DGSA.podcast

Informationen zum Podcast und zu den jeweiligen Folgen unter: podcast.dgsa.de

Der Podcast ist auf allen gängigen Podcast-Plattformen abrufbar.

Zitiervorschlag zum Audio-Podcast:

Konrad, Milena; Roeske, Adrian (2025): DGSA.podcast – Folge 15: Klinische Sozialarbeit [Audio-Podcast] mit Eva Wunderer, Christine Kröger, Karsten Giertz, Adrian Roeske und Milena Konrad. Online unter: podcast.dgsa.de/podcast (Zugriff am: 00.00.0000).

Transkript zu DGSA.podcast Folge 15: Klinische Sozialarbeit

Einspieler [Intro-Musik, Text: DGSA.podcast. Der Wissenschaftspodcast der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit, Intro-Musik].

Adrian Roeske: „Hallo und herzlich Willkommen zur 15. Folge des DGSA.podcast. Herzlich Willkommen an unsere Zuhörer*innen und ein Willkommen an unsere heutigen Gäst*innen. Hier sind wir der Adrian und Milena, Eure Hosts des DGSA.podcasts und in der heutigen Folge geht es um Klinische Sozialarbeit. Wir sprechen heute darüber, was Klinische Sozialarbeit genau ist, was die Sektion Klinische Sozialarbeit der DGSA so macht und werden konkreter, was das Handlungsfeld Sozialpsychiatrie angeht. Außerdem erfahren wir, was es mit den Entwicklungen einer Sozialtherapie auf sich hat.“

Milena Konrad: „Das machen wir wie immer nicht allein, sondern heute mit Eva Wunderer.“

Eva Wunderer: „Herzlichen Gruß aus Landshut.“

Milena Konrad: „Christine Kröger.“

Christine Kröger: „Hallo aus Coburg.“

Milena Konrad: „Und Karsten Giertz.“

Karsten Giertz: „Noch von mir Hallo aus Schwerin.“

Milena Konrad: „Wir stellen unsere Gäste noch kurz vor. Weitere Infos gibt sie immer auf der Homepage.“

Adrian Roeske: „Eva Wunderer ist Psychologin, systemische Paar- und für Medientherapeutin und seit mehr als 30 Jahren im Bereich der Essstörungen tätig. Vor ihrem Ruf an die Hochschule Landshut war ihr der Begriff Klinische Sozialarbeit noch recht wenig geläufig. Dann stieg sie aber in einen intensiven Diskurs dazu in Landshut ein, als es um die Einführung des Masters Klinische Sozialarbeit ging, an die Hochschule Landshut wurde sie für psychologische Aspekte Sozialer Arbeit mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche berufen, ihr eigener Forschungsschwerpunkt liegt weiterhin im Bereich der Essstörungen, gemeinsam mit Dieter Röhl ist Eva Wunderer die Sprecherin der Lektion Klinische Sozialarbeit.“

Milena Konrad: "Und Christine Kröger ist Psychologin und psychologische Psychotherapeutin. Sie ist seit 2011 an der Hochschule Coburg und hat dort die Professur für Klinische Sozialarbeit und psychologische Grundlagen Sozialer Arbeit inne. Ihr Interessens und Forschungsschwerpunkt ist die klinische Sozialarbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Leidenschaft für Klinische Sozialarbeit hat durch die Übernahme der Studiengangsleitung im berufsbegleitenden Weiterbildungsmaster Klinische Sozialarbeit noch mal einen deutlichen Schub bekommen."

Adrian Roeske: „Außerdem mit dabei ist Karsten Giertz. Er hat einen Masterabschluss im Bereich Social Work, er ist Geschäftsführer des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, Vorstandsvorsitzender des European Centre for Clinical Social Work, Vorstandsmitglied in der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen und er engagiert sich in der Sektion Klinische Sozialarbeit sowie in der Fachgruppe Case Management der DGSA. Er publiziert unter anderem im Kontext sozialpsychiatrischer Themen und der psychosozialen Versorgung von Klient*innen, die von den bestehenden Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten bisher nur unzureichend profitieren."

Milena Konrad: „Ja, und wir haben für die Vorbereitung der heutigen Folge natürlich auch in euer kürzlich erschienenes Handbuch geschaut. Auch das verlinken wir, aber wollen der Vollständigkeit halber noch mal den Titel nennen, ‚Handbuch Klinische Sozialarbeit', herausgegeben von der Sektion Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit. Und im Herausgeberinnen-Team haben mitgewirkt Silke Birgitta Gahleitner, Julia Gebrande, Karsten Giertz, Christine Kröger, Dieter Röh und Eva Wunderer. Ja, und wir haben uns sagen lassen, dass die Zusammenarbeit extrem angenehm und produktiv war und es auch n bisschen schade ist, dass wir heute nicht mit allen sechs beteiligten Personen gemeinsam sprechen können, aber Grüße gehen natürlich raus an alle. Und ja, wir sind froh, dass wir heute mit drei der Herausgeber*innen ja noch mal etwas mehr über die Entwicklungslinien und Facetten der Klinischen Sozialarbeit sprechen dürfen."

Adrian Roeske: „Einer unserer ersten Eindrücke des Handbuchs war. Ja, wow. Ganz schön umfangreich und umfassend! Was kein Zufall ist, denn euer Ziel war es, die schnell vorangeschrittene Profilierung der Klinischen Sozialarbeit, die mannigfaltige Publikationslandschaft und die zentralen Vertreter*innen in diesem Feld zu bündeln und letztendlich Übersichten zu schaffen. Und ihr habt damit erstmals die verschiedenen theoretischen, konzeptionellen, ethischen und methodischen Grundlagen einer Klinischen Sozialarbeit in Deutschland und in den Nachbarländern zusammengeführt und ihr möchtet mit dem Handbuch der Praxis und Wissenschaft die Möglichkeit geben, auf den bisherigen Wissens- und Forschungsstand zurückzugreifen und auch auf zukünftige Forschungsbedarfe hinweisen. Im Detail soll das natürlich im Buch selbst nachgelesen werden, aber neben einem geschriebenen Format, kann ein Einstieg im Inhalt natürlich auch gut per Audio und in einem Podcast gelingen, womit wir dann auch das Anliegen der heutigen Folge geklärt hätten."

Milena Konrad: „Und jetzt können wir vielleicht noch kurz ergänzen beziehungsweise geschichtlich einordnen, dass sich die Klinische Sozialarbeit im deutschsprachigen Raum als Fachsozialarbeit im Zuge von Qualifizierungs-, Spezialisierungs- und Professionalisierungsprozessen innerhalb der Sozialen Arbeit in den 1990er Jahren entwickelt hat und insbesondere Mary Richmond und Alice Salomon, nahmen bereits 1917 beziehungsweise 1926 in ihren frühen Arbeiten zur sozialen Diagnostik und zum Konzept der Personal Environment großen Einfluss auf die Entwicklung Klinischer Sozialarbeit in Deutschland. Wir wollen ja jetzt über die

aktuelle Situation und Bedeutung eben dieser sprechen und ja auch hier noch mal der Hinweis. Wer die Geschichte noch mal vertiefen möchte, findet auch dazu Literaturhinweise in den Shownotes. Jetzt aber an euch die Frage. Was, was ist jetzt eigentlich genau Klinische Sozialarbeit und was ist sie nicht?“

Christine Kröger: „Ich glaube, ich würde gerne mal mit der zweiten Frage aufgreifen und ein kurzen Satz dazu sagen, weil das auch ja tatsächlich eine Frage ist, die uns immer mal wieder begegnet, wenn wir mit Praxisfachkräften oder auf Kongressen unterwegs sind. Also wenns jetzt nicht um klinisch-sozialarbeiterische Kongresse geht, weil Klinische Sozialarbeit ist, tatsächlich nicht gleichzusetzen mit Sozialer Arbeit in Kliniken, sondern versteht sich eben als gesundheitsbezogene Soziale Arbeit sehr viel breiter. Und diese gesundheitsbezogene Soziale Arbeit spielt in unterschiedlichen Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens ne große Rolle. Und kennzeichnend ist, dass Klinische Sozialarbeiter*innen eigene Beratungs- und Behandlungsaufgaben wahrnehmen und dabei. Also bei der Beratung sozialtherapeutischen Behandlung von Menschen zum Beispiel mit schweren psychischen Erkrankungen oder mit schweren chronischen körperlichen Erkrankungen setzen Fachkräfte der Klinischen Sozialarbeit immer besonders an der sozialen Dimension an. Also bearbeiten die sozialen, psychosozialen Aspekte. Das ist, glaube ich, so ganz kurz so, das Wesentliche. Was sich vielleicht noch ergänzen lässt, ist, dass Klinische Sozialarbeit auf einem biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Behinderung basiert. Und dass Klinische Sozialarbeit mit Methoden wie sozialer, psychosozialer Diagnostik, Krisenintervention, Beratung, Sozialtherapie, Case Management direkt an der Veränderung der Lebenssituation von Menschen ansetzt und versucht, ja ne konstruktive Veränderung herbeizuführen und was Klinischer Sozialarbeit natürlich auch total wichtig ist, ist, dass es immer dialogisch passiert, partizipativ erfolgt sehr subjektorientiert und so ein Ziel ist immer auch die soziale Einbindung, soziale Teilhabe, soziale Einbettung von Menschen wieder zu ermöglichen oder zu stärken.“

Karsten Giertz: „Und wenn ich da vielleicht auch ergänzen kann. Ich würde auch noch sagen, das ist natürlich eine der wichtigsten Zielgruppen, Klinische Sozialarbeit, vor allen Dingen Klienten sind mit multiplen Problemlagen. Also wo, natürlich neben Gesundheitsproblemen, ob psychisch oder somatisch, natürlich auch noch Themen dazu kommen wie Armut, Soziale Exklusion, andere komorbide Erkrankungen. Und aufgrund dieser Multiproblemlagen die Klinische Sozialarbeit sich darin eigentlich spezialisiert hat. Ja, ich sag mal son Matching hinzubekommen, ne. Wie kriegt man gerade bei Klienten mit multiplen Problemlagen, sag ich jetzt mal, eine gute personenzentrierte Versorgung, gerade auch über die. So n Hilfesystem in den sozial. Also Sozialgesetzbuchübergreifend hin ne und dass das sicherlich auch die klinische so Arbeit mitprägt.“

Christine Kröger: „Ne und ich würde da auch gerne noch mal anknüpfen, weil bei Menschen in komplexen biopsychosozialen Problemlagen, so wie du das umrissen hast. Karsten zeigt sich häufig so was ganz Charakteristisches, nämlich dass sich psychische und körperliche Beeinträchtigungen und Erkrankungen mit beziehungsbezogenen Belastungen, zum Beispiel in der Familie einhergehen, aber gleichzeitig eben auch mit sehr prekären Lebensbedingungen. Und diese sozusagen drei Dimensionen sind so eng miteinander verflochten, dass es da häufig zu Aufschaukelungsprozessen kommt und so als übergeordnete Zielsetzung kann man vielleicht sagen, dass Klinische Sozialarbeit darauf abzielt, Eskalationsprozesse zu bremsen, indem nach Möglichkeit auch diese unterschiedlichen Dimensionen gleichermaßen so in den Blick genommen werden. Bei der Bearbeitung also was ganz ja typisches Charakteristisches

für Klinische Sozialarbeit, und das trifft ja auch tatsächlich, das hast du auch schon angesprochen, Karsten, konkret ganz unterschiedliche Zielgruppen, ne. Das trifft häufig Menschen mit schweren Traumatisierungen. Das betrifft auch Menschen mit chronischen Substanzkonsumstörungen, die vielleicht gleichzeitig auch traumatische Erfahrungen machen mussten, Menschen mit schweren, komplexen Behinderungen, Gewalttäter, Gewaltopfer, Menschen in schweren familialen Krisen et cetera“

Eva Wunderer: „Nur ganz kurz von mir. Ihr habt ja vorher schon gesagt bei der Einleitung, dass ich am Anfang gar nicht so recht was mit dem Begriff Klinische Sozialarbeit anfangen konnte. Also als ich an die Hochschule kam. Und mir gings son bisschen, wie du beschrieben hast. Christine, wie es auch vielen Praktiker*innen geht, die dann sagen, Ach so, ach, wenn das Klinische Sozialarbeit ist, dann bin ich ja auch Klinische Sozialarbeiterin, und ich bin natürlich keine Klinische Sozialarbeiterin, weil ich bin Psychologin, ich habe nicht Soziale Arbeit studiert, aber ich habe festgestellt, der Bereich Menschen mit Essstörungen, in dem ich lange tätig war, auf den Treffen eben ganz viele von den Punkten zu, die ihr gerade genannt habt, und hab dann gemerkt, ich habe eigentlich mit klinisch Sozialarbeitenden die ganze Zeit zusammengearbeitet.“

Adrian Roeske: „Jetzt habt ihr schon einen ganz guten, großen Überblick gegeben und man merkt direkt, was das für eine riesige Bandbreite ist, die ihr da auch quasi abdeckt. Jetzt werden wir noch kurz noch einen kleinen anderen Überblick bekommen, bevor wir noch ins Detail weitergehen, und zwar zur Fachgruppe der DGSA die Sektion Klinische Sozialarbeit. Wir hatten das ja schon erwähnt gehabt, Eva du und Dieter Röh, ihr seid ja aktuell die gemeinsam die Co Sprecher*innen der Sektion. Kann es uns einmal bestenfalls in einer Minute oder halbwegs kurz einmal erläutern, was momentan die zentralen Aktivitäten der Sektion Klinische Sozialarbeit sind?“

Eva Wunderer: „Also wir in der Sektion wollen immer eine Plattform sein für Austausch und Vernetzung, und zwar von Forschung, Wissenschaft, Studierenden, Lehrenden und der Praxis auf der anderen Seite. Wir sind also immer ganz gemischt zusammengesetzt. Und wir wollen natürlich auch der Weiterentwicklung dienen, der Weiterentwicklung der Klinischen Sozialarbeit und. Und damit auch der Sozialen Arbeit insgesamt. Ein Beispiel war jetzt das Handbuch, da kommen wir sicherlich noch näher drauf, was wir auch versuchen, ist, dass wir die Profilbildung Klinischer Sozialarbeit unterstützen, das ist eines der Hauptthemen, gerade weil es schon, ja inzwischen seit mehreren Jahren eine Arbeitsgruppe gibt, die sehr eng dran ist, eine Sozialtherapie zu entwickeln. Auch dazu werden die Kollegin und der Kollege sicherlich noch mehr sagen. Wir schauen auch, wie können wir Klinische Sozialarbeit gut in Bachelor- und Masterstudiengängen verankern beziehungsweise wo ist das schon der Fall in Deutschland und auch im deutschsprachigen Ausland. Wir haben Fachtagungen. Wir hatten jetzt schon 13. Die erste war 2005 in Coburg, also bei Christine, und die 14. wird nächstes Jahr im in Olten in der Nordwestschweiz sein, im Juni. Und da sieht man auch, dass wir gut vernetzt sind, eben auch tatsächlich unter anderem mit der Schweiz. Wir hatten früher jährlich die Fachtagung, jetzt haben wirs zweijährig, weil es zwischendrin eine sehr gute Online-Tagung gibt vom European Centre for Clinical Social Work, ECCSW. Da ist der Karsten ganz entscheidend beteiligt, wird vielleicht auch noch was dazu sagen und wir haben eben auch eine sehr enge Kooperation mit dem ECCSW. Das zeigt sich auch darin, dass wir ne Zeitschrift haben. Die Zeitschrift Klinische Sozialarbeit, die auch mit dem ECCSW zusammen herausgegeben wird und mit der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und auch mit dem Schweizerischen Fachverband für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Ja, das war jetzt

sozusagen mal das ganze Aufgabenspektrum. Jetzt mal, schauen wir mal, was machen wir eigentlich oder wie treffen wir uns? Wir treffen uns zweimal im Jahr, in der Regel in Sektionssitzung, inzwischen seit Corona sehr häufig online und in Präsenz, meistens im Rahmen der Tagungen. Und da sind alle ganz herzlich eingeladen, die sich einfach auch mal informieren wollen, auch wenn sie sagen, auch ich weiß gar nicht, ob ich da so viel Bezugspunkte habe, gerne einfach bei uns melden und dazukommen. Im Mai war jetzt die 45. Sektionssitzung, also die Sektion hat schon ein paar Jahre auf dem Buckel, die wurde bereits 2003 gegründet."

Milena Konrad: „Ja, vielen Dank. Das sieht man ja auch darin, dass sie eine Sektion ist, also schon auf wirklich, ja viele Jahre und Erfahrung, Publikation et cetera zurückgreifen kann. Das war jetzt. Vielleicht für die Zuhörenden gefühlt son kleiner Sprung von wir steigen erstmal ein. Was ist Klinische Sozialarbeit, jetzt sind wir wieder bei der Sektion, jetzt kommen wir wieder zur Klinischen Sozialarbeit. Aber wir haben das ganz bewusst gemacht, weil wir dachten, boah, jetzt über die Sektion sprechen, ohne zu wissen, was ist jetzt eigentlich Klinische Sozialarbeit, macht auch keinen Sinn. Deswegen danke für diesen ja auch kleinen Werbeblock für Menschen, die vielleicht Lust haben mitzuarbeiten."

Eva Wunderer: „Gerne. In unserem Interesse [Lachen im Hintergrund]."

Milena Konrad: „Jetzt kommen wir wieder zurück auf, auf ja, das Spezifische der Klinischen Sozialarbeit, weil ich könnte mir vorstellen, dass auch ein bisschen Eva, wie du es auch beschrieben hast, mit deiner eigenen Erfahrung so ein aha von, ach ja, das das ist dann Klinische Sozialarbeit, das, was ich da gemacht habe und die Menschen, mit denen ich zusammengearbeitet habe, weil ich könnt mir vorstellen, auch viele Bachelor-Absolvent*innen, Soziale Arbeit, auch Diplom-Sozialarbeiter*innen mit viel Berufserfahrung. Hätten das jetzt gehört zu Klinischer Sozialarbeit und hätten gedacht, ja, das ist ja genau meine Adressat*innengruppe mit genau solchen Menschen in multiplen Problemlagen arbeite ich ja zusammen, mache ich dann auch Klinische Sozialarbeit, bin ich jetzt Klinische Sozialarbeiterin? Oder wann darf ich mich Klinische Sozialarbeiterin nennen? Vielleicht so was, was ist, woran würdet ihrs festmachen? Wie ist der Stand?"

Christine Kröger: „Na ja, ich finde die Frage, die du da aufwirfst, Milena, die ist ja tatsächlich gar nicht mal so leicht zu beantworten, weil das ja auch eine kritische Diskussion ist. Ne, die es durchaus gibt, also ‚wie genau grenzt sich denn jetzt Klinische Sozialarbeit von einer generalistisch verstandenen Sozialarbeit ab?' und häufig hat das ja schon oder führt manchmal auch dazu, überhaupt die Frage aufzuwerfen, braucht es das denn überhaupt? Also so eine Spezialisierung auf klinische Kompetenzen. Und wir denken natürlich, also wenn ich jetzt wir sage, meine ich nicht nur Eva, Karsten und mich, sondern versucht vielleicht so für die ganze Sektion zu sprechen, also wir denken natürlich ja, so eine Spezialisierung und auch Erweiterung einer generalistisch verstandenen Sozialen Arbeit ist sinnvoll und auch notwendig. Und das lässt sich jetzt, glaube ich, mehr oder weniger so auch auf der Sektionsseite der DGSA nachlesen, weil wir da in der Definition noch mal sozusagen drei Gründe sehr hervorheben, die die die Bedeutung Klinischer Sozialarbeit untermauern sollen. Also zum einen tatsächlich noch mal dieser deutliche Fokus auf hoch und sehr komplex belastete Menschen, die wir Fachkräfte dann häufig auch als ‚hard-to-reach' erleben, also beziehungsweise Menschen, die nicht so ohne Weiteres unsere Hilfsangebote erreichen können. Und das ist sicherlich son Punkt genauso wie du Milena gesagt hast, da würden die meisten Sozialarbeitenden sagen, ja, aber das ist doch auch mein täglich Brot. Der zweite Punkt aber vielleicht schon so n bisschen weniger, das ist nämlich bei Klinischer Sozialarbeit tatsächlich auch um sehr intensive

methodische Arbeit geht also bis hin zum Einbezug von therapeutischen-, ich würde auch sagen, psychotherapeutischen Methoden geht. Und eben das auch der Nutzen ne für Adressatinnen und ihr Umfeld sehr wesentlich ist. Und ich glaube gerade ne, also der Einbezug therapeutischer Methoden psychotherapeutischer Methoden, wird in der Sozialen Arbeit auch in der grundständigen Sozialen Arbeit ja durchaus ne, immer wieder sehr, sehr kritisch diskutiert und da wird sehr kritisch drauf geschaut und das ist sicherlich schon etwas ganz Wichtiges für Klinische Sozialarbeit. Ne, wobei ne, vielleicht auch an der Stelle schon unsere Idee ist immer, dass Klinische Sozialarbeit überhaupt nicht ihre Identität als Soziale Arbeit riskiert [Zustimmung im Hintergrund], wenn sie. Auch ne. Also es geht ja eben auch auf Methode, auf therapeutische Methoden zurückzugreifen. Das heißt nicht nur therapeutische Methoden zu nutzen, weil wir das ja auch anders machen als zum Beispiel in der Psychotherapie, nämlich niedrigschwelliger, Lebensweltorientiert, Alltagsnah. Dialogisch, partizipativ, nicht von oben herab, ne. Wobei Psychotherapeut*innen, ich bin ja selber auch eine auch nicht zwingend immer von oben herab, sind aber natürlich diese intensive Alltagsorientierung, diese Niedrigschwelligkeit einfach schlichtweg nicht umsetzen können und manchmal auch sicher nicht umsetzen wollen."

Karsten Giertz: „Ja, und vielleicht auch noch zur Ergänzung dazu, was Christine gesagt hat. Vielleicht auch was so was Besonderes ist auch der Fokus auf Gesundheitsaspekte, ne natürlich, also sowohl biopsychosozial also ich sag mal, dass natürlich Gesundheit sehr mehrdimensional gedacht wird, aber da hats halt in der Geschichte in den USA in den Neunzigern oder in den 60er Jahren noch wie früher. Da kommt ja her, die Clinical Social Work, da ist das ja begründet worden und wo man einfach gemerkt haben, dass gerade Sozialarbeiter in psychiatrischen Settings oder auch in Settings, wo vermehrt Menschen mit psychischen Erkrankungen auftreten, aber auch beispielsweise im, im Wohnungslosenbereich, auch da spielt psychische Gesundheit eine ganz große Rolle, einfach nen Bedarf gesehen haben. Wir brauchen mehr Spezialisierung, wir brauchen mehr Fachwissen. Über psychische Erkrankungen, aber nicht nur darüber, auch über gesundheitliche Problemlagen und natürlich, wie das im Verhältnis zu setzen ist mit der Lebenswelt ne klar beeinflussende Suchtproblematik. Auch die Beziehung zu Angehörigen kann natürlich auch zu Einsamkeit führen, zu sozialer Exklusion, materielle Unsicherheit et cetera, und da kam einfach der Schwung her, dass einfach so ne generalistische Ausbildung nicht ausreicht für bestimmte Settings und hat sich halt dann im US-amerikanischen Bereich die Clinical Social Work etabliert. Sehr stark geprägt auch von psychotherapeutischen Einflüssen, das muss man sagen. Deswegen ist halt auch der europäische Diskurs oder der Diskurs, den wir in Deutschland gemeinsam mit den Österreichern und der Schweiz führen, nicht vergleichbar wie die Clinical Social Work in den USA. Also das merkt man auch an den Publikationen, die sind doch sehr, ich will es jetzt nicht übertreiben, aber da spielen doch „Face-to-face-Interventionen" ne größere Rolle als Intervention zur Fütterung der sozialen Teilhabe. Die sind n bisschen einfach ne andere Kultur. Und da hat sich doch im deutschsprachigen Raum hier über die ganzen Initiativen, über die ganzen Studiengänge hier in Deutschland, aber auch über die Arbeitsgemeinschaften, ob es die Sektion ist, ob es die Arbeitsgemeinschaft ist, Klinische Sozialarbeit der österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit oder auch Diskurse, Schweizer*innen und Fachverband für Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, also die Sage es da hat sich einfach was eigenes etabliert und, genau. Und jetzt noch mal zurück zum Handbuch, das haben wir da halt auch versucht deutlich zu machen, einfach mal diese ganzen trinationalen Diskurse mal aufzuführen und so ein eigenes Profil auch daher rauszustellen, ja."

Christine Kröger: „Darf ich noch kurz was ergänzen, weil warum das manchmal so ein bisschen herausfordernd ist, so eine Abgrenzung hinzubekommen? Ich denke, das liegt schon auch daran, dass sich sozialklinische Aufgaben ja tatsächlich auch in ganz vielen wichtigen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit stellen, das wird ja im Handbuch im Übrigen auch deutlich, ne, dass sich beispielsweise so für den Bereich steht, Karsten ja jetzt auch, insbesondere mit sozialklinischen Aufgaben in der sozialpsychiatrischen Versorgung, stellen aber auch in der Suchthilfe. In weiten Bereichen der Kinder und Jugendhilfe, insbesondere so an der Schnittstelle zur Kinder- und Jugendpsychiatrie. Genauso aber ne in den Hilfen für alte Menschen, der Geriatrie, Resozialisierung, Forensik et cetera, et cetera. Und das macht das, glaube ich, manchmal auch so ein bisschen herausfordernd, da so eine ganz klare Abgrenzung hinzubekommen."

Adrian Roeske: „Dann lasst uns doch mal in ein beispielhaftes Handlungsfeld ein großes Handlungsfeld der Klinischen Sozialarbeit reinschauen. Es sind gerade schon auch ein zwei Begriffe gefallen, auf die wir euch auch noch mal weiter eingehen wollen, aber lass uns mal in den Bereich der Sozialpsychiatrie reingucken, als eben ein so ein großes Handlungsfeld der Klinischen Sozialarbeit. Was ist an dem Feld aus eurer Sicht besonders? Und ja, unterscheidet sich die Sozialpsychiatrie aus eurer Sicht von der klassischen Psychiatrie?"

Karsten Giertz: „Sozialpsychiatrie hat sich ja so 1920 Jahrhundert entwickelt und meint man, hat er mir damals gesagt das ist so der soziale Zweig der klassischen Psychiatrie. Die klassische Psychiatrie war sehr biomedizinisch orientiert, also gerade Ursprünge von psychischen Erkrankungen gehen eher auf Genetik oder auf Neurotransmitterstörung et cetera. Hinzu kam natürlich, dass man natürlich auch lange Zeit viele Menschen mit psychischen Erkrankungen auch eher verwahrt hat, in sogenannte Großanstalten, wo hunderte von Menschen mit psychischen Erkrankungen untergebracht waren. Meist sehr menschenunwürdige Lebensbedingungen ausgesetzt waren, wo man eigentlich sagen kann, ok, da kann keine Genesung erfolgen, sondern da entwickeln sich andere Formen von psychischen Abweichungen, die man aber eher der Hospitalisierung zuschreiben kann. Und gab es schon international in den 60er Jahren viel Kritik. Gerade so ne Anti-Psychiatrie-Bewegung. Ob das Italien war, ob das Großbritannien war, Schottland et cetera, aber. Aber auch Frankreich mit Michel Foucault, der das ja so auch historisch aufgearbeitet hat, die Psychiatrie und die Funktion von Diagnosen. Die haben da schon sehr stark kritisiert und auch drauf hingewiesen, welche auch gesellschaftlichen Ursachen da auch ne Rolle spielten, warum Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen aus ausgegrenzt werden und das hat man ziemlich aufgearbeitet, gerade auch wir hier in Deutschland haben ja dann noch die mit Nationalsozialismus auch noch die Euthanasie, Hintergrund gehabt. Also, wo auch im Nationalsozialismus natürlich Menschen mit Behinderung auch mit psychischen Erkrankungen aufgrund der Diagnose auch umgebracht worden sind. Das hat natürlich, wurde auch aufgearbeitet und dann nachher später mit der Psychiatrie-Enquete, die jetzt nur in diesem Jahr auch ihr 50. Jubiläum feiert, hat man hier auch in Deutschland dann die Psychiatrie aufgelöst. Die klassische Psychiatrie. Im Grunde genommen ist das auch so der Ursprung der sozialen Psychiatrie, dass man zum einen die Anstalten aufgelöst hat, dass man sich überlegt hat, wie kann man Psychiatrie stärker in der Gemeinde verankern? Also da kann dann auch die ersten Wohnformen, wo man nicht in den, wo die Menschen nicht in den Kliniken verwahrt worden sind, sondern eher in den Wohnungen betreut worden sind, durch therapeutische Wohngemeinschaft durch. Heute nennt man das besondere Wohnformen, aber auch durch Einzelunterstützung in der eigenen Wohnung, wo man weg hat, versucht hat, die Versorgung stärker in die meine zu etablieren und raus aus den Kliniken, ne? Und natürlich auch mit dem Ziel darüber, über diese gemeine

psychiatrische Versorgung. Auch die Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft zu fördern beziehungsweise auch das Thema Entstigmatisierung, ne, dass man dadurch, dass man Nähe schafft, in der Versorgung zwischen den Menschen mit psychischen Erkrankungen und der Allgemeinbevölkerung. Dass man darüber auch, dass diese Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft versucht hat zu reduzieren, ne, da sind wir glaube ich schon n Stück weiter neue Reformprozesse wie die UN-Behindertenrechtskonvention oder auch das BTHG versuchen das jetzt noch weiter zu etablieren. Aber da sehe ich so den Ursprung der sozialen Psychiatrie und was halt wichtig ist, dass man auch mit der Psychiatrie-Enquete nicht nur psychische Erkrankungen auf den Einzelnen fokussiert hat auf sehr eindimensionale Ursachen wie zum Beispiel Genetik, Neurotransmitterprozesse, sondern auch die sozialen Rahmenbedingungen sich genauer angeschaut hat. Das natürlich auch, Einsamkeit, soziale Ungleichheit et cetera, familiäre Konflikte natürlich auch bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen ne wesentliche Rolle spielt und eigentlich auch in der Behandlung viel stärker berücksichtigt werden muss. Ne, da gab es auch von George Engel der allererste, der das als Psychiater kritisiert hat. Mensch, wenn wir Genesung oder auch psychische Erkrankung dort ne gute nachhaltige Behandlung und Versorgung etablieren, dann müssen wir auch die sozialen und psychischen Prozesse mitberücksichtigen, ne, um nachhaltig die, ja. Ne nachhaltig gute Versorgung zu gewährleisten und das greift natürlich die Sozialpsychiatrie aus. Ne, diese Wechselwirkung zwischen den einzelnen biopsychosozialen Faktoren. Bis hin zu gesellschaftlichen Einflüssen aber natürlich auch das Thema Prävention und Gesundheitsförderung, ne. Wie kann man das aufgreifen? Und daraus hat sich, sagt man heute einfach n sozialer Zweig der Psychiatrie etabliert, den man Sozialpsychiatrie nennt. Hoff das war einigermaßen nachvollziehbar zusammengefasst. Christine, Eva, habt ihr noch Ergänzung?“

Christine Kröger: „Was man vielleicht noch ergänzen kann, aber das fasst das ja einfach nur noch mal zusammen. Was du gesagt hast. Also Sozialpsychiatrie bedeutet ja eigentlich, dass auch nen, dass versucht wird mit der Psychiatrie Enquete dafür Sorge zu tragen, dass auch nen Großteil der Genesungsarbeit nach Möglichkeit im natürlichen Umfeld von Menschen stattfinden kann. Ne, das hast du sehr schön beschrieben, dass stärker in die Gemeinde zu verlagern mit komplementären Angeboten zusätzlich. Zur stationären Psychiatrie und wichtig finde ich, dass sich damit dann aber auch noch mal wirklich neue Aufgaben stellen, weil das ja zum Beispiel auch heißt, dass auch Angehörige noch mal in ner ganz anderen Form auch mit Belastungen der Menschen, die ihnen nahestehen, konfrontiert sind und sich auseinandersetzen, manchmal auch sicherlich müssen ne und die eine Gemeinde als ganze sicherlich auch, aber daraus erwachsen eben auch Aufgaben, die mit einer Sozialklinischen Expertise, Kompetenz ganz gut auch bearbeitet werden können.“

Karsten Giertz: „Da würde ich noch mal drauf eingreifen hier. Damit wir auch noch mal so spezifische Klinische Sozialarbeit in diesem Feld noch mal benennen. Also eine große Zielgruppe, die eigentlich in der Sozialpsychiatrie, also hier, es werden ja nicht alle Menschen versorgt, die jetzt eine Depression haben oder so was. Ne, also da, sondern es sind ja. Die Hilfen sind sehr, sehr komplex und sehr, sehr intensiv, die die Sozialpsychiatrie zur Verfügung stellt, sondern hier sprechen wir eher von einer Zielgruppe, die auch international als ‚severe mental illness‘ benannt wird. Das ist schon etwas defizitär, also meint auf Deutsch natürlich Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, das ist sehr defizitär, aber hat sich in den amerikanischen Sprachraum, so eingebürgert in der Versorgungsforschung, weil man genau weiß, ok, das ist jetzt ne Zielgruppe, die gemeint ist und die hat natürlich nicht nur. Also es

man meint darunter Menschen mit allen Diagnosegruppen, also ob das Schizophrenie ist, Depression, Zwangsstörung, aber wo die sehr lange an ihren Erkrankungen leiden und natürlich durch die Beeinträchtigung der Erkrankung auch Bedarf haben in verschiedenen Lebensbereichen an Unterstützung. Ob das Arbeit ist, ob das Wohnen ist, ob das Freizeitgestaltung ist oder Familie, soziale Teilhabe und diese Beeinträchtigung auch über einen längeren Zeitraum beobachtbar sind und die Betroffenen einfach auch intensiv und langanhaltend psychiatrische oder psychosoziale Hilfen beanspruchen. Sei es zur Unterstützung in der Arbeitswelt, sei es langwierige Behandlung in den Pias, Psychotherapie. Oder auch soziale Teilhabeleistungen, also, um Unterstützung im Alltag zu fördern, der sozialen Teilhabe ne Wohnung gestalten et cetera und da zeichnet sich natürlich schon die Klinische Sozialarbeit aus. Als ich vor einigen Jahren in der Sozialpsychiatrie angefangen haben, waren wir sehr stark Disziplin fremdbestimmt. Ne, da haben dann Psychotherapeuten uns erzählt, wie wir mit Borderline dann umgehen da. Gab es denn Juristen, die uns das erzählt haben, Soziologen was, wie wirkt sich die die Diagnose auf die gesellschaftliche Teilhabe aus et cetera? Es waren natürlich tolle Ansätze, die auch hier ne große Rolle spielt, aber in der Praxis waren diese fremdbezogenen Ansätze überhaupt nicht anwendbar. Also ich weiß noch Psycho- und wir waren immer sehr viele Psychoanalytiker, die uns ausgebildet haben, dann sitzt man im Betreuten Wohnen mit den Konzepten gegenübertragen Übertragung, projektive Identifizierung. Na ja, wenn ich aus der Nachtschicht komme und nen Klienten hab dann aber. Habe ich wo man sagen andere Gegenübertragungsphänomene als einen direkten Face-to-Face-Kontakt in einer Psychotherapie. Und da merkte ich, OK, das hilft mir nichts weiter, wenn ich professionellen Beziehungsaufbau machen will oder wenn ich gezielt gucken will, wie kann ich die soziale Teilhabe der Klienten fördern. Ja das da hilft mir nichts und da bin ich dann vor einigen Jahren dann auch über das Promotionskolloquium der ASH erst an der Klinischen Sozialarbeit gekommen und habe dann festgestellt, Mensch. Da gibt es ja wirklich gute Methoden, wie zum Beispiel Methoden der psychosozialen Diagnostik, um für mein Arbeitsfeld ausgehend von biopsychosozialem Verständnis von Gesundheit und Erkrankungen wirklich ne personenzentrierte Bedarfsplanung mit den Klienten zu machen. Zu schauen, wo liegen die Ressourcen, wo liegen die Stärken, mit denen ich arbeiten kann, aber auch, wie kann ich ausgehend von den Erfahrungen. Oder wenn ich jetzt Biographiearbeit mach oder auch, sagen wir mal sagen, bindungssensible Arbeit. Wie kann ich den aus den biografischen Erfahrungen der Klienten auch ne professionelle Beziehungsarbeit aufbauen, die den Klienten auch was bringen? Oder wie kann ich mit Hilfe von Case Management andere Akteure mobilisieren, um die andere Problembereiche der Klienten bearbeiten oder versorgen oder wie kann ich durch Methoden der Sozialraumorientierung die soziale Teilhabe der Klienten fördern? Ne, und das macht glaube ich das spezifisch der Klinischen Sozialarbeit aus, weil das wirklich heruntergebrochen wird auf dieses Arbeitsfeld, ne. Und wo man sagen ne generalistische Ausbildung so und der Form nicht herleitet beziehungsweise andere Disziplinen auch mir gar nicht. Also wenn ich jetzt Methoden aus anderen Disziplinen übertrage, dass da ist das Arbeitssetting einfach viel zu komplex und Christine hat es gesagt. Die Anforderungen steigen. Gerade durch soziale Reformprozesse, Bundesteilhabegesetz, UN-Behindertenrechtskonvention, Kinder- und Jugendstärkungsgesetz. Und da muss ich halt einfach sagen, hat die Klinische Sozialarbeit viele Methoden und Fachkonzepte und das fachlich professionell, die auch gut evaluiert sind die Konzepte ja, um das auch fachlich in der Praxis die Klienten dahingehend zu unterstützen."

Adrian Roeske: „Ich hab da ne Nachfrage zu tatsächlich, du hast das gerade zu Beginn so schön gesagt, dass diese soziale Komponente quasi ne, also dass es halt, dass halt viel mehr

berücksichtigt werden muss und für mich klang das sehr nachvollziehbar, dass man halt n multiprofessionelles Team braucht, auf lebenslang komplex draufguckt oder, oder in der Breite drauf schaut, hab ich mich aber gefragt ‚na wie gut klappt das eigentlich?', weil du brauchst ja dann immer mehr sozusagen Strukturen und Professionen, die drauf schauen und jetzt hast du das gerade am Ende noch so schön gesagt. Dass sich das ja auch oft mal auch in einem kontinuierlichen Wandel gerade befindet, also dass es vor ein paar Jahren noch anders war als heute. Und ich habe mich tatsächlich gefragt. ‚Na, wie gut klappt das denn aktuell?' also gibt es noch Hindernisse, Hürden, läuft das gut oder schlecht oder wo ist man gerade sozusagen an Prozessen dran damit, dass die Arbeit sozusagen noch besser funktioniert, aus der Klinischen Sozialarbeitsperspektive heraus."

