Die besondere Bedeutung der „Klinischen Sozialarbeit“ für die Psychiatrie sehe ich aber vor allem in der Chance, dass sie den Status eines einheitlichen Qualifikationsstandards für psychiatrische Sozialarbeit erlangen könnte und damit einen unschätzbaren Gewinn für ihre Profilierung darstellt. Mit der „Klinischen Sozialarbeit“ erscheint mir erstmals die Möglichkeit gegeben, eine speziell auf Soziale Arbeit ausgerichtete weiterqualifizierende Maßnahme zu absolvieren. Damit kann sie dem „Wildwuchs auf dem Weiterbildungsmarkt Paroli bieten“ (Ansen 2003, S. 5) und deprofessionalisierende Tendenzen der Zusatzausbildungen durch die Überbetonung eines Aspekts Sozialer Arbeit bei gleichzeitiger Vernachlässigung der anderen gering halten. Zumindest dann, wenn der generalistische grundständige Diplomstudiengang tatsächlich nicht nur als Zugangserlaubnis gesehen wird, sondern auf ihm aufbauend Kompetenzen Sozialer Arbeit vermittelt werden. Ob dabei die „hybride Wissensbasis“ (Wendt 2003) tatsächlich ein neues sozialarbeiterisches Handeln schaffen kann, wird sich in der Umsetzung zeigen müssen, und bedarf, meiner Meinung nach, ebenfalls der Weiterentwicklung der Sozialarbeitswissenschaft.

Die Befürchtung, dass eine solche Art der Spezialisierung zu einer Auffächerung der Sozialen Arbeit in verschiedene einzelne Fächer führt, kann ich unter den beschriebenen Bedingungen nicht nachvollziehen. Zumal eine Spezialisierung auf das psychiatrische Arbeitsfeld bereits stattfindet. So arbeiten die von mir befragten Sozialarbeiter nur unwesentlich kürzer (durchschnittlich 2 Jahre) im psychiatrischen Arbeitsfeld als sie generelle Berufspraxis nachweisen können. Ob sich aber die generelle hohe Bereitschaft zur Spezialisierung der Befragten (Abb. 46) im Rahmen eines Masterstudiengangs angenommen werden wird, scheint mir in erster Linie von der Integration eigener Praxisanteile der Absolventen in der Lehre abhängig zu sein (Abb. 64).

Dass der Abschluss Master „Klinische Sozialarbeit“ zur grundlegenden Qualifikation für Sozialarbeit im psychiatrischen Arbeitsfeld wird, halte ich für eher unwahrscheinlich, wenn man sich seine eher selektive Wirkung in Großbritannien oder den USA vor Augen hält. Dennoch ist dieser Abschluss, meiner Meinung nach, insbesondere durch eine sozialarbeitswissenschaftlich gestützte Auseinandersetzung von Sozialarbeit und Psychiatrie in der Lage, Standards für psychiatrische Sozialarbeit zu entwickeln und der Praxis zugänglich zu machen.

Die von mir im Titel dieser Arbeit gemachte Aussage „**Spezialisierte Generalisten?**“ hat für mich ihre Widersprüchlichkeit verloren. Es erscheint mir möglich und auch gewinnbringend, eine fachliche Spezialisierung auf den Bereich Psychi-

atrie anzustreben und gleichzeitig einen Generalismus in der Haltung und im Gegenstand aufrecht zu erhalten. Werden die in der Entwicklung der Masterstudiengänge bereits gemachten Ansätze konsequent durchgehalten und weiterverfolgt, werden sie auch wesentlich zur Professionalisierung der psychiatrischen Sozialarbeit beitragen.

