

## „Sozialarbeit im Gesundheitswesen“

In der Bundesrepublik arbeiten über 200.000 Menschen als SozialarbeiterInnen/-pädagogInnen oder Dipl. PädagogInnen in Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit. Hinzu kommen 21.000 HeilpädagogInnen, 403.000 ErzieherInnen, 268.000 AltenpflegerInnen, usw.

Nach einem Wachstum in den vergangenen Jahren kann der Stellenmarkt, mit Ausnahme der neuen Bundesländer als weitgehend stabil gekennzeichnet werden. Wobei aber erhebliche Umstrukturierungen und Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen anstehen: Der Ausstieg aus den Tarifverträgen und befristete Arbeitsverhältnisse werden immer mehr zur Regel.

Die Soziale Arbeit war schon immer ein Berufsfeld, das in besonderem Maß von der aktuellen Politik abhängig ist. Soziale Arbeit, und auch das ist nichts neues, ist gleichzeitig besonders eng mit der Diskussion um Soziale Leistungen und den Erhalt oder den Ausbau des Sozialstaats verbunden.

Soziale Arbeit steht damit vor deiner paradoxen Situation:

Im Zuge der sogenannten Globalisierung konkurrieren Staaten um die niedrigsten Steuerlasten. Diese sind aber nur durch einen Abbau auch sozialer Standards zu erreichen, der letztendlich dazu dient, Gemeinkosten zu senken.

Die gleiche Entwicklung führt parallel zu einer höheren Arbeitslosigkeit. An dieser wird sich mittelfristig auch nichts ändern. Die Folge hiervon sind eine Zunahme von Armut und sozialen Konflikten. Diese führen zu erhöhten Anforderungen an die Soziale Arbeit. Mit neuen Förderprogrammen beauftragt der Staat „Soziale Arbeit“ mit entsprechenden „Problemlösungen“, während an anderen Orten Stellen abgebaut und Arbeitsbedingungen verschlechtert werden. Ähnlich diffus stellt sich die Stellensituation dar.

Deutschland ist also weit entfernt von Standards, die definieren was an „Sozialem“ sich der Staat eigentlich leisten will.

Selbst im Musterland des Wirtschaftsliberalismus, Großbritannien, ist man weiter. Dort geben Gesetze Standards vor, über die unter anderem ein starker Berufsverband der Sozialarbeiter wacht. Gerade aktuell plant die Regierung ein Gesetz („Care Standard Bill“), das vorsieht die Aufsicht über stationäre und ambulante Dienste zu zentralisieren und entsprechende Standards vorzugeben. Dies ist aber nicht nur ein Vorteil, lassen sich doch in Großbritannien Sozialkürzungen dann auch entsprechend zentral durchsetzen.

Wohin einerseits zentrale Steuerung und andererseits die Zersiedelung der Tätigkeits- und Trägerlandschaft führt, lässt sich besonders an der Entwicklung um das Gesundheitswesen darstellen.

Wirtschaftsforscher und Personalentwickler prognostizieren dem Beschäftigungsmarkt insbesondere für qualifizierte Tätigkeiten im Gesundheitsbereich eine glänzende Entwicklung, gerade auch für SozialarbeiterInnen und –pädagogInnen. Das bei vielen zunehmende Alterseinkommen (dem eine wachsende Altersarmut gegenübersteht), eine längere Lebenserwartung und die demographische Struktur sprechen für diese Entwicklung. Diese wird sich aber weitgehend außerhalb der allein aus öffentlichen Mitteln finanzierten pflegerischen und gesundheitlichen Dienstleistungen abspielen. Also auch hier wieder eine paradoxe Situation: Abbau der Sozialen Arbeit im öffentlichen Bereich, Beschäftigungschancen in der Selbständigkeit oder in privaten Trägerstrukturen. Lassen Sie mich hierfür einige Beispiele nennen, die gleichzeitig Beleg für die Zersiedelung der Trägerlandschaft sind:

Zwar sind die Krankenkassen in ihrem Bestreben der zentralen Steuerung der Krankenhausversorgung noch an der Gesetzgebungskompetenz der Länder gescheitert, aber bereits jetzt deutet sich über die Einstellung von Krankenkassenberatern, Exklusivverträgen mit Reha-Kliniken, Fallpauschalen ohne Rücksicht auf Verluste ein Aushöhlen der Arbeit der Sozialdienste an. Holger Gerecke, Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen

in Bremen gibt der Sozialarbeit im Akutkrankenhaus (anders als in Spezialbereichen oder in der Reha) angesichts kürzerer Verweildauer keine Chancen mehr.

Dann aber wird das Instrument der Soziotherapie geschaffen, das mittelfristig zu mind. 1.400 Stellen im Bereich der ambulanten Soziotherapie führen wird und mit enormen, teilweise der Sozialarbeit fremden, Ausbildungserfordernissen für die dort Tätigen verbunden sein wird. Während wiederum die Arbeit der sozialpsychiatrischen Dienste ausgedünnt wurde, übernehmen Berufsbetreuer bei minimaler Bezahlung (und oftmals entsprechend reduzierten Zeitkontingenten) Dienste auch im sozialpsychiatrischen Bereich.

Während Sozialdienste in Unternehmen in den letzten drei Jahren ausgebaut werden, verlieren die gesundheitlichen Beratungsstellen der Kommunen an Finanzierung.

In der Stadt Köln gibt es über 50 Pflegedienste, die als Marketingargument SozialarbeiterInnen beschäftigen. Das einfache Konzept: niedriges Grundgehalt + Erfolgsprämie je vermittelten Patienten. Gleichzeitig nehmen Existenzgründungen zu, die chronisch Kranken und Älteren privat zu bezahlende Dienstleistungen anbieten.

Die Selbsthilfeförderung im Zuge der Gesundheitsreform wird dann auch wieder zu neuen Stellen führen.

Mit all diesen Entwicklungen werden drei Tendenzen deutlich, wenn nicht entgegengesteuert wird.:

- Die Arbeitsbedingungen der (noch) Beschäftigten werden sich zusehends verschärfen.
- Soziale Arbeit im Gesundheitswesen wird sich zunehmend, analog der jeweiligen Förderbestimmungen und Marktchancen, segmentieren und an Aufgaben lebensweltlicher Hilfestellung verlieren.
- Menschen mit niedrigem Einkommen und/oder einer kleinen gesellschaftlichen Lobby werden diejenigen sein, die am wenigsten von den Hilfeinstrumenten der Sozialen Arbeit erfaßt werden.

An dieser Stelle wäre es zu einfach, nur auf die „PolitikerInnen“ zu schimpfen. Sicher ist es notwendig, der Politik des Sozialabbaus unseren Widerstand entgegen zu setzen.

Selbstkritisch aber ist einzuräumen, dass es der Sozialen Arbeit, vor allem auch im Gesundheitswesen, oder gebrauchen wir die Wortschöpfung des „Clinical Social Work“ nicht gelungen ist, deutlich zu machen, wie sie arbeitet und was sie leistet: Während in den Niederlanden die Sozialdienste im Akutkrankenhaus ausgebaut wurden, weil sie dazu beitragen, Belegungszeiten zu verkürzen und Fallpauschalen zu senken (wobei das Gesundheitswesen in den Niederlanden längst viel mehr an Qualität verloren hat, als in Deutschland), sind in Deutschland Sozialdienste gefährdet, weil Fallpauschalierungen zu Einnahmever schlechterungen in den Kliniken führen.

Soziale Arbeit hat es auch versäumt, ihre Expertenrolle deutlich zu machen. Wer, wenn nicht sie, kann den immer häufigeren Skandal in der Betreuung und Nachsorgen von Kranken belegen, Alternativen aufzeigen und notfalls zu skandalisieren?

Soziale Arbeit im gesundheitlichen Bereich hat in der Vergangenheit auch zugesehen, wie sie zunehmend von anderen Professionen verdrängt wird. Während in Deutschland die Profession aus der Therapie verdrängt wird (Psychotherapeutengesetz), und selbst in der neuen Soziotherapie mit Fachkrankenschwestern der Psychiatrie konkurrieren soll, ist der therapeutische Bereich einer der wesentlichen Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit in den USA:

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen muss, will sie erfolgreich sein:

- 1.: Deutlich benennen, was sie leistet und wer ihre NutzerInnen sind;
- 2.: Deutlich machen, wie sie arbeitet und was sie für gute Arbeit benötigt;
- 3.: Politisch Position beziehen, wenn es um die Interessen ihrer Klientel, aber auch die eigenen Bedürfnisse geht.

Seit über zwei Jahren verfolgt die BAG Gesundheit des DBSH diese Zielsetzung. Das „Lörracher Qualitätskonzept für das Akutkrankenhaus“ war ein Anfang, um Leistungen, Arbeitsweisen, Nutzen und Qualitätserfordernisse für die Arbeit zu beschreiben. Es war und ist die Grundlage für die politische Positionierung in einem Feld der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen.

Zwischenzeitlich hat die Landesfachgruppe Gesundheit in NRW beschlossen, ein Qualitätskonzept für den Bereich der Sozialdienste in den Kliniken für Psychiatrie und Sucht zu entwickeln.

So soll auch diese Tagung dazu beitragen, das wir ähnliche Qualitätskonzepte für andere Bereiche der Gesundheitsversorgung entwickeln.

Strategische Sozialarbeit in diesem Zusammenhang bedeutet aber noch mehr, als diese Grundlagen zu beschreiben und sie zu vertreten.

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen braucht darüber hinaus eine geschlossene Identität als Feld in der Sozialen Arbeit. Hier sind Wissenschaft und Praxis gleichermaßen gefragt. Wir hoffen, dass diese Tagung hierzu Impulse setzen kann.

All das wird aber nicht helfen, wenn es nicht auch gelingt, politisch handlungsfähig zu werden.

Hier ist zum Einen festzustellen, dass viel zu wenige SozialarbeiterInnen /-pädagogInnen nicht organisiert sind. Eine Ursache hierfür könnte in der Resignation begründet sein, dass die Arbeit vor Ort, das Bemühen um die Absicherung der eigenen Arbeitsbedingungen, Kürzungen, Wandel und Unübersichtlichkeit zu viel auf einmal sind, um erfolgreich zu sein. Aber nehmen wir uns ein Beispiel an den Psychologen, die mit ihrem Verband nicht nur ein Gesetz beeinflussen konnten, sondern wöchentlich in den Medien vertreten sind und ganze Beschäftigungsfelder für sich reklamieren können.

Eine andere Ursache aber ist, wie Eckhard Hansen von der Uni Bremen in der Frankfurter Rundschau am 3. Mai diesen Jahres schrieb: Die „Balkanisierung der Sozialen Arbeit“, verbunden mit dem Fehlen einer einheitlichen Berufsorganisation und einer „leihwissenschaftlich“ zusammengesetzten Sozialarbeitswissenschaft, die ein „Diffus-systemloses Erscheinungsbild“ bieten würde.

Neben den Trägergesellschaften der Sozialen Arbeit, die sich oftmals selbst als Interessenvertretung der Sozialen Arbeit und der Beschäftigten mißverstehen, gibt es eine Unzahl von Verbänden von 30 Mitgliedern bis zum größten, dem DBSH mit 6.000 Mitgliedern.

Bedenkt man, dass der Gesundheitsbereich das drittstärkste Beschäftigungssegment für die Soziale Arbeit bildet (nach Jugendhilfe und Soziale Dienste), sind die 733 Einzelmitglieder der DVSK und die ca. 400 Mitglieder des DBSH im Gesundheitsbereich nicht ausreichend, um wirklich etwas bewegen zu können. Wir benötigen, daran darf kein Zweifel bestehen, eine gemeinsame starke Organisation mit viel mehr Mitgliedern als heute.

Um etwas politisch zu bewegen, bedarf es mehr, als einem segmentierten Spezialwissen und einer Orientierung auf das jeweilige Beschäftigungsfeld mit seiner jeweiligen Klientengruppe hinaus. Es geht darum, das Allgemeine im Besonderen zu verbinden, und nicht, sich ständig mit dem Besonderen von dem Allgemeinen abzugrenzen. An dieser Stellen können wir wirklich von der Wirtschaft lernen:

Daimler-Chrysler ist nicht der 3-größte und weltweit tätige und angesehene Autokonzern, weil er nur ein einziges Fahrzeug anbietet, sondern weil seine Kunden bei aller Vielfältigkeit der Produkte Qualität und Zuverlässigkeit erwarten können.