Karsten Giertz: „Wenn ich dich richtig verstanden habe, also was wir schon bemerken, ist die Fragmentierung des Versorgungssystems. Das klappt nicht gut, also, dass wirklich die multiprofessionelle Zusammenarbeit gut funktioniert in den Bereich. Also es gibt ja halt alle wirklich Entwicklung jetzt in der Sozialpsychiatrie, wir reden wirklich von Pflichtversorgung, also regionale Versorgungsstrukturen, die wo sich alle Profession verpflichten, diese Zielgruppe adäquat zu versorgen, ne? Und dass auch die Zusammenarbeit, sag ich jetzt mal, rechtlich ja, wollen wir mal sagen, verpflichtend eingeführt wird, ne? Da merken wir schon, dass viele Menschen, gerade mit komplexen Problemlagen gerade an dieser Fragmentierung scheitern ne, und das ist eher die Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit, über diese wollen wir mal sagen, Systemlogiken hinauszudenken und eher über gezielte Intervention zu versuchen, wie kann man das besser, das Matching zwischen den fragmentierten Versorgungssystemen und dem, also allen individuellen Problemlagen der Klienten, wie kann man das verbessern, ne? Und da bedarf es natürlich auch besondere Kompetenzen wie Case Management, Netzwerkarbeit, wo man guckt, okay, ich muss mich jetzt so ein bisschen in die Logik der anderen Professionen, das andere Versorgungssystem eindenken und muss jetzt mal gucken, wie kriege ich das übersetzt für meinen Klienten oder wie schaffe ich Zugänge, dass der Klient darüber profitiert, ne, und das ist glaube ich, da bewegen sich auch Klinische Sozialarbeiter eher auch zwischen den einzelnen Sektoren und müssen klug gucken. Wie können Sie das alles miteinander verbinden, ne? Trotz allem gibt es natürlich strukturelle Probleme, Barrieren, die dann die merken wir einfach eine Versorgung, gerade wenn es um sucht eine Menschen mit psychischen Erkrankungen komorbiden Suchterkrankungen geht oder auch bei wohnungslosen Menschen und so weiter das da sind wir auch glaube ich auch Seismograf, ja, weil wir einfach da in den Systemen, sag ich jetzt mal uns bewegen, wo wir merken, OK, da baut sich manchmal das Versorgungssystem auch selber in Schuhen. Das ist ja auch die Idee von der Bezeichnung ‚hard-to-reach'-Klienten gehabt ne, dass wir nicht sagen die Probleme liegen eher bei der Person an sich, weil er was ich sich nicht anpassen kann, wie auch immer man dann eher wir betrachten ja immer auch eher das Versorgungssystem und wo wir ja auch versucht haben über diesen ‚hard-to-reach'-Begriff mal herauszuarbeiten, dass einfach die wo man sagen Unflexibilität, das Versorgungssystem oder die Fragmentierung eher dazu führt, dass sag ich jetzt mal, schwer erreichbare Klienten in Anführungszeichen produziert werden, ja."

Christine Kröger: „Da würde ich gerne auch noch eine Erfahrung jetzt aus unserem Masterstudiengang berichten, weil unsere Absolvent*innen aus dem Weiterbildungsmaster Klinische Sozialarbeit zum Beispiel sagen, dass das Studium sie sehr dabei unterstützt, sich auch in einem multiprofessionellen Behandlungsteam gut profilieren zu können und auch gut für die Bedeutung der sozialen Dimension einstehen zu können, aber auch gut anknüpfen zu können an das, was andere Berufsgruppen einbringen und das ist natürlich total bedeutsam,

wenn es um Menschen mit sehr komplexen Belastungen geht. Aber unsere Absolvent*innen sagen zum Beispiel auch, dass der Austausch, Zusammenarbeit mit den anderen Beteiligten berufen besser klappt. Dass das auch daran liegt, dass ihr eigenes Selbstverständnis auch als Sozialarbeiterin durchaus gestärkt wird, ne durch die klinische Perspektive. Dass aber viele der Wissens- und Methodenbestände eben auch sehr gut anknüpfen können an das, was andere Berufe einbringen, aber, dass wirklich auch das eigene Standing wächst. Also auch die Idee ner eigenen sozialen, psychosozialen Diagnostik, die es zusätzlich braucht zur medizinischen und auch zur psychotherapeutischen Perspektive bei sehr schwer und komplex belasteten Menschen."

Karsten Giertz: „Auch um das auch noch mal zu verdeutlichen. Davon profitiert auch die Soziale Arbeit in der Sozialpsychiatrie. Als ich da mal meinen Berufseinstieg in der Sozialpsychiatrie gemacht hab, da gab es wenig Konzepte. Also es gab sicherlich n Klaus Dörner ‚Irren ist menschlich', hat man sich da so n bisschen belesen. Aber so n richtig klares Konzept. Was heißt denn Beziehungsarbeit in diesem Kontext? Wie gestalte ich das denn mit Borderline-Klienten? Menschen mit Psychosen? Worauf muss ich achten? Es war gerade auch in solchen multiprofessionellen Teams, wo auch kein gemeinsames Konzept oft gab, sondern eher ja, neigt man eher dazu, ‚ja, ich mach das mal so intuitiv, ne?' Was denn manchmal nicht so grad produktiv ist, aber es verwässert die Profession verbessert auch. Beziehungsweise oder ne. Es gab dann immer den Begriff der Haltung, ja man braucht nur eine gute Haltung, dann wird das schon mit den Klienten. Aber was heißt denn das jetzt Haltung? Jeder versteht darunter was anderes. Und da muss ich sagen, sind natürlich Konzepte wie zum Beispiel Salutogenese Empowerment Recovery Konzepte ja auch sehr eine große Rolle spielen in der Klinischen Sozialarbeit maßgeblich um das fachlich auch gut professionell umzusetzen und auch zu beschreiben was macht dann machen wir da und gerade. Ich habe es vorhin gesagt, durch die neuen Anforderungen an die Versorgung, Bundesteilhabegesetz, stärkere Aspekte auf soziale Teilhabe, also die Aufgaben werden immer anspruchsvoller und komplexer und da braucht es gute Methoden, um auch die Versorgung weiterzuentwickeln, ja."

Eva Wunderer: „Das kann ich jetzt auch noch bestätigen. Auch was du gesagt hast, Christine, dass sich die Masterabsolvent*innen, die wir jetzt in Landshut auch haben, dann anders vorbereitet fühlen oder ein anderes Standing haben? Wir merken das auch daran, dass einige ja angefangen haben, den Master zu studieren, um dann Psychotherapeut*innen zu werden. Ich mein, dieser Zugang ist jetzt gekappt in der Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie, aber das war ja jetzt lange Zeit noch möglich, und dass es dann doch etliche gab, die hinterher gesagt haben: ‚Nee, ich gehe jetzt nicht in die Psychotherapie, ich bleibe in der Sozialen Arbeit, weil ich was gefunden habe, wo ich sage, ja, da können wir was ganz Essentielles beitragen, was uns auch ganz deutlich unterscheidet von der Psychotherapie, und da gehöre ich hin, und da will ich bleiben'."

Christine Kröger: „Kann ich dir ja absolut zustimmen. Ne, das ist wirklich auch so eine ganz typische Erfahrung. Von unseren Absolvent*innen auch ne, dass manche eben am Ende sagen, ja, ich bin vielleicht angetreten mit diesem Wunsch, Kinder und Jugendlichen Psychotherapeutin zu werden. Eben mal ganz abgesehen davon, dass sich das ja jetzt ohnehin erledigt hat, aber dass einige dann auch sagen, im Laufe des Studiums habe ich gemerkt, dass ich aber mit Psychotherapie ja gar nicht die Menschen erreichen kann, um die es mir eigentlich geht, also nämlich diejenigen, die ansonsten kaum, gar nicht oder wenig angemessen von der Gesundheitsversorgung und von psychosozialen Angeboten erreicht werden, ne? Also

das wirklich auch noch mal echt sozialarbeiterische Identität wächst das hört sich jetzt vielleicht auch so ein bisschen komisch an, wenn ausgerechnet ich das so betone, weil ich genauso wie du Eva im Grundberuf auch keine Sozialarbeiterin bin, sondern Psychologin und Psychotherapeutin. Ich wollte auch, ne Milena, du hattest das einleitend gesagt, dass so meine Leidenschaft und meine Begeisterung ne mit der Übernahme von der Studiengangsleitung noch mal so gewachsen sind, ich wollte das tatsächlich erst aus dem Grund gar nicht machen, weil ich irgendwie dachte, das ist nicht gut, wenn die Studierenden da son Role-Model haben, was gar nicht aus dem eigenen Grundberuf kommt. Dass ich mich dann doch drauf eingelassen habe, weil tatsächlich so ein bisschen dem Umstand geschuldet, dass das ja wieso eine Doppelspitze ist, mit der Silke Gahleitner, aber dann war auch echt mein Feuer wirklich sehr entfacht für Klinische Sozialarbeit, einfach so durch die, also das sind ja Studierende, die wirklich in der Praxis stehen, in der Praxis Sozialer Arbeit und ich da durch die intensive Arbeit und die Diskussion echt zum einen gemerkt habe, wie sehr sozialklinische Kompetenzen in vielen Bereichen fehlen. Zum anderen habe ich aber eben auch sehr deutlich gemerkt, wie stark Fachkräfte und Adressat*innen davon profitieren können, ne, und wirklich auch im Sinne einer Stärkung des sozialarbeiterischen Profils."

Milena Konrad: „Wir würden gerne einen Begriff, der schon ein paar Mal gefallen ist und Karsten, du hast ihn gerade auch schon ein bisschen erklärt. Wir würden ihn aber gerne noch mal konkreter aufgreifen, nämlich den ‚hard-to-reach'-Begriff, weil auch da würde ich sagen, ist ein Begriff, der sich auch gewandelt hat und da noch im Wandel ist. Und ja, auch durchaus eine Zuschreibung ist, die ja sehr kritisch diskutiert wird [Zustimmung im Hintergrund], das gerade schon angeklungen, wie steht ihr zum Begriff, verwendet ihr ihn noch oder wie verwendet ihr ihn, weil es habt ihr auch schon ganz viele Synonyme verwendet."

Christine Kröger: „Also ich verwende ihn tatsächlich noch, aber ich versuche dann immer eher zu sagen, dass das wir Fachkräfte sind, die Menschen als schwer erreichbar erleben. Und, dass es eben auch ganz wichtig ist, sich klarzumachen, dass unsere Angebote für diese Menschen so schwer zu erreichen sind und sich halt auch wirklich zu vergegenwärtigen, dass es gute Gründe dafür gibt, dass Menschen sich nicht erreichen lassen wollen von Hilfsangeboten oder, dass sie gar keine Chance haben, einen Zugang zu diesen Hilfen zu finden. Also ich finde, der Begriff, den würde ich schon auch gerne behalten, weil er sich halt so vortrefflich kritisch diskutieren lässt. Ne und ebenso auch dieses, diese Ambivalenz lässt sich damit auch son bisschen besprechbar machen, dass es nicht zu einer Zuschreibung, Stigmatisierung verkommen darf, weil Menschen gute Gründe dafür haben, wenn sie nicht so unmittelbar Zugang zu Hilfen haben oder vielleicht gar nicht wollen, dass sie erreicht werden. Und das sind ja manchmal, tatsächlich auch ist da so viel Misstrauen gegenüber Hilfsangeboten aus guten Gründen, weil sehr schlechte Erfahrungen gemacht wurden oder weil Menschen biografisch son Bild von der Welt verinnerlicht haben: ‚Das ist eher gefährlich, wenn ich mich anvertraue, wenn ich mich öffne, wenn ich irgendetwas von mir zeige.' Oder befürchten, dass Hilfen übergriffig sind. Ne und eben deswegen finde ich diesen Begriff schon auch gut, weil man dann eben diese vielen auch kritischen Facetten einfach gut besprechen und diskutieren kann. Und weil es, glaube ich, wirklich wichtig ist, sich zu vergegenwärtigen, dass, wenn Menschen, so hat das der Helmut Pauls mal formuliert, wenn sie sich quasi wie selber auch so von Unterstützung von solidarischen Hilfen abschneiden, dass das immer aus guten Gründen passiert, weil ich so ein Selbstbild vielleicht auch hab von: ‚ich hab das gar nicht verdient, ich bin das gar nicht wert.' Oder eben auch so ein Bild von der Welt verinnerlicht hab. ‚Man kann sich

auf andere nicht verlassen. Wenn ich mich auf andere verlasse, dann bin ich erst recht verloren. Sich zu zeigen bedeutet, dass Grenzen überschritten werden‘. So, und das ist glaube ich etwas ja auch sehr Wichtiges, dass wir uns das vergegenwärtigen.“

Karsten Giertz: „Ja, wir haben ja mal den Begriff, den der vegetiert ja schon relativ lange in der Klinischen Sozialarbeit rum. Ne seit auch findet man ja auch schon bei Helmut Pauls in der Monographie zur Klinischen Sozialarbeit, aber es gab auch einen, das war glaub ich von der ASH so n abschlussband glaub ich zur Verabschiedung von Geißler-Piltz auch Labonté war die hieß die Herausgeberin, die auch explizit so ‚hard-to-reach‘ in der Klinischen Sozialarbeit diskutiert hat. Und wir haben damals, als ich mit Lisa Große angefangen hab, wir haben uns ja da versucht, den Begriff zu nähern, gab es halt viele versorg Zielgruppen, die von den psychiatrischen Hilfen nicht versorgt worden sind. Da gab es dann andere Synonyme wie heavy user, also Drehtür-Patienten, Systemsprenger. Das war ja ne damals auch ne Erwachsenenpsychiatrie großes Thema, die aufgrund von schwierigen Verhaltensweisen stark betroffen sind, geschlossen untergebracht zu werden hatten wir auch, haben wir immer noch ganz große Themen auch in der Sozialpsychiatrie mit den geschlossenen Wohnheimen, aber auch gerade auch das Thema soziale Exkursion in die Wohnungslosigkeit, das waren alles so Gruppen wo wir wussten, irgendwas haut da nicht hin, warum profitieren diese Menschen nicht von dem bestehenden Hilfesystem? Da haben wir den Begriff ‚hard-to-reach‘ einfach als Oberbegriff gehabt, weil er unserer Ansicht nach so nicht so stigmatisierend war wie Systemsprenger, aber gleichzeitig aber auch die Versorgungsebene mehr in den Fokus genommen hat. Also warum sind Leute schwer erreichbar, sind sie wirklich schwer erreichbar, weil sie keine Lust haben oder nicht wollen, oder sind sie nicht eher schwer erreichbar, weil die Systeme einfach so strukturiert sind, dass sie dort nicht ankommen, ne? Und die Frage haben wir denn damals mit Kollegen in einem Sammelband Mal aufgegriffen und sind auch dabei, jetzt noch mal in einer weiteren Publikation das systematisieren, dass wir uns alle Kollegen geschnappt haben, die irgendwie gerade an Forschung sind im Bereich Klinischen Sozialarbeit oder auch in anderen Bereichen, und haben uns mal angeguckt, wie sieht das Verhältnis aus, aber warum profitieren die diese Zielgruppen nicht von den Hilfen? Und dann sind wir schon gerade drauf gestoßen oder haben das hoffentlich gut deutlich gemacht, dass gerade die Systemebene oft ein großer Faktor spielt, warum die Menschen aus dem Hilfesystem herausfallen. Und natürlich in Kombi mit den doch manchmal sehr multiplen Problemlagen. Ob das auch Traumaerfahrungen sind, die sicherlich auch Vertrauenserschütterungen haben und sicherlich auch schwierigen sind durch eine gute Beziehungsarbeit da wieder Vertrauen aufzubauen aber auch beispielsweise bei wohnungslosen Menschen mit Suchtproblematiken, und natürlich, gerade wenn man sie vermitteln will, weiterführenden Hilfen EGH. Also ich muss ehrlich sagen, als ich in der Eingangshilfe gearbeitet haben, mir sind wenig Einrichtungen bekannt, die auch Menschen aufgenommen haben mit Drogenkonsum, Drogenproblematiken, weil da waren wir sehr abstinent orientiert, was dann auch wiederum hieß, dass viele Klienten dann auch. Wo man sagen, nicht weiter explodiert sind, ne, also das sind so Themen, die wir versucht haben, da aufzuarbeiten, mittlerweile auch jedes Mal, wenn man irgendwie so ein Begriff hat, gerade in der Szene gibt es immer einen auf dem Deckel [lacht], das war aus so einer Erfahrung wert, ich glaube und mir ist es eigentlich egal, welche Synonyme man nimmt, aber Hauptsache, diese Synonyme haben uns zu mindestens geholfen zu beschreiben, was wir meinen und natürlich habe ich auch viele Kollegen kennengelernt, die eben gesagt haben, also ehrlich, Karsten. Wenn ich den, wenn ich einfach die nicht ‚hard-to-reach‘ benenne oder heavy user, den gibt es die gar nicht, dann sind die auch nicht schwer erreichbar, wo ich auch gedacht habe, ja vielen Dank für dieses hilfreiche Standing, das hilft den

Leuten in der Praxis jetzt echt wirklich nicht weiter, wenn wir sie einfach nicht so nennen und dann gibt es also mir uns ging es da wirklich auch darum zu gucken, was welche Intervention kann hilfreich sein oder wie muss auch das Versorgungssystem aufgestellt sein, damit man sie besser erreichen kann. Ne, also das war bei uns eigentlich sehr, sehr wichtig und deswegen fanden wir den Begriff da relativ hilfreich."

Milena Konrad: „Ja, im Endeffekt noch mal so eine Verknüpfung, auch. Wenn man den Begriff sozialarbeiterisch durchdenkt, dann kann ja die strukturelle Ebene eigentlich gar nicht rausfallen, was das eigentlich nur noch mal unterstreicht."

Karsten Giertz: „Im Endeffekt kann man sagen, vielleicht sind wir irgendwann mal so weit, dass es keine schwer erreichbaren Klienten mehr gibt. Dann müssen wir mal sagen, ist unser Versorgungssystem in bestimmten Bereichen einfach adäquat aufgestellt, weiß ich nicht, vielleicht so eine Vision, aber für mich fand es halt auch immer spannend darüber eher auch zu schauen über ‚hard-to-reach' Klinische Sozialarbeit zu denken, weil man dann auch immer guckt, was brauchen die Klienten eigentlich?"

Milena Konrad: „Ich finde es ganz spannend, weil so wie du jetzt gesagt hast, dann brauchen wir das nicht mehr, habe ich Eure Ausführungen zur Sozialpsychiatrie eigentlich gedacht, weil ne Sozialpsychiatrie aus einer wirklich klinisch sozialarbeiterischen Perspektive ist ja, ist ja nen toller Zustand, wenn wir ihn dann erreicht haben. Natürlich sind wir auf dem Weg dahin, aber ist jetzt glaube ich keine Überraschung, dass wir auch in vielen Bereichen noch nicht da sind [Zustimmung aus dem Hintergrund]. Jetzt nicht zwingend wir als Soziale Arbeit, Klinische Sozialarbeit, wir als Gesellschaft, wir ne, das könnten wir jetzt anders ausdifferenzieren. Wir möchten aber noch mal. Das Thema ein bisschen wechseln in den Bereich der Sozialtherapie, denn wir haben es ja eigentlich ein Stück weit so verstanden, dass die Sozialtherapie auch eine Antwort auf Lücken in der sozialpsychiatrischen Versorgung sein kann und wollen euch fragen, ja, seht ihr das ähnlich? Oder was ist aus eurer Sicht eigentlich der Anlass für eine Sozialtherapie und vielleicht, womit wir alle mitnehmen, was ist eigentlich noch mal mit Sozialtherapie gemeint, so?"

Christine Kröger: „Soll ich mal anfangen was dazu zu sagen? Aber bitte ergänzt mich. Also Anlass für Sozialtherapie war sicherlich die Wahrnehmung, dass soziale und gesamtgesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit in der Medizin und in der Psychotherapie viel, viel, viel zu wenig berücksichtigt werden. Also ich glaube, Psychotherapie ist ja das beste Beispiel dafür, dass sie sehr, sehr hochschwellig ist, sehr voraussetzungsvoll, und das ist ja vorhin bei Karsten auch schon son bisschen angeklungen sich da immer so die Situation ergibt, dass die Menschen, die am schwersten belastet sind, am wenigsten Zugang haben. Und das darf natürlich und sollte aus einer ethischen Perspektive so und nicht sein. Und wir sind sicherlich auch in der Sozialpsychiatrie noch weit davon entfernt, dass die Strukturen so ausgebaut sind, dass das gelingt. Dass die Menschen, die am schwersten belastet sind, gut erreicht werden, und das war, würde ich sagen, ja so der Anlass, ne? Das wir in der Arbeitsgruppe Sozialtherapie in der DGSA uns Gedanken gemacht haben, auch um nen entsprechendes Weiterbildungscurriculum, weil im schlimmsten Fall würde das ja immer heißen, dass sich auch im Gesundheitswesen für manche Menschen Erfahrungen von Ausgrenzung von Marginalisierung, eben auch von der Nichterreichbarkeit, von Hilfen wiederholen ne? Das gerade Menschen, die schwere Erkrankungen haben und sich gleichzeitig in total prekären Lebenssituationen bewegen müssen, keine angemessene Unterstützung bekommen, und das ist ja wirklich schlimm, wenn mir diese Menschen da wieder so die Erfahrung machen müssen ‚für mich sind Hilfen nicht zugänglich' oder so ein vermeintliches von ja da nicht genügen

können den Anforderungen nicht genügen können. Das erleben wir ja bei ganz, ganz vielen Zielgruppen und Menschen, Menschen mit schweren Substanzkonsumstörungen und schweren Traumatisierungen haben das unglaublich schwer, weils nur ganz, ganz wenig auch Klinikplätze für sie gibt angemessene Hilfe zu bekommen. Und ich glaube, die Frage, was genau jetzt Sozialtherapie ist, da sollten wir auch son bisschen länger drüber sprechen, weil sich das natürlich schwer ganz kurz und prägnant zusammenfassen lässt. Also wir hatten mal einen Herausgabeband so mit überschrieben, dass es da darum geht, das Soziale zu behandeln. Also es geht um therapeutisch orientierte Soziale Arbeit, die sich eben genau als Antwort darauf versteht, dass Menschen mit schweren Erkrankungen, die gleichzeitig sehr prekäre Lebensverhältnisse erleben, von Armut, von Wohnungsobdachlosigkeit betroffen sind, vielleicht auch von ganz schweren Konflikten innerhalb der Familie, dass diese Menschen Hilfe bekommen, weil. Ja, also einfach so ist, dass in der Psychotherapie Armutslagen, Wohnungslosigkeit, Obdachlosigkeit auch gravierende Konflikte in Familien nicht bearbeitet werden. Also man könnte vielleicht so ein bisschen so auf den Punkt gebracht formulieren, es braucht auch ne spezifische Expertise in der Behandlung des Sozialen. Ich hab jetzt gerad. Also der Dario Deloie, der hat jetzt den Manteltext von seiner Dissertation veröffentlicht und das kleine Büchlein beim ZKS Verlag, das ist überschrieben mit Sozialtherapie als methodisches Behandlungskonzept der Klinischen Sozialarbeit, und er formuliert an einer Stelle, das ist jetzt wirklich nen wörtliches Zitat, dass Fachkräfte der Klinischen Sozialarbeit Therapieexpert*innen für das Soziale sind. Und das bringt es, finde ich, so verdichtet, sehr schön auf den Punkt, ne und es braucht bei den Menschen, so wie wir das jetzt umrissen haben, auch ja diese spezifische Expertise. Es braucht soziale Mitbehandlung. Vielleicht kann man dazu noch ergänzen, dass Sozialtherapie ja, tatsächlich auch so auf diesem Grundgedanken aufbaut, den der Udo Rauchfleisch schon so Mitte der 90er Jahre formuliert hat, dass sich natürlich auch gravierende soziale Problemlagen, ne, wie Karsten sie ja auch beschrieben hat nicht bearbeiten lassen, ohne dass gleichzeitig auch die ja vielleicht eher innerpsychischen Belastungen mit an Bord sind. Weil die kann ich ja nicht ausblenden. Also dass jemand vielleicht sehr resigniert ist, sehr hilflos, sehr hoffnungslos, sich sehr ohnmächtig fühlt, vielleicht auch Suizidgedanken ne Rolle spielen, das ist ja da, und da kann ich nicht. Auch als Fachkraft der Sozialen Arbeit nicht sagen: ‚Nee, dafür bin ich nicht zuständig‘, ne [Lachen im Hintergrund]. Sondern es geht ja darum, dass Hilfen eben so ein mindestens zweispurigen Ansatz, so hat das der Udo Rauchfleisch formuliert. Haben ne, dass sich auf der einen Seite auch in der Sozialen Arbeit, in der Klinischen Sozialarbeit als Sozialtherapeut*innen, also sozusagen als Therapieexpert*innen für das soziale, aber trotzdem in der Lage sein muss, auch mit gravierenden psychischen Belastungen umzugehen, das aufzugreifen auch angemessen Hoffnung, Mut, Zuversicht wachsen lassen zu können. Und gleichzeitig aber auch an den gravierenden sozialen Schwierigkeiten ansetze, weil eben ne Menschen, die so hoch und komplex belastet sind, das Halt brauchen, dass Hilfen ebenso an mehreren, also an diesen mehreren Strängen ansetzen. Sowohl am sozialen, was ich vielleicht noch mal eben so aufgliedern lässt. Es gibt beziehungsbezogene Belastungen, aber auch Belastungen, die vielleicht eher so ein bisschen gesamtgesellschaftlich verortet sind und es gibt körperliche, psychische Belastungen und bei Menschen, die weniger belastet sind, mag das vielleicht gelingen, ne in Psychotherapie weiter zu verweisen. Aber also ich selber habe auch in einem Feld gearbeitet, wo das gar nicht ging, also Klienten und Klientinnen weiter zu verweisen, weil ich eine Zeit lang in Berlin im Café Beispiellos gearbeitet hab. Das ist ne Beratungsstelle für Menschen mit Glücksspielabhängigkeit und deren Angehörigen. Und da war das in der Praxis tatsächlich so ganz typisch, dass die Menschen, die Unterstützung gesucht haben, natürlich im sozialen Bereich enorm gravierende Belastung erlebt haben. Also Menschen, die pathologisch Glücksspiel spielen,

sind in der Regel total verschuldet. Die erleben auch, dass wichtige soziale Beziehungen zerbrechen, weil sie Menschen, die ihnen nahestehen, angelogen, bestohlen haben, also einfach um Glücksspiel spielen zu können, die waren häufig von Wohnungslosigkeit bedroht. Weil sie wirklich gesagt haben, also ich flieg raus aus der Wohnung, ich weiß eigentlich gar nicht mehr, wo ich nächste Woche übernachten kann, ich dachte, ich klingel hier mal und guck ne, was ihr hier für mich tun könnt und gleichzeitig es ist bei Menschen die pathologisch Glücksspiel spielen halt sehr häufig, dass auch Suizidgedanken ne Rolle spielen. Auch weil die sozialen Belastungen so enorm sind. Massive Überschuldung, ein Zerbrechen wichtiger sozialer Beziehungen und wichtig ist, mit beidem umgehen zu können, ne? Und Menschen in solchen Situationen können wir nicht an die Psychotherapie weiter verreisen, die haben keinen Zugang dazu und das ist ja nur ein Beispiel, Menschen, die wohnungslos sind, die nicht krankenversichert sind ham ohnehin keinen Zugang zur Psychotherapie, aber trotzdem muss ich natürlich auch in der Lage sein, mit Suizidgedanken, auch mit Suizidalität, umgehen zu können. Und dafür sind eben neben diesen ganz konkreten Hilfestellungen, die ja auch generalistische Soziale Arbeit leistet, so die Idee, zusätzliche therapeutische Kompetenzen erforderlich. Aber ich würd eben auch noch mal ganz deutlich sagen wollen, dass genauso die Entwicklung von Sozialtherapie als Konzept hoffentlich dazu beitragen kann, dass sich Soziale Arbeit weiter professionalisiert, weil wir das ja früher auch sehr häufig erlebt haben. Das haben ja auch die Arbeiten von Deiner Kollegin, Eva, der Maria Ohling, immer wieder gezeigt, dass, wenn Sozialarbeitende Weiterbildungen im psychotherapeutischen Bereich absolvieren, ist das ganz oft damit verbunden, dass sie ihre berufliche Identität nicht mehr so sehr in der Sozialen Arbeit verorten. Und das ist total schade, dass das immer irgendwie mit so einem, ich bilde mich dann eigentlich auch von dieser Grundprofession weg und mit der Idee der Sozialtherapie, die ja tatsächlich auch an die Wurzeln Sozialer Arbeit anknüpft. Karsten hatte das vorhin, glaube ich, auch schon angesprochen, dass das ja auch wirklich Überlegungen von Alice Salomon, Siddy Wronsky aufgreift. Sozialtherapie also sind eigentlich wirklich die Wurzeln Sozialer Arbeit, so dass unsere Hoffnung ist, dass damit wirklich nen klinisch sozialarbeiterisches Profil gestärkt wird. Also ne therapeutische Qualifizierung, die aber wirklich auch auf den Theorien der Klinischen Sozialarbeit aufbaut und das, das Macht der Dario Deloie auch noch mal sehr schön deutlich, sind dann ja letztlich auch die Theoriebestände der Sozialen Arbeit. Also, dass eben dieses Wegentwickeln von der eigentlichen Profession durch das Absolvieren von Weiterbildung nicht mehr so passieren wird. Und die Hoffnung ist, dass dadurch die eigene oder die Profession der Sozialen Arbeit deutlich gestärkt werden kann. Und dass es dringend braucht für Menschen, die eben diese Mehrfachbelastung erleben."

Milena Konrad: „Und wie können wir uns das jetzt vorstellen? Was sind da jetzt die nächsten Schritte auf dem Weg zu einer Sozialtherapie, die ich jetzt als so eine Zielperspektive verstehe?"

Christine Kröger: „Naja, so die ganz große Zielperspektive ist schon nach Möglichkeit Sozialtherapie, so als dritte Säule im Gesundheits- und Sozialwesen verankern zu können. Neben Medizin und neben einer psychologisch, psychotherapeutischen Perspektive, das ist aber sicherlich auch ein Ziel, was einfach noch sehr viel Zeit braucht. Ich hatte das ja vorhin schon ganz kurz angesprochen, dass es in der Sektion Klinische Sozialarbeit der DGSA eine Arbeitsgruppe Sozialtherapie gibt, die jetzt eben son postgraduales Weiterbildungscurriculum entwickelt hat. Dem aber auch so ein Stufenmodell von Professionalisierung zugrunde liegt, was wir manchmal mit der Praxis auch sehr kritisch diskutieren. Also ich gucke Karsten jetzt mal an, weil wir nachher eigentlich son Dreierschritt in der Qualifizierung haben, das heißt, die Kernidee von diesem von der Sektion entwickelten Weiterbildungscurriculum ist. Es geht mit

nem Bachelor in Sozialer Arbeit los, der bestenfalls auch schon Gesundheitsbezüge herstellt. Daran schließt sich ein Masterstudiengang mit einer beraterisch, therapeutischen, gesundheitsbezogenen, sozialklinischen Spezialisierung an und die sozialtherapeutische Weiterqualifizierung, wäre dann sozusagen noch mal auf einer dritten Ebene. Die so vergleichbar ist mit dem Fachärztinnenniveau oder eben mit der alten Psychotherapieausbildung, die er auch dann auf den Master noch angeknüpft hat. Und viele denken, da gehöre ich auch zu dieser Dreierschritt ist schon echt wichtig, wenn wir das hinkriegen wollen, uns gleichberechtigt da zu positionieren. Ich weiß aber auch deswegen war Karsten jetzt so direkt adressiert, dass die Praxis manchmal was anderes sagt, ne, also dass wir können ja gleich mal Karsten hören, der wird bestimmt sagen, der Fachkräftemangel ist so groß, dass son hochschwelliges Weiterbildungscurriculum echt auch Nachteile hat."

Karsten Giertz: „Deswegen bin ich auch immer so die ganze Zeit so ruhig gewesen. Aber ich glaube sicherlich die das, was Christine ja gesagt hat und klar, die Sozialtherapie eignet sich natürlich auch als Konzept, um nur mal die klinische Zeit, Soziale Arbeit auch zu professionalisieren, um das Standing voranzubringen. Gleichzeitig ist natürlich immer mit Professionalisierung, hat natürlich auch es, aber betrifft die Sozialarbeit allgemein. Je mehr Professionalisierung, desto größer haben wir natürlich die Kluft mit dem Fachkräftemangel. Und gerade natürlich dieses, dieser Dreierschrittsystem, dass wir natürlich nach dem Master noch mal so ne man sagen sozialtherapeutische Elite ausbilden und das natürlich auch festmachen im Rahmen von Qualifizierungsklauseln et cetera hat natürlich so das Problem. Ich bin mir manchmal nicht sicher, ob wir wirklich die Kompetenzen dann wirklich in die Praxis bringen, also da, wo sie gebraucht werden, bei Klienten, die ich sag jetzt mal ‚hard-to-reach' sind. Also wenn ich mir meine Wohnheime hier in Mecklenburg-Vorpommern angucke. Leider auch die geschlossenen Wohnheime oder im Bereich der Wohnungslosenhilfe unterwegs sind, sehe ich sehr wenig Sozialarbeiter und vor allen Dingen sehr wenig Klinische Sozialarbeiter, weil die meisten da gar nicht arbeiten, auch was die Bezahlung angeht und ich auch sehr klar, wenn ne Professionalisierung kommt, dann muss ist natürlich auch die Erwartung, dass ich das nicht einfach mal dann nebenbei noch so mach ehrenamtlich, sondern dass natürlich auch ne Vergütung da ne Rolle spielt. Aber ich muss leider sagen, dass in unserem deutschen psychosozialen Versorgungssystem eher die Klienten mit den größten Bedarfen und mit den größten Problemlagen nicht die Zielgruppe sind, wo viel Geld rein fließt und die natürlich oft auch das Beste an der Behandlung, Psychotherapie et cetera bekommen, sondern eher diejenigen sind, die eher doch wenig Ressourcen zur Verfügung kommen. Will ich nicht generalisieren, aber ich glaube, da haben wir schon so ein Problem und das muss man, glaube ich, bei dieser Professionalisierungsdebatte auch mal mit Bedenken. Ne, also dass ich da doch immer so die Schwierigkeiten sehen, gerade wir haben es in der Praxis das größte Problem, die Soziale Arbeit ist der Bereich mit dem größten Fachkräftemangel und der wird natürlich auch für unsere Klienten, da muss man sagen mit Schwierigkeit in der Zukunft ne da wird, dass da auch Qualität reinkommt, ne. Und deswegen sehens die Praktiker, aber auch viele Verbände, da diese Entwicklung natürlich auch immer so kritisch, obwohl wir natürlich auch uns wünschen, dass sich die Klinische Sozialarbeit über das Ding weiter professionalisiert. Aber und vielleicht darüber auch immer mehr Studierende sich bereit erklären, nicht Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder Familientherapeuten zu werden, sondern zu sagen, ich werde lieber Klinische Sozialarbeiter werden. Das Profil spricht mich an, das hoffe ich mir natürlich darüber. Aber momentan, wenn ich mir die Praxis angucke, Fachkräftemangel und die Versorgungsprobleme, die wir haben, die wir auch identifizieren, weiß ich nicht, ob das der Goldstandard ist, über den wir jetzt hier gerade reden."

Christine Kröger: „Ich glaube, das werden tatsächlich so die nächsten Jahre zeigen, weil in dieser Arbeitsgruppe Sozialtherapie stehen wir ja jetzt wirklich kurz davor. Dass gegebenenfalls schon im nächsten Jahr so ein erster Ausbildungsjahrgang starten kann. Und das ist wirklich als mehrjährige Weiterqualifizierung ausgelegt und ich kann die Kritik, die Karsten formuliert hat, ne? Also auch wie viele Fachkräfte spricht das überhaupt an? Das kann ich schon sehr gut nachvollziehen, ne. Also wir haben vor nen paar Jahren ja mal so eine, so eine. Umfrage zum Bedarf an einer solchen sozialtherapeutischen Weiterqualifizierung gemacht, da hat sich schon gezeigt, es gibt also, so zumindest aus unserem, aus unseren klinischen Kreisen schon nen großes Interesse. Man muss natürlich auch ehrlicherweise dazu sagen, also diese Bedarfserhebung, die wir gemacht haben, da sind wir in die Verteiler der Gesundheitsorientierten, beraterisch therapeutischen, sozialklinischen Studiengänge gegangen, über den ECCSW gegangen. Also wir haben damit Menschen erreicht, die ohnehin der Klinischen Sozialarbeit sozusagen schon sehr nahestehen. Und da haben 80% von denjenigen, die weniger als fünf Jahre Berufserfahrung haben, gesagt, sie hätten großes Interesse daran, eine solche Weiterbildung zu machen. Bei den Fachkräften mit mehr Berufsjahren waren es etwas weniger, da waren es nur noch 60%. Aber ich muss auch dazu sagen, wir haben natürlich auch offen gefragt, was möchten sie uns sonst noch zurückmelden. Da haben schon auch einige gesagt: ‚Naja, aber was genau verbessert sich für mich auch in finanzieller Hinsicht, wenn ich eine solche mehrjährige Weiterqualifizierung mache?‘ Und da war nicht bei allen, aber bei manchen schon auch so: ‚Ey, Mensch, jetzt habe ich schon Master in Klinischer Sozialarbeit gemacht, und jetzt ist da die Idee, noch mal was aufzusatteln?‘ Natürlich gab es auch andere Stimmen, die gesagt haben, ja, das ist super, weil das braucht es wirklich, dass es ne therapeutische Weiterqualifizierung gibt, die aus der Sozialen Arbeit kommt, das ist ganz wichtig und wie klasse, dass das kommt, weil alles andere, was ich mir da eben angucke an Familientherapie oder Suchttherapie aus und Weiterbildung, das ist mir dann doch zu sehr aus anderen therapeutischen Strängen sozusagen gespeist. Aber das ist sicherlich ne, ja. Es wird sich zeigen, ob dieses Weiterbildungscurriculum tatsächlich auf eine hohe Resonanz bei Fachkräften stößt. Also ich würde es mir sehr wünschen, weil es, glaube ich, wirklich für die Versorgung und Unterstützung von hochbelasteten Menschen der einzige Weg ist, diese Menschen so zu unterstützen, wie sie es benötigen, weil. Ja, weil bei Menschen, die schwer belastet sind, sind ja manchmal auch so, der, ist der Verhaltens- und Erlebensspielraum so eng geworden oder so schmal geworden, dass sie deshalb nicht von durchaus konstruktiven sozialen Veränderungen profitieren können. Also deswegen brauchen wir halt ne so diese Verschränkung so arg.“

Adrian Roeske: „Ja, und ich finde, du machst schon ganz gut deutlich oder ihr macht das ganz gut deutlich, was es einfach auch dann an Arbeit bedeutet, wenn man diese dritte Säule quasi aufbauen will in Richtung nach vorne und dann Zukunft, vor allen Dingen [Zustimmung im Hintergrund]. Jetzt hast du schon quasi das auch aufgegriffen mit, dass dieser Ausbildungsgang startet und dann halt schauen wir, was die Resonanz ist. Und vielleicht schauen wir von da aus noch mal so n Stück weit ja in Richtung der, der Zukunft und der Zukunftsaufgaben von Klinischer Sozialarbeit wo er das jetzt zum Beispiel da nen Beispiel wäre. Aber um noch mal so ein bisschen allgemeiner zu werden oder wieder ein bisschen größer, ja, welche weiteren Zukunftsaufgaben für die Klinische Sozialarbeit seht ihr den aktuellen noch?“

Karsten Giertz: „Ich will das auch noch mal noch mal aufgreifen. Ich glaube auch, was Christine gerade noch mal gesagt haben, gerade auch wir haben ja profitieren, ja auch sehr viel von dem Zertifizierungsverfahren beim European Centre for Clinic Social Work, also, wo wir auch ja Klinische Sozialarbeiter auch zertifizieren im Rahmen so das Profil schärfen, aber die

halt auch bestimmte Standards sozusagen erfüllen müssen, um diese Zertifikate zu bekommen, damit wir das Profil der Klinischen Sozialarbeit auch weiter voranbringen. Und dann merke ich schon, dass auch viele Akteure, auch wenn man jetzt diese weiterführende sozialtherapeutische Fortbildung sich noch mal anschaut, dass es da wirklich viele Akteure gibt, die sagen, nee, ich brauche meine regelmäßige Zertifizierung. Mein Zertifikat als Level 1, Level 2, Level 3, weil das sich auch meiner Vergütung sozusagen widerspiegelt, ne. Und da muss ich sagen. Da sind hätte ich sogar nicht gedacht, als ich Vorstandsvorsitzende geworden bin, vor ein paar Jahren, dass das doch in der Praxis sich schon so niederschlägt und auch wir im europäischen Diskurs auch viele andere Institutionen haben, die sagen, nee, wir würden gerne eure Zertifizierungsstandards übertragen, ne, und über euch als europäischen Fachverband zertifizieren lassen. Also von daher, glaube ich, sind wir schon ne Menge weit, aber natürlich, das Spannungsbild haben wir aufgegriffen. Christine, Ich glaube, das wird ja auch vielen in den Community diskutiert und wird man sehen, wie das anläuft? Nun, ich glaub zu weiteren, auch damit Klinische Sozialarbeit sich weiter etabliert. Wir haben mittlerweile ein sehr gutes konzeptuelles Repertoire, viele, viele Methoden, die gut sind und ich glaube, jetzt haben wir auch in dem Handbuch gut beschrieben, glaube ich mit vielen Experten und ich glaube, der nächste Schritt wäre auch das jetzt nur wissenschaftlich zu evaluieren, also so das, was in anderen Disziplinen immer als Evidenzbasierung genannt wird. Dass wir auch da uns hermachen und wirklich nachweisen können, dass diese Konzepte wirksam sind. Aber auch die Methoden und natürlich auch das will glaub ich, die Professionalisierung auch weiter voranbringen, dass man nachweisen kann. Mensch mit Case Management mit sozial orientierten Bereichen da wirken. Das wirkt sich positiv auf soziale Teilhabe, auf Gesundheit et cetera. Das man da mehr in die Forschung geht, ja, und das würde natürlich auch das Standing gegenüber anderen Berufen im Gesundheitsbereich natürlich noch einmal wesentlich verbessern. Auch was auch von nicht, natürlich nicht nur im Interesse der griechischen Sozialarbeit ist, sondern auch von vielen anderen sozialarbeiterischen Fachgesellschaften, wie zum Beispiel die DVSG, das natürlich auch ne Bestrebung da sein muss, dass wir es schaffen, irgendwann auch mit unseren Methoden besser in wissenschaftlichen Leitlinien uns zu etablieren. Ich weiß im Suchtbereich ist da viel passiert in den Leitlinien zur Suchtbehandlung. Da ist ja auch unsere Kollegin Rita Hansjürgens viel unterwegs, aber auch gerade psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen oder auch im Bereich Persönlichkeitstheorie et cetera gibt es, glaube ich, viele. Silke Gahleitner ne, die auch viel immer im Bereich Trauma Behandlung ist. Ich glaub, da müssen wir weiter auf uns voranschreiten. Das funktioniert halt nun auch, dass wir ne gute Evidenzbasierung unserer Methoden Konzepte haben, ne."

Christine Kröger: „Und das hängt ja auch ganz unmittelbar, wirklich mit dieser Aufgabe der Etablierung von Sozialtherapie zusammen. Weil das wird nicht gelingen, wenn es nicht sehr viel mehr Forschung dazu gibt, ob und was sozialtherapeutisches handeln zu bewirken vermag. Ne und ne Evidenzbasierung finde ich sehr, sehr wichtig. Aber ich finde gleichzeitig eben auch wieder Forschung wichtig, die die Stärken eines sozialarbeiterischen Zugangs auch sichtbar macht, in dem beispielsweise auch so der ganz unmittelbaren Stimme von Betroffenen, von Angehörigen Gehör verschafft wird. Aber ich glaub wirklich. Also das ist n total dickes Brett ne, wenn das wirklich gelingt, Sozialtherapie so als dritte Säule sozusagen zu etablieren und ohne Forschung wird das überhaupt nicht gelingen. Ich finds aber auch gut Karsten, dass du jetzt noch mal so n bisschen sozusagen optimistisch gesagt hast, Mensch, wir haben auch schon einiges geschafft, weil das finde ich tatsächlich auch. Weil so in professions- oder berufspolitischer Hinsicht sind 30 Jahre ja echt nicht so viel. Ne, also eingangs kurz

darauf hingewiesen, ne mit der Klinischen Sozialarbeit ging das so Mitte der 90er Jahre los und dafür finde ich ehrlich gesagt auch, ist schon ganz schön viel passiert. Auch an Profilschärfung und an Etablierung Klinischer Sozialarbeit. Und das, obwohl oder vielleicht auch deswegen. Also sie ist ja auch sehr kritisch immer diskutiert worden, ne also obwohl sie so kritisch diskutiert worden ist, oder gerade weil sie so kritisch diskutiert worden ist, konnte sie sich vielleicht auch, also die Klinische Sozialarbeit, so gut entwickeln."

Karsten Giertz: „Definitiv."

Eva Wunderer: „Und ich, ich denke auch, dass man da jetzt mal ein gutes von den strukturellen Bedingungen ein gutes Zeitfenster haben, weil wir die das Promotionsrecht [Zustimmung im Hintergrund] ja jetzt an die HAWs […]"

Christine Kröger: „Das stimmt."

Eva Wunderer: „[…] bekommen haben in den meisten Bundesländern. Ich kann jetzt für Bayern sprechen, und das ist natürlich noch mal ne große Chance für die Soziale Arbeit insgesamt und auch für die Klinische Sozialarbeit, das ja, Promovierende dableiben können an der eigenen Hochschule und da relativ unkompliziert weitermachen können, weil es ja bisher nicht der Fall war."

Karsten Giertz: „Und ich will auch noch auf zwei andere Sachen auch noch mal aufmerksam machen. Die glaube ich auch uns jetzt in Zukunft mehr beschäftigen müssen. Also wir haben uns glaube ich methodisch gut als Fach Sozialarbeit etabliert. Aber wir müssen auch die Stimme weiter auf politischer Ebene bringen. Also gerade, wenn ich mir in allen Bereichen die sozialpolitischen Reformprozesse anschaue. Auch da müssen wir anfangen, unsere Konzepte wirklich auch stärker reinzubringen, um das gut auch fachlich aufzubringen. Na, damit das auch natürlich gut, fachlich auch umgesetzt wird. Also ich komme jetzt aus einer Einigungshilfe, da mit dem Bundesteilhabegesetz, da steht so viel Sozialraumorientierung drinne und so viel Anschlussfähigkeit an bestimmte Methoden der Klinischen Sozialarbeit ob das psychosoziale Diagnostik ist, ob das Case Management ist, Netzwerkarbeit et cetera, ressourcenorientierte Arbeit et cetera, da müssen wir stärker rein und auch gucken, wie können wir fachlich diese soziale, also diese sozialpolitischen Prozesse begleiten und auch unsere Konzepte da mehr anbieten. Ob das durch Publikationen sind, ja in den gewissen Journals, nicht nur in als Klinische Sozialarbeit in unseren kleinen Medien, sondern auch wirklich aufzeigen anderen Fachverbände. Mensch, das sind, das sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen. Wir haben dafür die Verantwortung dafür, und damit kann man Qualität sicherstellen. Ich glaube, das ist ein wichtiger Bereich und ein anderer Bereich, der mir natürlich sehr auch Sorgen bereitet, wo wir uns natürlich auch stark machen müssen. Ich merke schon, dass gerade auch viele unserer Ziel- oder Adressatengruppen mittlerweile extrem gesellschaftlicher Stigmatisierung ausgesetzt sind, ja, [Zustimmung im Hintergrund] und ich glaube, auch da müssen wir uns stärker auch sichtbarer machen und auch natürlich für. Gute Rahmenbedingungen einsetzen, dass wir natürlich auch die Adressaten noch adäquat versorgen oder unterstützen können, aber natürlich auch gucken, dass wir uns auf gesellschaftlicher Ebene natürlich auch einsetzen für bestimmte Adressatengruppen, ob es sei es geflüchtete Menschen. Sei es wohnungslose Menschen. Sei es aber auch Menschen mit Behinderung, die aktiv von bestimmten Bewegungen diskriminiert und angegriffen werden und da, da müssen wir uns natürlich auch für einsetzen."

Christine Kröger: „Das möchte ich gerne einfach noch mal unterstreichen, dass das sicherlich eine wichtige Zukunftsaufgabe ist. Also gerade in einer Gesellschaft, wo ich an manchen Stellen schon den Eindruck hab, dass es immer schwieriger wird, auch andere Positionen als die eigene auszuhalten. Es auch auszuhalten, dass andere Menschen, ganz andere Lebensentwürfe haben können und auch ganz anders sind und ganz andere kulturelle Hintergründe mitbringen, ist das sicherlich ne enorm große Aufgabe dafür zu sorgen, dass Menschen so wenig wie möglich stigmatisiert werden. Dass Stigmatisierung abgebaut wird. Dass das gelingen kann, wirklich miteinander im Gespräch zu bleiben, was ja auch so nen riesen Anliegen eigentlich der sozialpsychiatrischen Bewegung ist. Ne, nicht über Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu sprechen und auch nicht über ihre Angehörigen, sondern mit ihnen. Und ich erlebe das schon so, dass wir ein gesamtgesellschaftliches Klima haben, wo das immer son bisschen schwieriger zu werden scheint, und das ist sicherlich ne wichtige Aufgabe, dafür einzustehen, dass das wieder besser gelingen kann."

Eva Wunderer: „Und einen, ein Punkt kann ja da auch sein, Personen mit Erfahrungswissen mehr einzubeziehen [Zustimmung im Hintergrund]. Das ist auch, um noch mal wieder den Bogen zurückzuschlagen zum Handbuch, da gibts auch explizit n Kapitel, natürlich auch insgesamt zu den. Zu ganz vielen Aspekten, die wir jetzt aufgemacht haben, aber auch sagen, egal ob man es jetzt Erfahrungsexpert*innen [Zustimmung im Hintergrund] Service, User Envolvement wie auch immer, aber da ist ja viel im Gange und auch in der Klinischen Sozialarbeit, dass man merkt, das ist eine entscheidende Perspektive, die wir eigentlich auch zu lange nicht ausreichend gehört und einbezogen haben."

Karsten Giertz: „Na ja, und daneben natürlich, okay, gibt noch andere Sachen wie, wie gehen wir mit um mit digitalen internetbasierten Technologien, da will ich jetzt nicht, da gibt es ja schon Akteure, die da was machen, aber noch ein Thema, was uns in unserer Community bisher noch total fehlt, obwohl wir als klinisch Sozialarbeiter sehr starken Gesundheitsbezug ist. Wie geht es denn der eigenen Selbstversorgung von klinisch Sozialarbeiter tätigen? Also das ist wir wissen Sozialer Arbeit ist mit einer der belasteten Gruppen, die es gibt, gibt ja hier so eine aktuelle Umfrage mit seinem Kollegen Hollederer, der das da ja gemacht hat und sogar nachweisen konnte, dass die Belastung größer sind als im Pflegebereich. Aber wir haben wenig Konzepte, wie führen wir soziale Organisationen, in denen Klinische Sozialarbeiter tätig sind, dass die so geführt werden, dass natürlich die Gesundheit gefördert wird. Ja, oder gibt es da bestimmte Konzepte oder aber auch allgemein Konzepte der Selbstfürsorge, die sich natürlich auf unsere Arbeitsfelder übertragen lassen, und da muss ich sagen, da haben wir noch n ziemlich hohen Nachholbedarf, und ich glaube, da gibts auch kein Kapitel in unserem Handbuch."

Christine Kröger: „Das stimmt, ja [Lachen im Hintergrund]."

Milena Konrad: „Und jetzt haben wir echt zum Ende der Folge hin auch noch mal die ganz großen Themen aufgemacht [Zustimmung im Hintergrund], über die wir jeweils einzeln noch mal sehr, sehr ausführlich sprechen könnten. Aber das verschieben wir."

Adrian Roeske: „Und damit kommen wir so langsam zum Ende der heutigen Folge. Ich hoffe, dass wieder für alle Zuhörerinnen etwas dabei war und die Bandbreite der Themen heute alle ein bisschen abgeholt hat. Wir gehen noch mal kurz in das Handbuch rein, also falls ihr euch zum Beispiel, liebe Zuhörerinnen und Zuhörer, für folgende Themen oder Handlungsfehler interessiert, dann schaut doch gern mal rein oder lest gerne mal rein. Ihr findet dort

unter anderem Input zu Gesundheits- und Krankheitsmodellen, zum Thema Identitätsentwicklung, Biographiearbeit, zu Netzwerkarbeit, zu Teilhabe, Gender Diversity und Intersektionalität, zu sozialer Diagnostik, professionelle Beziehungsgestaltung, psychosozialer Beratung, sozialer Gruppenarbeit, zu heute auch viel diskutiert Sozialtherapie. Aber auch zur psychosozialen Traumarbeit, Krisenintervention, Sozialraumorientierung und zu weiteren verschiedenen Arbeitsfeldern und Zielgruppen kritischer Sozialarbeit und natürlich auch zu Forschungs- und Entwicklungsaufgaben. Und wir werden euch noch einige relevante Links auch der heute genannten Bücher, die unter anderem gefallen sind, natürlich auf die Homepage packen."

Milena Konrad: „Ja, und diesen bunten Blumenstrauß möchten wir jetzt noch mal abrunden mit unseren Bekannten, also nicht bekannten inhaltlichen, aber als Themenrubrik, unseren Überraschungsfragen. Und ja, da würden wir euch bitten, spontan und frei darauf zu antworten. Und wir haben heute zwei Fragen mitgebracht und welche Person von euch sich berufen fühlt, darf direkt einsteigen. Unsere erste Frage ist ja, was ist denn in Bezug auf die heute hochgelobte Klinische Sozialarbeit euer persönliches Unwort und daran anknüpfen vielleicht, welches Wort sollten wir vielleicht öfter verwenden?"

Christine Kröger: „Was meinst du jetzt? Unwort sozusagen aus dem Spektrum der Klinischen Sozialarbeit."

Milena Konrad: „Ja oder was über sie gesagt wird. Was auch immer im Kontext von Klinischer Sozialarbeit ein Unwort sein könnte."

Eva Wunderer: „Also ich weiß jetzt nicht, ob ich es als Unwort bezeichnen würde, aber womit ich mich sehr auseinandersetze, ist der Begriff der Störung. Ich mein, man kann ja jetzt Störungen auch so, so und so sehen, also ‚psychische Störungen' in Anführungszeichen und ich find man kann sagen es wird etwas gestört, ein System, etwas was ein, ein, ein Getriebe weil plötzlich etwas klemmt, ein Zahnrad, dann ist der Begriff Störung finde ich ganz gut. Wenn man aber sagt eine Person ist ge-stört, dann finde ich das schwierig und das ist was, was ja immer wieder auftaucht, weil wir auch ganz ja so ganz landläufig von psychischen Störungen sprechen. Das ist jetzt nicht direkt Klinische Sozialarbeit oder kommt nicht direkt aus der Klinischen Sozialarbeit, aber damit beschäftigen wir uns natürlich auch in der Klinischen Sozialarbeit."

Adrian Roeske: „Noch weitere Ideen – ansonsten."

Christine Kröger: „Na ja, was mir immer wieder begegnet, ist die Hoffnung wäre, es wird jetzt immer weniger. Ist so die Aussage, dass Klinische Sozialarbeit ja auf so ne Therapeutisierung der Sozialen Arbeit hinausläuft und dass da irgendwie Sozialarbeiter*innen zu kleinen Psychotherapeut*innen gemacht werden und. Wenn ihr jetzt so fragt, aber was könnt ihr da nicht mehr hören? Das geht so an die Grenze dessen, was ich nicht mehr hören kann, weil ich denke, Mensch, also es gibt doch jetzt so viele Publikationen, wo wir immer wieder darauf aufmerksam gemacht haben, dass es ja eben um eine therapeutische Expertise geht, die direkt aus der Sozialen Arbeit kommt und auch auf ihren theoretischen Grundlagen aufbaut und, dass es eben nicht um eine. Therapeutische Perspektive geht die ausschließlich an der Person ansetzt, sondern eben auch an den Beziehungen und auch an den weiteren Umfeldbedingungen. Und da würde ich mir wünschen, dass das irgendwann so. Ach, dass sich diese Diskussion darüber so ein bisschen wie. Also ich will nicht, dass sie sich erübrigt, weil mir ist es immer lieber, wir sprechen über die Dinge, die unklar sind, als dass die irgendwie so im Untergrund rumwabern, aber da merke ich manchmal. Da werde ich so ein bisschen müde, dass wir das immer und immer wieder so herausgefordert sind, das zu erklären. Ich machs

schon immer wieder, aber ja, das ist so etwas, wo ich drauf verzichten könnte, sagen wir es mal so."

Karsten Giertz: „Ja, den Kontext geht es mir immer mit der Krankenhaus Sozialarbeit."

Christine Kröger: „Ach ja, stimmt."

Karsten Giertz: „Das ist eigentlich so der Klassiker. Ne, man macht das Info-E-Mail-Fach beim ECCSW auf und dann wird gefragt na ja geht es erklären sie mal den Unterschied was ist denn der Unterschied zwischen Krankenhaus Sozialarbeit und Klinische Sozialarbeit? Bin ich auch ein Klinischer Sozialarbeiter und das ist dann immer da haben wir natürlich mittlerweile schon vorgefertigte Texte, die wir dann einfach nur einkopieren müssen und schicken müssen, aber [lacht]. Nein, das ist, glaube ich, ein bisschen mühsam. Also wenn man auch gerade sozialarbeiterischen Hochschulen unterwegs ist und dann auch Studierenden, Bachelor oder Master das dann noch mal erklären muss, das ist, dann kann ich Christina auch. Das sind, glaube ich, ähnliche Diskurse, die ein bisschen. Ahh, okay, dann fange ich noch mal an, ja."

Adrian Roeske: „Danke euch für den Einblick und dann gehen wir direkt noch zur zweiten Frage über. Wenn du dich entscheiden müsstest oder wenn ihr euch entscheiden müsstet. Jetzt könnt ihr euch überlegen. Was wäre deine Lieblingsmethode der Klinischen Sozialarbeit und warum?"

Karsten Giertz: „Ich glaube tatsächlich, obwohl ich es in der Praxis noch nie so richtig gemacht habe, weil das jetzt erst in den Diskursen ist. Aber ich hätte schon noch mal Bock, so richtig mit den Methoden der Sozialraumorientierung mal zusammenzuarbeiten. Das ist jetzt so ganz großes Thema, gerade im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes, soziale Teilhabe zu fördern, und ich weiß, ich. Ja, wir haben immer mal so n bisschen rumgemuckst früher in der Praxis. So haben wir natürlich, haben wir soziale, teilweise Sozialraum, ja, das ist. Na klar, ham wir den Sozialraum mit bedacht, aber ehrlich, so richtig hatten wir nie die Zeit dafür, mit unseren Klienten wirklich mal ne systematische Sozialraumbegehung durchzuführen, in Berlin zu gucken, wo gibt es n Barrieren, wo möchte der Klient hin, das war ja damals noch gar nicht so das Thema, oder wie kann man wirklich systematisch Netzwerkanalysen machen und gucken, wie man den Klienten damit beteiligt, das war nie systematisch, dass wir das gemacht haben. Und ich würde schon reizen, wenn ich das so heute sehe, was viele Kollegen auch publizieren in dem Bereich, welche Methoden die so Zusammenschreiben, wirkt das also wie, wie kann man das bei Menschen mit psychischen Erkrankungen umsetzen, weil viele Methoden eher aus anderen Bereichen kommen, Kinder- und Jugendhilfe. Und das wird mich schon noch mal reizen, das mal so systematisch umzusetzen."

Christine Kröger: „Ich habe mir gerade überlegt, ich mag diese Frage gar nicht beantworten, weil das irgendwie soner Festlegung gleichkommt, die so viel ja mit meinen Präferenzen zu tun hat. Und ich würde ja denken, gelingende Unterstützung zeichnet sich immer dadurch aus, dass sie aus so einem möglichst breiten Methodenspektrum schöpfen kann. Natürlich haben wir alle irgendwie, glaube ich, methodische Zugänge, auf die wir besonders gerne zurückgreifen, aber das kann ja manchmal auch zum Problem werden, ne, dass ich ne bestimmte Methode umsetze, weil ich sie so gut kann oder weil ich das so gerne mache und das geht aber irgendwie an den Bedürfnissen und Bedarfen des Menschen, mit dem ich zusammenarbeite, vorbei. Ne? Die Hoffnung wäre, es passiert nicht, weil wir uns um Dialog und Partizipation sozusagen bemühen, aber deswegen habe ich mir jetzt gerade gedacht, nein, das beantworte ich nicht, also da suche ich mir jetzt nichts aus."

Adrian Roeske: „Du hast den Zweck der Frage sehr geschickt umschifft [Lachen im Hintergrund]."

Eva Wunderer: „Also das kann ich gut nachvollziehen. Christine, Ich möchte mich auch nicht auf etwas festlegen, was ich aber ganz wichtig finde, sind Methoden der sozialen Gruppenarbeit oder auch der Gruppentherapie, weil ich finde, das ist was, was schnell mal in Vergessenheit gerät oder wo man. Es ist halt auch anstrengend, oft und herausfordernd mit Gruppen von Personen zu arbeiten, egal welche Art von Gruppen das sind. Und gleichzeitig haben wir es ja ständig mit Gruppen zu tun, weil Menschen jetzt nicht dauerhaft in der Regel einzeln auftreten, sozusagen. Also es ist ganz wichtig, die Gruppe immer mitzudenken, egal welche Bezugsgruppe das ist und auch Methoden zu haben und Handwerkszeug zu haben sich. Sich da gut bewegen zu können und gut einlassen zu können, auch als Sozialarbeiter*in oder auch für mich jetzt als Psychologin."

Christine Kröger: „Also und ich kann aus eigener Erfahrung auch sagen, ich hab auch Gruppen geleitet und es waren. Da waren einige wirklich so bewegende Momente dabei, weil sich manchmal Gruppenarbeit ja auch so sein kann, dass sich da Menschen begegnen, die sich ansonsten niemals begegnen würden. Ne, das war zum Beispiel da im Café Beispiellos in Berlin der Fall. Also bei betroffenen Gruppen, dass da Menschen zusammengekommen sind, die, glaube ich, ansonsten im Leben wenig Berührungspunkte miteinander haben, und da kann wirklich auch ne starke verbindende Kraft draus erwachsen."

Eva Wunderer: „Ja, die auch zeigt, dass wir vielleicht als, als professionell Helfende dann manchmal gar nicht so im Vordergrund sind oder so wichtig sind, weil sich ganz viel zwischen den Personen entspinnen kann [Zustimmung im Hintergrund]."

Christine Kröger: „Absolut, ja."

Milena Konrad: „Ich finde mit euren Antworten auf unsere Entscheidungsfrage, in der sich niemand von euch entschieden hat, sondern sehr professionell begründet hat, warum nicht oder was reizvoll wäre. Finde ich, haben wir eigentlich den Bogen noch mal ganz gut rund gemacht zu unserer Ausgangsidee von Mary Richmond, Alice Salomon Person-in-Umwelt, Person-in-Environment, nämlich in Gruppen in ihren sozialen Bezügen, in ihren Sozialräumen zu denken und ja, uns nicht an Methoden oder Einzelpersonen festzuhalten [Zustimmung im Hintergrund]. So viel zur Abrundung der heutigen Folge. Ich nutze das als Überleitung zum kleinen Werbeblog, denn diesen Podcast findet ihr überall, wo es Podcasts gibt und wie mehrfach erwähnt auf unserer Homepage gibts diverse Hinweise zum Weiterlesen. Literatur, Autor*innen, die heute in der Folge benannt wurden, werden da aufgeführt. Ein Transkript wird zur Verfügung gestellt. Wir freuen uns über ein Abo oder eine Bewertung des Podcasts und wie immer freuen wir uns, wenn ihr diesen Podcast einer Person empfehlen würdet, für die ihr glaubt, dass er passen könnte, mindestens eine [Outro-Musik setzt ein, spielt im Hintergrund] und ja, vielen Dank dafür und auch vielen Dank in die Runde und ja. Tschüss."

Christine Kröger: „Ja, sehr gerne."

Eva Wunderer: „Ganz herzlichen Dank."

Karsten Giertz: „Wiedersehen, tschau."

Alle: „Tschau. Tschüss."

[Outro-Musik spielt lauter]