5 Literaturverzeichnis

- Ackermann, Friedhelm: Beruf, Disziplin, Profession? Ein kurzer Überblick über qualitative Studien zur Professionalisierung Sozialer Arbeit. 2000. Online im Internet: URL:<http://www.qualitativesozialforschung.de/rofession-on.htm> [Stand: 28.06.2003].
- Ansen, Harald: Klinische Sozialarbeit. Eine aufbauende Qualifikation. DBSH Landesrundbrief Niedersachsen/ Hamburg/ Sachsen-Anhalt 2/2003, 5.
- Berner, Wolfgang/ Riehn, Sabine/ Stelter, Silke: Soziale Seiten - Soziales in Hannover. Gesucht – Gefunden. Hannover 2001.
- Bosshard, Marianne: Szenen einer Ehe: Wenn Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen und Ärzte ihre Zusammenarbeit beschreiben... . Sozialpsychiatrische Informationen 2/1996, 2 - 4.
- Bosshard, Marianne/ Ebert, Ursula/ Lazarus, Horst: Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie: Lehrbuch. Bonn 1999.
- Bottke, Roland: Master of Social Work an der EFH Hannover – Hoffnungen Wünsche, Realität – ein Stimmungsbild. DBSH Landesrundbrief Niedersachsen/ Hamburg 3/2002, 4 - 5.
- Bühl, Achim/ Zöfel, Peter: SPSS Version 10 – Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. München 2000.
- Crefeld, Wolf: Beratung in der Sozialpsychiatrie – Die Sozialarbeit in der Psychiatrie braucht dringend ein fachliches Profil. Blätter der Wohlfahrtspflege 5+6 / 2000, 25 - 28.
- Crefeld, Wolf: Ein neues Selbstbewusstsein tut Not! Die Rolle der Sozialarbeit in der Gemeindepsychiatrie. Soziale Psychiatrie 2/ 2003, 26 - 29.
- Dörner, Klaus: Wie kann ich heute und morgen „Helfer“ sein? Prüf-Fragen zu Krankentötungen. – Mögliche Gründe und Maßnahmen. 1993. In: Wollschläger u. a., 1996.
- Eink, Michael: Perspektiven Sozialer Arbeit in der Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen 1/2000, 19 - 21.

- Eink, Michael: Professionalität in der Arbeit mit chronisch psychisch Kranken. Unveröffentlichtes Manuskript 2003.
- Engelke, Ernst: Theorien der Sozialen Arbeit – Eine Einführung. Freiburg im Breisgau 1999.
- Flessner-Schaub, Linda / Schaub, Heinz-Alex: Überlegungen zum Zusammenhang von Sozialarbeit und Sozialpsychiatrie. In: Sozialpsychiatrische Informationen 2/1996, 13 - 18.
- Geiser, Kaspar: Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung. Luzern 2000.
- Geißler-Piltz, Brigitte: Klinische Sozialarbeit – ist das denn überhaupt nötig? Version: Januar 2002. Online im Internet: URL:<http://www.ibs-networld.de/ferkel/h10.shtml> [Stand: 29.06.2003].
- Karolus, Stefan: Berufliche Identität in der Auseinandersetzung mit institutionellen Strukturen. In: Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.) 1995.
- Kietzell, von, Dieter: Die Praxis der sozialen Arbeit. Lehren aus Geschichte und Gegenwart. In: Schatteburg (Hrsg.) 1994.
- Klassen, Michael: Bachelor- und Masterstudiengänge – Risiken und Chancen für die Soziale Arbeit. Online im Internet: URL:<http://www.deutsche-gesellschaft-fuer-sozialarbeit.de/klassen.shtml> [Stand 01.09.1003].
- Knoll, Andreas: Die Gestalt der Sozialarbeit. Ein methodischer Ansatz instituti-onsanalytischer Gestalt-Sozialarbeit. Bochum 1993.
- Knoll, Andreas: Sozialarbeit in der Psychiatrie: Von der Fürsorge zur Sozialtherapie. Opladen 2000.
- Knuf, Andreas/ Seibert, Ulrich: Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn 2000.
- Kruse, Jan: Sozialarbeitswissenschaft: Vom Ende der Bescheidenheit zum Ende der Abgrenzung. Forum Sozial 4/2002, S. 35 - 37.
- Lazarus, Horst: Sozialpädagogische/sozialarbeiterische Fallbearbeitung in der Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen 2/1996, 23 - 25.

- Lazarus, Horst: Modelle der Zusammenarbeit von Sozialarbeitern/ Sozialpädagogen und Ärzten in der Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen 2/1996, 11 - 13.
- Mühlum, Albert/ Bartholomeyczik, Sabine/ Göpel, Eberhard: Sozialarbeitswissenschaft, Pflegewissenschaft, Gesundheitswissenschaft. Freiburg im Breisgau 1997.
- Mühlum, Albert: Sozialarbeit und Sozialpädagogik – Ein Vergleich. Frankfurt am Main 2001.
- Mühlum, Albert: Fachsozialarbeit – Kompetenzgewinn oder Sackgasse? Protokoll des Symposions an der FH Mannheim – 2.2.2002. Online im Internet: URL: <http://www.deutsche-gesellschaft-fuersozialarbeit.de/mit55.shtml> [Stand: 28.06.2003].
- Pauls, H.: Grundlegendes zu Klinischer Sozialarbeit. Online im Internet: URL: <http://www.klinische-sozialarbeit.de/hintergrund.htm> [Stand:29.06.2003].
- Peuckert, Reinhard (Hrsg.): Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter – das Rückgrat, der Motor oder die Ausputzer in der (Gemeinde-) Psychiatrie? DGSP-Broschüre, Köln 1999.
- Plog, Ursula: Ohnmacht der Mächtigen. Hilfe, gibt es die? Oder: Aus der Not eine Tugend machen. Soziale Psychiatrie 4/2002, 36 - 41.
- Röh, Dieter: Bachelor und Masterstudiengänge. Entstehung, Verlauf und Forderungen des DBSH. DBSH Landesrundbrief Niedersachsen/Hamburg 3/2002, 3 - 4.
- Schatteburg, Uta: Aushandeln, Entscheiden, Gestalten – Soziale Arbeit, die Wissen schafft. Hannover 1994.
- Schernus, Renate: Die Kunst des Indirekten. Plädoyer gegen den Machbarkeitswahn in Psychiatrie und Gesellschaft. Neumünster 2000.
- Schneider, Volker: Mehr verdienen? Oder noch mehr studieren fürs gleiche Geld?. DBSH Landesrundbrief Niedersachsen/ Hamburg/Sachsen-Anhalt 2/2003, 4 - 5.

- Steinert, Erika/ Thiele, Giesela: Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis. Einführung in die qualitativen und quantitativen Methoden. Köln 2000.
- Terbuyken, Gregor: Verstehen und Begleiten – Konzeptionelle Überlegungen zum Selbstverständnis von SozialarbeiterInnen in der Psychiatrie. In: Peukert 1999, 20 - 33.
- Tillmann, Jan: Sozialarbeitswissenschaft im Werden – Gegenstand: Der Mensch im Mißbrauch, Grundvoraussetzung: Der Mensch als Denk-Gefühls-Einheit. In Schatteburg, Uta 1994.
- Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.): Soziale Arbeit im Wandel ihres Selbstverständnisses. Beruf und Identität. Freiburg im Breisgau 1995.
- Wendt, Wolf Rainer: Fachsozialarbeit – ein plurales Konzept von Professionalität und Wissenschaft Sozialer Arbeit. Online im Internet: URL:<http://www.deutsche-gesellschaft-fuersozialarbeit.de/mit54.shtml> [Stand: 28.06.2003].
- Wollschläger, A. u. a. (Hrsg.): Klaus Dörner. Kieselsteine. Ausgewählte Schriften. Gütersloh 1996.

6 Anhang

6.1 Das Anschreiben

An die
SozialarbeiterInnen/ SozialpädagogInnen
der psychiatrischen Einrichtungen
in und um Hannover

Hannover, den 23.07.03

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen meiner Diplomarbeit beschäftige ich mich mit dem Thema „Spezialisierte Generalisten? – Zur Professionalisierungsdebatte in der psychiatrischen Sozialarbeit“. Einen besonderen Schwerpunkt lege ich hierbei auf die Spezialisierungstendenzen für die eher generalistisch ausgerichtete Profession der Sozialen Arbeit. Mögliche Vor- und Nachteile solcher Bestrebungen möchte ich aber nicht nur im Rahmen einer reinen Literaturliteraturarbeit diskutieren, sondern ein wesentlicher Bestandteil meiner Diplomarbeit wird eine empirische Untersuchung zu diesem Thema sein. So kann ich die Argumente der „TheoretikerInnen“ auch mit den Einstellungen und Bedürfnissen der „PraktikerInnen“ vergleichen.

Aus diesem Grund würde ich mich sehr freuen, wenn Sie bereit wären, den beige-fügten Fragebogen zu beantworten und an mich zurückzusenden.

Bei dieser Umfrage gibt es selbstverständlich keine richtigen und falschen Antworten. Es kommt mir vielmehr darauf an, Ihre momentanen und subjektiven Einstellungen zu den jeweiligen Fragen zu erfassen.

Um den Rücklauf für Sie möglichst unkompliziert zu gestalten, habe ich dem Fragebogen einen adressierten und frankierten Rückumschlag beigelegt.

Aufgrund der begrenzten Bearbeitungszeit für meine Arbeit bitte ich Sie, mir den Fragebogen möglichst bald, spätestens aber bis zum 10.08.03 zurückzusenden, damit Ihre Antworten berücksichtigt werden können.

Selbstverständlich bin ich gerne bereit, Interessierten die Ergebnisse der Umfrage zukommen zu lassen.

Für Ihre Mitarbeit möchte ich mich bereits im Vorfeld herzlich bedanken.

Mit freundlichen Grüßen

Philipp Juhnke

6.2 Der Fragebogen

Fragebogen für die Diplomarbeit: „Spezialisierte Generalisten? – Zur Professionalisierungsdebatte in der psychiatrischen Sozialarbeit“

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1. Mein Geschlecht ist:

weiblich männlich

2. Ich bin ____ Jahre alt.

3. Meine Berufsbezeichnung ist:

4. Haben Sie eine oder mehrere Zusatzausbildungen absolviert?

ja nein

4a. Wenn ja: Welche?

4b. Worin bestand Ihre Motivation für eine Zusatzausbildung?

5. Meine Berufserfahrung als SozialarbeiterIn/ Sozialpädagogin beträgt:
____ Jahre

5a. Davon im Arbeitsfeld Psychiatrie:
____ Jahre

6. Die Art der Einrichtung, in der Sie tätig sind:

- Klinik:
Wohnheim:
Ambulant betreutes Wohnen:
Tagesstätte:
Kontaktstelle:
Sozialpsychiatrischer Dienst:
Anderer:

7. Ich arbeite in einem multiprofessionellen Team.

- ja nein

8. Folgende Professionen sind in der Einrichtung, in der ich tätig bin, vertreten:

9. Das berufliche Verhältnis zu Mitgliedern anderer Professionen im Team ist:

- gut eher gut nicht so gut schlecht

10. Die unterschiedlichen Professionen in der Einrichtung, in der ich tätig bin, sind hierarchisch zueinander geordnet.

- ja eher ja eher nicht nein

10a. Wenn ja, oder eher ja: Eine Hierarchie nehme ich in folgender Berufsgruppenrangfolge wahr:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

11. Die Aufgaben anderer Professionen in meinem Team überschneiden sich mit denen der Sozialen Arbeit.

- ja eher ja eher nicht nein

12. Ich habe einen klar definierten Arbeitsauftrag in meiner Einrichtung.

- ja eher ja eher nicht nein

13. Die Soziale Arbeit hat einen gesellschaftlichen Auftrag für das Arbeitsfeld Psychiatrie.

ja eher ja eher nicht nein

14. Die Arbeit anderer SozialarbeiterInnen / SozialpädagogInnen mit den gleichen Aufgaben, die ich habe, unterscheidet sich inhaltlich von meiner Arbeit.

ja eher ja eher nicht nein

15. Meine Arbeit kann nur von ausgebildeten SozialarbeiterInnen / SozialpädagogInnen erledigt werden.

ja eher ja eher nicht nein

15a. Ausnahmen sind:

16. Ich fühle mich den Anforderungen an die Soziale Arbeit in der Psychiatrie voll und ganz gewachsen.

ja eher ja eher nicht nein

16a. Wenn nein oder eher nein: Worin bestehen die Defizite?

17. Wie haben Sie sich ihre Kompetenzen für das Arbeitsfeld Psychiatrie in erster Linie angeeignet?

17a. Die hatte ich schon immer.

ja eher ja eher nicht nein

17b. Durch mein Studium.

ja eher ja eher nicht nein

17c. Durch mein Anerkennungsjahr.

ja eher ja eher nicht nein

17d. Durch eigene Berufspraxis.

ja eher ja eher nicht nein

17e. Durch Zusatzausbildung(en).

ja eher ja eher nicht nein

17f. Durch:

ja eher ja eher nicht nein

18. Worin bestehen ihre professionellen Kompetenzen?

18a. Welche Kompetenzen ihrer Persönlichkeit sind für ihre Arbeit bedeutsam?

18b. Welche für ihre Arbeit wesentlichen Kompetenzen konnten Sie sich im Studium aneignen?

18c. Welche für ihre Arbeit wesentlichen Kompetenzen konnten Sie sich im Anerkennungsjahr aneignen?

18d. Welche für ihre Arbeit wesentlichen Kompetenzen konnten Sie sich während ihrer Berufspraxis aneignen?

18e. Welche für ihre Arbeit wesentlichen Kompetenzen konnten Sie sich anderweitig aneignen?

19. In welchem Bereich würden Sie ihr Wissen/ Können gerne erweitern?

20. Die Soziale Arbeit in meiner Einrichtung orientiert sich inhaltlich an anderen Professionen.

ja eher ja eher nicht nein

20a. Wenn ja oder eher ja: An welchen?

21. Ich reflektiere meine Arbeit mit folgenden Personen :

21a. alleine:

immer oft selten nie

21b. unter SozialarbeiterInnen / SozialpädagoInnen:

immer oft selten nie

21c. im Team:

immer oft selten nie

21d. mit anderen:

immer oft selten nie

22. Wie oft haben sie Gelegenheit ihr Handeln theoretisch zu überprüfen?

immer oft selten nie

23. Wie viele Fachbücher lesen Sie über den Bereich Psychiatrie pro Jahr?

< 1:
01 - 02:
03 - 04:
05 - 06:
07 - 08:
09 - 10:
11 - 12:
> 12:

24. Ich bin AkademikerIn.

ja nein

25. Das Arbeitsfeld Psychiatrie unterscheidet sich meiner Meinung nach wesentlich von anderen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit.

ja eher ja eher nicht nein

25a. Wenn ja oder eher ja: Worin liegen Ihrer Meinung nach die Besonderheiten des Arbeitsfeldes Psychiatrie?

26. Könnten Sie sich vorstellen sich auf den Bereich Psychiatrie zu spezialisieren?

ja eher ja eher nicht nein

27. Sollte es eine spezielle Ausbildung für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie geben?

ja eher ja eher nicht nein

27a. Was sollte in einer speziellen Ausbildung für Soziale Arbeit in der Psychiatrie vermittelt werden?

28. Können Sie sich für sich persönlich die Teilnahme an einer Zusatzausbildung vorstellen?

ja eher ja eher nicht nein

28a. Welche Zusatzausbildung halten Sie für besonders geeignet?

29. Können Sie sich für sich persönlich die Teilnahme an einem Masterstudiengang vorstellen?

ja eher ja eher nicht nein

29a. Welchen Schwerpunkt sollte so ein Masterstudiengang haben?

30. Für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie wünsche ich mir:

30a. mehr Anerkennung:

ja eher ja eher nicht nein

30b. eine eigenständige Wissenschaft:

ja eher ja eher nicht nein

30c. die Orientierung an sozialethischen Grundsätzen:

ja eher ja eher nicht nein

30d. höhere Methodenkompetenz:

ja eher ja eher nicht nein

31. Nach meinem Verständnis ist Soziale Arbeit in der Psychiatrie therapeutische Arbeit.

ja eher ja eher nicht nein

32. Dass SozialarbeiterInnen/ SozialpädagogInnen überwiegend von ProfessorInnen anderer Disziplinen ausgebildet werden, halte ich für:

vorteilhaft eher vorteilhaft eher nachteilig nachteilig

33. Ich sehe einen Bedarf an Forschungsarbeiten für den Bereich Psychiatrie, die aus dem Blickwinkel der Sozialen Arbeit durchgeführt werden.

ja eher ja eher nicht nein

34. In meinem Berufsalltag nehme ich widersprüchliche Anforderungen an meine Arbeit wahr, die nicht ohne weiteres miteinander zu vereinen sind.

ja eher ja eher nicht nein

35. Ich habe ein Vorbild, das meine Arbeit in der Psychiatrie geprägt hat.

ja eher ja eher nicht nein

35a. Wenn ja, eher ja: Welcher Profession gehört(e) ihr Vorbild an?

36. In welchem Bereich sehen Sie die Stärken der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie?

37. In welchem Bereich sehen Sie die Schwächen der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie?

38. An dieser Stelle haben Sie noch die Möglichkeit, sich über die gestellten Fragen hinaus zum Thema zu äußern:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Philipp Juhnke

Über den Autor

- Geburtsdatum: 24.09.1976
- Geburtsort: Hannover
- Schulabschluss: 1996: Abitur
- Studium: Wintersemester 1997 bis April 2000: Studium des Diplomstudienganges Sozialwissenschaften an der Universität Hannover.
Sommersemester 2000 bis Oktober 2003: Studium in dem Fachbereichen I (Sozialwesen) an der Evangelischen Fachhochschule Hannover
- Studiumabschluss: Diplom im Fachbereich Sozialwesen (2003). Thema der Diplomarbeit: „Spezialisierte Generalisten? Zur Professionalisierungsdebatte in der psychiatrischen Sozialarbeit.“
- Auszeichnung: Juni 2004: Förderpreis des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) und des Fachbereichtages Soziale Arbeit (FBTS) für das Jahr 2003.
- Berufspraktikum: Oktober 2003 bis Oktober 2004: im Sozialdienst der Tagesklinik der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hannover.
- Derzeitige Tätigkeit: Seit Oktober 2004: Ambulant betreutes Wohnen bei der Hannoverschen WohnAssistenz der Hannoverschen Werkstätten gGmbH.