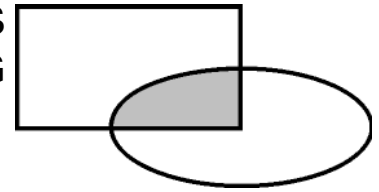


# KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS  
UND FORSCHUNG



5. Jg. ■ Heft 3 ■ Juli 2009

## Inhalt

### Themenschwerpunkt: Soziale Gerontologie

- 3 Editorial
- 4 *Stephan Richter*  
Erzählen im Alter – eine Form diagnostischen Arbeitens  
in der Klinischen Sozialarbeit
- 9 *Thomas Tümena und Dietrich de Fallois*  
Darstellung sozialer Arbeit im Rahmen des geriatrischen  
Qualitätssicherungsprojekts GiB-DAT  
und im Klinikum Bayreuth
- 2 Zu den Autoren dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum
- 2 Literaturlauswahl zum Themenschwerpunkt
- 3 Forschungsgruppe Weltkrieg2Kindheiten w2k:  
Selbstdarstellung und Veranstaltungstipp (Oktober 2009)
- 11 Berliner Appell 2007:  
Gesund älter werden in Städten und Regionen
- 12 Infoseite zum ECCSW e.V.

## Herausgeber

- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

DEUTSCHE  
GESELLSCHAFT FÜR  
SOZIALE ARBEIT



Forum für Wissenschaft und Praxis



## Zu den Autoren dieser Ausgabe

### Dietrich de Fallois

Dietrich de Fallois ist Diplom-Sozialpädagoge (FH) und Betriebswirt (VWA). Im Rahmen seiner Tätigkeit als Koordinator in der geriatrischen Tagesklinik im Klinikum Bayreuth war er bereits mit den Vorläufern der Software GERIDOC befasst und steuerte viele Anregungen und Ideen zu dessen Weiterentwicklung bei. Seit 2008 ist er der stellvertretende Leiter des Sozialdienstes und führte als solcher GERIDOC in den gesamten Sozialdienst der Einrichtung ein.

Kontakt: [Dietrich.deFallois@klinikum-bayreuth.de](mailto:Dietrich.deFallois@klinikum-bayreuth.de)

### Stephan Richter

Stephan Richter ist Diplom-Sozialarbeiter/-pädagog, 35 Jahre alt. Er arbeitet in Berlin in der Wohnungslosenhilfe und in (geschlossenen) sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften, in de-

nen Patienten aus dem Krankenhaus des Maßregelvollzugs Berlin untergebracht sind. Derzeit ist er Student des berufsbegleitenden Masterstudiengangs Klinische Sozialarbeit im 5. Semester an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin.

Kontakt: [richterstephan@gmx.net](mailto:richterstephan@gmx.net)

### Thomas Tümena

Thomas Tümena ist Diplom-Sozialpädagoge (FH) und Diplom-Psychologe. Seit 1998 ist er in der geriatrischen Tagesklinik/Memory Clinic im Klinikum Bayreuth GmbH vor allem mit Demenzdiagnostik und Qualitätssicherung/Dokumentation befasst. Daneben wirkt er seit 2000 am Aufbau des GIB-DAT-Projekts und der Programmierung der Software mit.

Kontakt: [Thomas.Tuemenen@geridoc.de](mailto:Thomas.Tuemenen@geridoc.de)

## Literatur zum Themenschwerpunkt

Amman, Anton & Kolland, Franz (Hrsg.) (2008). *Das erzwungene Paradies des Alters. Fragen an eine kritische Gerontologie*. Wiesbaden: VS. (Alter(n) und Gesellschaft. 14.)

Amrhein, Ludwig (2008). *Drehbücher des Alter(n)s. Die soziale Konstruktion von Modellen und Formen der Lebensführung und -stilisierung älterer Menschen*. Wiesbaden: VS. (Alter(n) und Gesellschaft. 17.)

Backes, Gertrud M. & Clemens, Wolfgang (2003). *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*. Weinheim: Juventa. (Grundlagentexte Soziologie.)

Blaumeiser, Heinz, Blunck, Annette, Klie, Thomas, Pfundstein, Thomas & Wappelshammer, Elisabeth (2002). *Handbuch Kommunale Altenplanung. Grundlagen – Prinzipien – Methoden*. Frankfurt: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. (Hand- und Arbeitsbücher. 8.)

Blimlinger, Eva, Ertl, Angelika, Koch-Straube, Ursula & Wappelshammer, Elisabeth (1994). *Lebensgeschichten. Biographiearbeit mit alten Menschen*. Hannover: Vincentz.

Foote, Christopher & Stanners, Christine (2002). *Integrating care for older people. New care for old – a systems approach*. London: Kingsley.

Jansen, Birgit, Karl, Fred, Radebold, Hartmut & Schmitz-Scherzer, Reinhard (Hrsg.) (1999). *Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis*. Weinheim: Beltz. (Beltz-Handbuch.)

Gatterer, Gerald (Hrsg.) (2007). *Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch*. (2. aktual. u. erw. Aufl.) Wien: Springer.

Holosko, Michael J. & Feit, Marvin D. (Eds.) (2004). *Social work practice with the elderly*. Toronto: Canadian Scholars Press.

Hooyman, Nancy R. & Kiyak, H. Asuman (2008). *Social gerontology. A multidisciplinary perspective*. Boston: Pearson.

Karl, Fred (Hrsg.) (2003). *Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie. Alter und Altern als gesellschaftliches Problem und individuelles Thema*. Weinheim: Juventa. (Grundlagentexte Soziologie.)

Lehr, Ursula (2007). *Psychologie des Alterns* (11. korrig. Aufl.). Wiebelsheim: Quelle & Meyer.

Meyer, Christine (2008). *Altern und Zeit. Der Einfluss des demographischen Wandels auf Zeitstrukturen*. Wiesbaden: VS.

McInnis-Dittrich, Kathleen (2002). *Social work with elders. A biopsychosocial approach to assessment and intervention*. Boston, MA: Ally and Bacon.

Osborn, Caroline, Schweitzer, Pam & Trilling, Angelika (1997). *Erinnern. Eine Anleitung zur Biographiearbeit mit alten Menschen*. Freiburg: Lambertus. (Engl. Original erschienen 1993.)

Peters, Meinhof (2004). *Klinische Entwicklungspsychologie des Alters. Grundlagen für psychosoziale Beratung und Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Peters, Meinhof (2006). *Psychosoziale Beratung und Psychotherapie im Alter*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Peters, Meinhof (2008). *Die gewonnenen Jahre. Von der Aneignung des Alters*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Petzold, Hilarion (2004). *Mit alten Menschen arbeiten. Teil 1: Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta. (Leben lernen. 175.)

Petzold, Hilarion (2004). *Mit alten Menschen arbeiten. Teil 2: Lebenshilfe – Psychotherapie – Kreative Praxis*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta. (Leben lernen. 181.)

Philipp-Metzen, Elisabeth H. (2008). *Die Enkelgeneration im ambulanten Pflegesetting bei Demenz. Ergebnisse einer lebensweltorientierten Studie*. Wiesbaden: VS.

Rosenmayr, Leopold (1983). *Die späte Freiheit. Das Alter – ein Stück bewußt gelebten Lebens*. Berlin, Severin & Siedler.

Rosenmayr, Leopold (1992). *Die Schnüre vom Himmel. Forschung und Theorie zum kulturellen Wandel*. Wien: Böhlau. (Kulturstudien. Sonderband. 14.)

Rosenmayr, Leopold (2007). *Schöpferisch Altern. Eine Philosophie des Lebens*. Wien: Lit.

Saup, Winfried (1993). *Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Schulz-Nieswandt, Frank (2003). Die Kategorie der Lebenslage – sozial- und verhaltenswissenschaftlich rekonstruiert. In Fred Karl (Hrsg.), *Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie. Alter und Altern als gesellschaftliches Problem und individuelles Thema* (S. 129-139). Weinheim: Juventa. (Grundlagentexte Soziologie.)

Thieme, Frank (2008). *Altern(n) in der alternden Gesellschaft. Eine soziologische Einführung in die Wissenschaft vom Alter(n)*. Wiesbaden: VS. (Lehrbuch.)

Wacker, Robbyn R., Roberto, Karen A. & Piper, Linda E. (2002). *Community resources for older adults. Programs and services in an era of change*. Thousand Oaks, CA: Pine Forge.

Wahl, Hans-Werner & Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.) (2000). *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Bei speziellem Interesse an Forschungsergebnissen und Berichten zu Folgen von Kriegskindheiten und zur transgenerationalen Weitergabe von traumatischen Erfahrungen, von Werten und Normen etc. siehe Literaturliste auf der Website: [www.weltkrieg2kindheiten.de](http://www.weltkrieg2kindheiten.de).

## Wissenschaftlicher Beirat

### Prof. Dr. Peter Buttner

Fachhochschule München

### Prof. Dr. emer. Wolf Crefeld

Evangel. Fachhochschule Bochum

### Prof. Dr. Heike Dech

Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

### Prof. Dr. Peter Dentler

Fachhochschule Kiel

### Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz

Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

### Prof. Dr. Cornelia Kling-Kirchner

HTWK Leipzig, Fachbereich Sozialwesen

### Prof. Dr. Albert Mühlum

Fachhochschule Heidelberg

### Prof. Dr. Helmut Pauls

Fachhochschule Coburg

### Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann

Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

### Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst

Hochschule Mittweida

## Impressum

### Herausgeber

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (v.i.S.d.P.) in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit

### Redaktionsteam

Uwe Klein (Leitung)  
Kirsten Becker-Bikowski  
Silke Birgitta Gahlleitner  
Gernot Hahn

### Anzeigenakquise

G. Hahn, Virchowstr. 27, 90766 Fürth  
Tel. 0175/276 1993

### Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«  
Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit Berlin  
c/o Uwe Klein, