

Ein neues Selbstbewusstsein tut Not!

Die Rolle der Sozialarbeit in der Gemeindepsychiatrie

VON WOLF CREFELD

Obwohl SozialarbeiterInnen von Beginn der Psychiatriereform an zu den wichtigsten Fachleuten im multiprofessionellen Team gerechnet werden, können sie bisher kein klares berufsspezifisch-fachliches Profil vorweisen. Im Gegensatz zur psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärzteschaft, zu Pflegefachkräften und PsychologInnen verfügen SozialarbeiterInnen in der Psychiatrie über keine berufsspezifische Weiterbildung. Andererseits lebt die Gemeindepsychiatrie von Paradigmen, die in der internationalen Sozialarbeitswissenschaft zu Hause sind. Auf der DGSP-Jahrestagung 2002 stand deshalb in der Arbeitsgruppe »Sozialarbeiterische Paradigmen in der Sozialpsychiatrie« die Notwendigkeit weiterer Professionalisierung der Sozialarbeit in der Psychiatrie im Vordergrund.

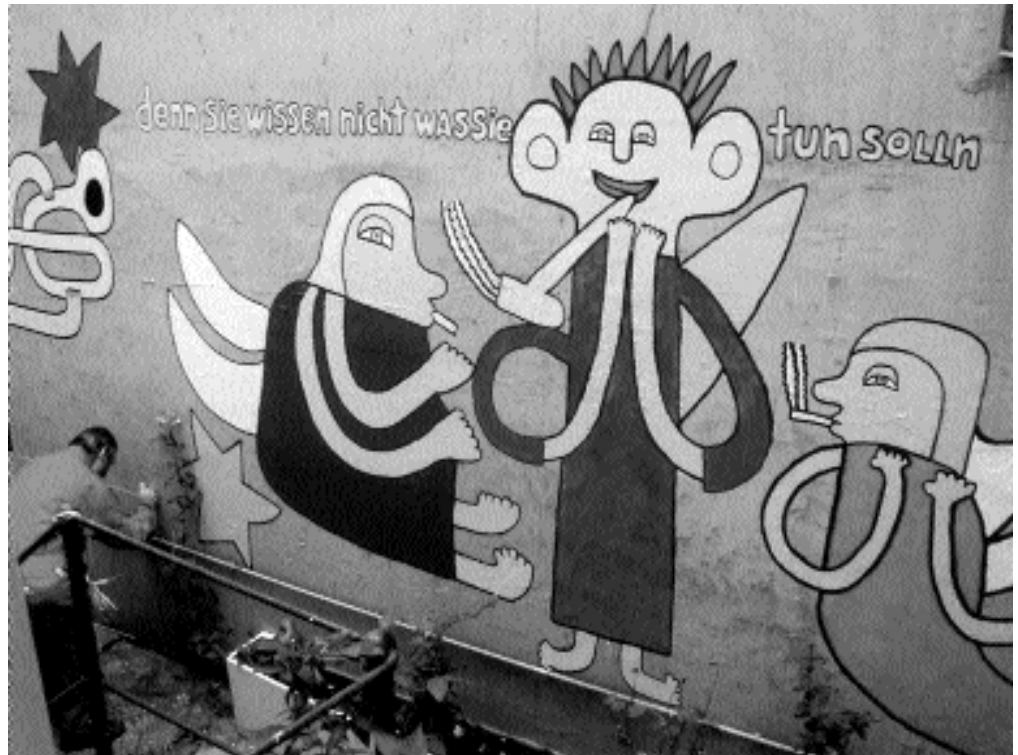
Bei ersten Begegnungen mit psychiatrischen Kliniken erleben SozialarbeiterInnen diese eher als eine fremde Welt, deren Problemverständnisse und Verfahrensweisen nicht unbedingt plausibel erscheinen. Psychiatrie tritt ihnen als eine ärztlich verfasste medizinische Institution und Wissenschaft entgegen. So wird denn auch z.B. in dem Lehrbuch von Marianne Bosshard u.a. die »Sozialarbeit« der »Psychiatrie« antithetisch gegenübergestellt – als seien Sozialarbeit/Sozialpädagogik dort nur Gäste in einem fremden Haus. Doch das ist weder historisch noch angesichts der aktuellen Entwicklungen in der Psychiatrie sinnvoll und gerechtfertigt. Wir stehen vielmehr vor der Aufgabe, für die Sozialarbeit eine angemessene *eigene Rolle* innerhalb einer *multiprofessionellen Psychiatrie* zu erarbeiten.

Von der Fürsorge zur Medizin

Blicken wir zurück auf die ersten psychiatrischen Anstalten, die vor rund 250 Jahren in England entstanden, so stellen wir fest, dass sie nicht von Ärzten, sondern von Theologen geleitet wurden. Die damals entwickelten Behandlungskonzepte wie das »moral treatment« wiesen eher einen *sozial-*

pädagogischen Charakter auf. Erst im Laufe des 19. Jahrhunderts entwickelte man die Psychiatrie zu einer *medizinischen* Wissenschaft. Die Aufgabe der nun von »Irrenärzten« geleiteten Heil- und Pflegeanstalten verstand und bezeichnete man aber bis ins

ergänzen und zu ersetzen. Diese sollen am selbst gewählten Lebensort des beeinträchtigten Menschen, d.h. in seiner Wohnung statt in einem Heim oder einer Klinik, geleistet werden und die dort bisher wenig genutzten Ressourcen erschließen.



20. Jahrhundert hinein weiter als Fürsorge; man sprach, wie z.B. Emil Kraepelin in seinem 1918 erschienen Buch »Hundert Jahre Psychiatrie«, von der »geschlossenen Irrenfürsorge« der Anstalten. Zugleich sollte aber für die dort praktizierten Problemverständnisse eine medizinische Sichtweise gelten, weil man in der Medizin die Chancen für künftige Heilerfolge sah.

Seit den letzten Jahrzehnten sind zwei gegenläufige Entwicklungen gleichzeitig festzustellen: Eine stärkere Medikalisierung erfolgte insofern, als die Psychiatrie die vormaligen Heil- und Pflegeanstalten zunehmend verließ und sich über die Ausbildung psychiatrischer Krankenhausabteilungen allmählich in die Strukturen des Gesundheitswesens integrierte. Zugleich aber setzten die Bemühungen um die Entwicklung gemeindepsychiatrischer Hilfen ein mit dem erklärten Ziel, die früher üblichen klinisch-medizinischen Interventionen durch alltags- und lebensweltorientierte Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu

Die Entwicklung umfassender, dem Bedarf der einzelnen Betroffenen entsprechender gemeindepsychiatrischer Hilfen führt zunehmend dazu, dass sich die Bedeutung des Arztberufes in der Psychiatrie wieder ändert. Denn die psychiatrischen Hilfen sind heute so vielfältig, dass sie zwangsläufig eine multiprofessionelle Gemeinschaftsaufgabe darstellen, an der neben ÄrztInnen auch ErgotherapeutInnen, psychiatrische Fachpflegekräfte, psychologische PsychotherapeutInnen und psychiatrisch-soziotherapeutisch qualifizierte SozialarbeiterInnen maßgeblich mitwirken. Das bedeutet, dass diese nicht nur als AssistentInnen für eine von ärztlichen Perspektiven geprägte Fachlichkeit arbeiten. Die zunehmende Bedeutung der unterschiedlichen Verfahrenskonzepte und Handlungstheorien dieser Fachberufe führt zu einer fortschreitenden Relativierung der im 19. Jahrhundert entstandenen Dominanz des Arztberufes für die Behandlung, Krisenintervention und Rehabilitation bei psychi-

Werner Voigt, Nauchende Engel; Freunde der Schlumper e.V., Hamburg

schen Störungen. Die anderen Berufe emanzipieren sich in einem mühsamen, konfliktreichen Professionalisierungsprozess von der traditionellen Rolle eines medizinischen Hilfsberufes. Allerdings ist dies unter einer langfristigen Perspektive zu sehen. Denn solange psychiatrische FachärztInnen mit ihrem rund zwölf Jahre dauernden und weitgehend standardisierten Qualifizierungsweg den anderen Berufen hinsichtlich eigener professioneller Standards noch weit voraus sind, wird die Politik auch weiterhin *Leitungsfunktionen* vorrangig an die Ärzteschaft delegieren. Offensichtlich ist aber schon jetzt, dass die traditionell ärztlich verfassten psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen Arztpraxen immer weniger das Zentrum psychiatrischer Hilfen darstellen.

Angepasst wie ein Chamäleon

Wenn es psychiatrische Fürsorge somit schon seit über 200 Jahren gibt, so kann von der Existenz einer spezifisch psychiatrischen Sozialarbeit noch lange nicht gesprochen werden. Als in dem 1975 vorgelegten Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland die Sachverständigen des Deutschen Bundestages unter dem Eindruck ausländischer Entwicklungen nachdrücklich eine multiprofessionell-kooperative Struktur für die Psychiatrie forderten, attestierten sie zugleich allen von ihnen angesprochenen Berufen im Hinblick auf deren Qualifikation für psychiatrische Aufgaben erhebliche Mängel in der Aus- und Weiterbildung. Inzwischen haben fast alle diese Berufe Qualifikationsstandards schaffende berufsrechtliche Regelungen zielstrebig durchgesetzt und damit wichtige Schritte hin auf eine tatsächlich multiprofessionelle Psychiatrie vollzogen. So stiegen die Anforderungen an die psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbildung der ÄrztInnen erheblich, und für psychiatrische Fachpflege, ErgotherapeutInnen und psychologische PsychotherapeutInnen wurden Qualifikationsstandards heilberufsrechtlich festgelegt. Nur beim Sozialarbeiterberuf hat sich diesbezüglich wenig bewegt. Wir können zwar feststellen, dass in verschiedenen, meist sozialhilfefinanzierten sozialpsychiatrischen Praxisbereichen SozialarbeiterInnen eine zentrale Rolle spielen. Doch von einem klar erkennbaren *Kompetenzprofil einer psychiatrischen Sozialarbeit* kann bisher nicht die Rede sein.

Das Erledigen von Telefonaten und Briefen an Behörden, Kostenträger und Versorgungsinstitutionen im Sinne einer sozial-administrativen Assistenz für die ärztliche Behandlung stellt sicher noch keine psychiatrische Sozialarbeit dar. Der Begriff kann nur Berechtigung erlangen, wenn er mehr bezeichnet als nur den Tätigkeitsort. Ebenso

kann die Erwähnung des Berufes in Rechtsvorschriften wie der Psychiatrie-Personalverordnung oder den Durchführungsvorschriften zu § 37a SGBV (Soziotherapie) so lange nicht als Beleg fortgeschrittener Professionalität gelten, wie der Beruf nicht selbst seine fachlichen Standards und spezifischen Handlungskonzepte für die dort bezeichneten Sozialleistungen sozialarbeitswissenschaftlich überzeugend beschreibt und weiterentwickelt.

Autoren wie Gregor Terbuyken, die sich für mehr Professionalität in der Sozialarbeit engagieren, haben einem Teil der SozialarbeiterInnen in psychiatrischen Teams fachliche Profillosigkeit vorgeworfen. Auf dem DGSP-Workshop »Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter – das Rückgrat, der Motor oder die Ausputzer in der Gemeindepsychiatrie?« im Jahr 1996 drückte Terbuyken die identitätsunsichere Überangepasstheit vieler SozialarbeiterInnen an die jeweiligen Erwartungen des Teams mit dem Begriff »Chamäleonexistenz« aus. Ein Beispiel, wie weit weg solche Erwartungen an SozialarbeiterInnen von dem sein können, was internationale berufsgeschichtliche Entwicklung und moderne sozialarbeitswissenschaftliche Literatur als berufliche Identität ausweisen, geben Formulierungen, die sich durch alle Auflagen von »Irren ist menschlich« gehalten haben und sicher eine empirische Basis haben. SozialarbeiterInnen seien danach vor allem zuständig für die (von allen wenig geliebten) sozial-administrativen und organisatorischen Aufgaben: »Das Team erwartet vom Sozialarbeiter einerseits die optimale Nutzung der Sozialgesetze (Sozialhilfe, Rentenansprüche usw.) sowie Beziehungsaufnahme mit dem Anteil unserer Wirklichkeit, den die verschiedenen Verwaltungen darstellen ... Darüber hinaus ist es Aufgabe der Sozialarbeiter, für die Patienten ... soziale Räume zu erschließen und erreichbar zu machen« (K. Dörner u.a.: Irren ist menschlich, überarb. Neuausgabe, Bonn (2002), S. 56). Also: Im Auftrag der anderen Anträge stellen und Patientenclubs organisieren ... Dass SozialarbeiterInnen in sozialpsychiatrischen Diensten und im betreuten Wohnen meist die Hauptlast der persönlichen Betreuungsaufgaben tragen, wird hier offenbar übersehen.

Professionalisierung der Berufe als Voraussetzung wirklicher Multiprofessionalität

Die Entwicklung eines Berufes zu einer berufseigenen Fachlichkeit bezeichnet man als Professionalisierung des Berufes. Diese wird kollektiv durch *Verwissenschaftlichung* gewonnen und individuell über *professionsbezogene Aus- und Weiterbildung* erworben. Sie manifestiert sich in wissen-

schaftlichen Publikationen und verlässlich vorhandenen berufstypischen Qualifikationen der Berufsangehörigen. Als Beispiele für erfolgreiche Professionalisierung kann man die Berufsgruppen der ÄrztInnen und psychologischen PsychotherapeutInnen nennen, aber auch die psychiatrische Pflege hat hier seit dem Erscheinen der Psychiatrie-Enquete erhebliche Fortschritte vorzuweisen.

Mit dem Begriff Professionalisierung wird also ein *kollektives* Problem des Berufes angesprochen. Es ist ja unübersehbar, dass sich viele SozialarbeiterInnen persönlich dank sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung zu hoch qualifizierten gemeindepsychiatrischen Fachkräften entwickelt haben. Doch andere tun das nicht, im Gegenteil: Ob es überhaupt fachlicher Spezialisierungen in der Sozialarbeit bedarf, ist in einigen Verbänden immer noch Thema heftiger Kontroversen. Doch ein Fachberuf gilt auf Dauer für die Gesundheitspolitik nur so viel, wie er an gemeinsamen, für psychiatriepolitische Akteure verbindlich vorhandenen berufsfachlichen Kompetenzen vorzuweisen vermag. Psychologische PsychotherapeutInnen und psychiatrische Fachpflegekräfte und FachärztInnen haben dies schon lange erkannt und Konsequenzen daraus gezogen.

Die DGSP versteht sich seit ihrer Gründung als ein multiprofessioneller Fachverband. Dies drückt sich einerseits darin aus, dass sie die Verständigung der in ihr vertretenen Berufe fördert (»Abschied von Babylon«), zumal viele Aufgaben in der sozialpsychiatrischen Praxis berufsspezifisch zu leisten sind und eine entsprechende gemeinsame Begrifflichkeit entwickelt werden muss. Andererseits hat die DGSP, um der Multiprofessionalität der psychiatrischen Versorgung Entfaltung zu bieten, immer schon der fachlichen Weiterentwicklung der einzelnen Berufe Diskussionsraum geboten. So kann das Lehrbuch von Hilde Schädle-Deininger und Ulrike Villinger »Praktische Psychiatrische Pflege« auch als ein Produkt erfolgreichen DGSP-Engagements gelten. Ebenso hat die DGSP die Entstehung des Psychotherapeutengesetzes über mehr als ein Jahrzehnt hinweg kritisch begleitet. In diesem Sinne – die Gemeindepsychiatrie zu fördern, nicht aber berufsständischen Interessen zu dienen – moderierten Joachim Speicher und ich auf der Stuttgarter Jahrestagung 2002 eine Arbeitsgruppe zur Rolle der Sozialarbeit in der Gemeindepsychiatrie, die an die nur teilweise veröffentlichten Ergebnisse des DGSP-Workshops von 1996 anknüpfte.

In der Einleitung zitierten wir Klaus Weises besorgte Feststellung, dass er seit einer Reihe von Jahren einen Rückgang sozialpsychiatrischer Denk- und Handlungsmuster beobachtet zugunsten einer Medikalisie-

zung von Theorie und Alltagspraxis auch im gemeindepsychiatrischen Bereich. Diesen Beobachtungen stellt Klaus Weise die Idee einer Sozialpsychiatrie entgegen, die sich auf die Lebenswelt der Betroffenen und eine intersubjektive Beziehung zur PatientIn gründet, psychische Krankheit vor allem als Lebenskrise und individuelle Form menschlicher Existenz sieht und hinausgeht in die Familien, in die Arbeits- und Wohnwelt, um Bedingungen für ein normales Leben der Betroffenen zu fördern (Sozialpsychiatrische Informationen 2/2002). Doch was, so ist daran anknüpfend zu fragen, verhindert eine solche Praxis? Kann hier wirklich die abundante Werbung und das einseitige Forschungssponsoring der pharmazeutischen Industrie als Erklärung hinreichen? Ist dies nur eine Folge des von Asmus Finzen zu Recht kritisierten Mangels an sozialpsychiatrischer Forschung? Oder hängt dies vielleicht auch mit der insgesamt viel zu geringen Entwicklung sozialpsychiatrischer Handlungskonzepte und deren theoretischer Fundierung zusammen?

Sozialpsychiatrische Forschung hat ihren sozialwissenschaftlichen Ursprüngen entsprechend vor allem Versorgungsstrategien und Erklärungswissen für die sozialen Aspekte psychiatrischer Störungsbilder im Blick. Das ist wichtig, doch zur Weiterentwicklung der therapeutischen, rehabilitativen, pflegerischen und präventiven Praxis sind über die von der DGSP stets gepflegten berufsethischen Reflexionen hinaus auch die konsequente Entwicklung besserer Handlungskonzepte und für diese Orientierung gebende theoretische Ansätze notwendig. Dazu gehört des Weiteren, dass solche Konzeptionen schließlich zu systematisierten Lehrstandards in der Aus- und Weiterbildung werden, deren Gültigkeit für die Praxis nicht allein dem persönlichen Engagement Einzelner überlassen bleibt.

Paradigmen eines Berufes

Nun sind solche Handlungskonzepte nicht das Privileg eines einzelnen Berufes. Auch eine Ärztin oder ein Psychologe kann die Handhabung des Pflegeprozesses lernen. Doch das geschieht in der Regel nicht, weil ÄrztInnen und PsychologInnen einem solchen Praxiskonzept einen anderen Wert beimessen, als es Pflegenden tun. Das sind Folgen unterschiedlicher beruflicher Sozialisierungen. Sie machen deutlich, dass sich Berufe durch berufstypische handlungsleitende Grundüberzeugungen (Paradigmen) unterscheiden können. Wir alle arbeiten – in der Regel unbewusst – auf der Grundlage solcher Paradigmen. Paradigmen geben eine die Lösung beruflicher Aufgaben erleichternde sinnhafte Ordnung vor und prägen damit in einer berufspezifi-

fischen Art die Wahrnehmung, die Priorität der Handlungsziele und die Verfahrensweisen (Arbeitsmethoden).

Dazu zwei Beispiele aus dem Arztberuf: Das seit vielen Arztgenerationen tradierte Handlungsgrundschema »Anamnese – Untersuchung – Diagnose – Therapie« führt ÄrztInnen dazu, dass sie bei ihren PatientInnen vorrangig nach Symptomen einer Krankheit suchen und als Ergebnis dieser Bemühungen die Beschwerden der PatientIn vermittelt überindividuell definierter Krankheitskategorien (Syndromen usw.) interpretieren, um daraus die richtige Behandlung abzuleiten. Schon in den ersten Semestern des Medizinstudiums entsteht daraus eine Grundhaltung, deren Sinnhaftigkeit dann im klinischen Praktikum immer wieder erfahren wird. Aufgaben, bei denen sich dieses Handlungsschema nicht bewährt, werden dann allzu gern an den Rand der Aufmerksamkeit gedrängt oder als unwesentlich nicht zur Kenntnis genommen. Das ist ein Grund, warum die meisten ÄrztInnen sich als eher schlechte Rehabilitationsdiagnostiker erweisen. Sie achten zwar mit differentialdiagnostischem Scharfblick auf die sich in Symptomen ausdrückenden Schädigungen und überlegen, wie diese zu therapieren sind, doch kümmern sich zu wenig um die für den Rehabilitationsprozess ebenso wichtigen, für sie nur schwer kategorisierbaren Ressourcen und den sozialen und biografisch gewachsenen Kontext, in dem der chronisch kranke Mensch seinen Alltag zu bewältigen hat.

Ein anderes für den Arztberuf charakteristisches Paradigma hat der Internist und Gründungsrektor der Medizinischen Hochschule Hannover, Fritz Hartmann, beschrieben: Zum Selbstbild von ÄrztInnen gehört demnach, dass sie gute ÄrztInnen sind, die die Krankheit ihrer PatientInnen erfolgreich »besiegen«. Eine gute ÄrztIn »kämpft« darum, dass ihre PatientIn gesund wird, indem sie eine erfolgreiche Therapie zustande bringt. Dieses Paradigma des erfolgreichen »Behandlers« bringt dem Arztberuf in vielen Bereichen der Medizin zu Recht große soziale Anerkennung und manche Heldenrolle in Arztfilmen. Doch diese Grundhaltung, darauf hat Fritz Hartmann hingewiesen, bringt es auch mit sich, dass ÄrztInnen den besonderen Hilfebedarf »unheilbar« Kranker oder nicht therapierbarer behinderter Menschen zu wenig beachten. Die bei chronisch Kranken zu erlebenden therapeutischen Misserfolge verleiten ÄrztInnen dazu, sich »gekränkt« (Fritz Hartmann) von diesen abzuwenden. Es hängt sicher auch mit diesem von den ersten Studiensemestern an konsequent ermittelten therapieorientierten Paradigma zusammen, dass junge ÄrztInnen sich allzu sehr von der meist raschen Wirkung der Psychopharmaka faszinieren lassen,

wo geduldiges Unterstützen der Bewältigungsbemühungen der Kranken mehr an Heilung bringen würde.

So viel als Beispiel für Paradigmen, über die jeder Fachberuf verfügt, wenn er über die Rolle eines medizinischen Assistenzberufes hinausgewachsen ist.

Weil ein jedes solcher berufstypischer Paradigmen an Grenzen des Erfolges stoßen lässt, brauchen wir heute angesichts der Komplexität sozialpsychiatrischer Hilfen wirkliche Multiprofessionalität. Die Paradigmen des Arztberufes, so wichtig diese sind, bedürfen der Relativierung vermittels anderer professionalisierter Berufe. Die handlungsleitenden Paradigmen des einen Berufes müssen auf die der anderen Berufe treffen und sich in erfolgreicher Teamarbeit ergänzen. Eine Voraussetzung dafür ist, dass die Teammitglieder tatsächlich in der Lage sind, ihre eigenen beruflichen Paradigmen überzeugend zur Geltung zu bringen.

Die Kernkompetenz des Sozialarbeiterberufes

Im diesem Sinne verfügt auch die Sozialarbeit über Paradigmen, die ihr eine besondere Bedeutung für eben die sozialpsychiatrische Praxis geben, wie sie Klaus Weise zu Recht fordert. Doch wer kennt sie, wenn sich in Deutschland selbst viele SozialarbeiterInnen darin nicht auskennen? Die Gründe, warum Sozialarbeit nicht nur in psychiatrischen Arbeitsfeldern oft so wenig berufeigenes fachliches Profil zeigt, werden seit einer Reihe von Jahren in Fachpublikationen thematisiert. Ohne darauf hier im Einzelnen einzugehen, ist anzumerken, dass die Sozialarbeit in Deutschland bis Anfang der 1930er-Jahre mit an der Spitze der internationalen Entwicklung stand. Doch dann nahm das Nazi-Regime sie in den Dienst ihrer Wohlfahrtsideologie und zerstörte alle Professionalisierungsansätze. Manche SozialarbeiterIn, die sich den neuen sozialhygienischen Heilslehren nicht anschloss, floh vor dem Nazi-Regime, und einige wurden später an amerikanischen Universitäten ProfessorInnen der Sozialarbeit, wie Joachim Wieler beschrieben hat.

Während die amerikanischen »Social Workers« in den folgenden Jahrzehnten an den dortigen Universitäten einen für psychosoziale Beratungs- und Unterstützungsprozesse hochkompetenten Beruf entwickelten, verloren Praxis und Wissenschaft der Sozialarbeit in Deutschland den Anschluss an diese Entwicklung. Nach einer dank internationaler Unterstützung zustande gekommenen kurzen Renaissance der Methodenlehre in den 1960er-Jahren (dargestellt in C. Wolfgang Müllers Standardwerk »Wie Helfen zum Beruf wurde«) kolonialisierten viele berufsfremde ProfessorInnen die Sozialarbeiterausbildung in

Deutschland und wollten lieber die Gesellschaft verändern als deren »Symptome« bei ihrer Klientel kurieren. Um die Kunst und die Wissenschaft vom methodisch reflektierten Gestalten eines Kommunikations- und Unterstützungsprozesses mit einzelnen KlientInnen kümmerten sich nur noch wenige. Stattdessen wurde gerade das, was seit Alice Salomons Pionierarbeiten zu Anfang des 20. Jahrhunderts für die berufsfachliche Identität des Sozialarbeiterberufes maßgebend war, »mies gemacht und vom Menü der Fachdiskussion weithin gestrichen«, wie Wolf Rainer Wendt treffend formuliert hat. Dabei sind es eben diese Beratungs- und Unterstützungskompetenzen im ökosozialen Kontext (und nicht die instrumentellen Fähigkeiten für sozialadministrative und organisatorische Aufgaben), welche die »Kernkompetenz« der Sozialarbeit (Manfred Neuffer), deren »Kristallisationskern« (Marianne Schmidt-Grunert) und die »integrierende Chiffre« des professionellen Selbstverständnisses von Sozialarbeit (Peter Pantucek) ausmachen.

Lebensalltag und ökosozialer Kontext eines Menschen

Die Arbeitsgruppe auf der Stuttgarter DGSP-Tagung sah einmütig die Notwendigkeit, dass sich die Sozialarbeit ihrer Paradigmen, Theorien und Handlungskonzepte mehr bewusst werden muss, um im gemeindepsychiatrischen Team zu mehr eigenem fachlichen Profil zu gelangen. Dies wird die Aufgabe künftiger Workshops und Arbeitsgruppen sein. Nur als Ansätze einer Skizzierung sozialarbeiterischer Paradigmen seien zwei genannt:

1. Die primäre Orientierung auf die *Bewältigung des Lebensalltags* und auf die (subjektive) *Lebenswelt* der einzelnen KlientIn, wie dies z.B. Klaus Obert (»Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns«, Bonn, 2001) dargestellt hat. Mit dieser Orientierung nimmt eine SozialarbeiterIn eher als eine ÄrztIn wahr, dass manche Menschen mit ihren Stimmen vielleicht sogar glücklich leben, während man in der psychiatrischen Klinik die psychopathologischen Symptome als das zentrale Problem ansieht.

2. Ein anderes Paradigma der Sozialarbeit stellt die Person-in-der-Situation-Perspektive dar: Während es dem beruflichen Selbstverständnis der meisten ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen entspricht, sich zunächst einmal ganz auf die Krankheit ihrer PatientIn zu konzentrieren, achten methodisch selbstbewusste SozialarbeiterInnen stets zugleich auf die Person der KlientIn und auf deren ökosozialen Lebenskontext. So kommt es, dass systemische Konzepte gerade unter SozialarbeiterInnen besonderes Interesse finden.

Von der fremden Welt des Krankenhauses war eingangs die Rede. Eine sich ihrer eigenen Rolle im gemeindepsychiatrischen Team bewusste Sozialarbeit könnte auch ÄrztInnen zu einem Perspektivwechsel verleiten. Diesen würde dann das Leben psychiatrisch hilfsbedürftiger Menschen in deren normalem ökosozialen Kontext, obwohl dieser so viel unübersichtlicher als eine Klinikstation ist, eines Tages weniger fremd erscheinen als die Welt eines psychiatrischen Krankenhauses. Dies könnte eine Aufgabe sein für eine ihrer Identität sicheren psychiatrischen Sozialarbeit. Doch bis es dazu kommt, müssen SozialarbeiterInnen in psychiatrischen und suchttherapeutischen Arbeitsfeldern erst einmal zwecks Darstellung ihrer berufseigenen gemeindepsychiatrischen Paradigmen und Handlungsstandards über regionale und verbandliche Grenzen hinweg zusammenfinden. ◆

Prof. Dr. Wolf Crefeld lehrt an der evangelischen Fachhochschule für Sozialarbeit in Bochum.

Auf Ihre Hilfe kommt es an!

FACHZEITSCHRIFTEN



Psych. Pflege Heute

- Informiert Sie präzisely
- Kennt Ihre Probleme
- Bietet in vertraulichen Fragen
- Berichtet über Wissenschaft und Forschung in der Pflege
- Bringt Sie weiter

Das komplette Wissen zur Betreuung und Pflege psychisch kranker Menschen

Exklusiver Online-Zugang!
 Recherche im Volltext
www.thieme.com/med
www.thieme.com/psychologie
 *Zitieren Sie das persönliche Abonnement

Wissen im Test!

(Je schneller die Zeitverf! Psych. Pflege Heute

Wunderbar kommentieren.

1. Ich würde unentgeltlich ein Produkt.
2. Ein Brief mit Formulare erlaubt mich an den Ablauf des Testangebots.
3. Es bleibt beim Test, wenn ich auf dem Formulare ein Foto ankommen. Wenn Sie nicht vor mir haben, möchte ich die Zeitschrift für mindestens 1 Jahr abonnieren. (Erschwert (Send 2000 € 19,-))

Name, Vorname _____

Telefonnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Send, versch, Zahlung _____

Gesamtumsatz _____

Anschrift: privat dienstlich

Telefon: Priv. Geschäft

Georg Thieme Verlag, Postfach 224, 70301 Stuttgart

0711 89 23-1 20

Kundendienststelle

www.thieme.de

Thieme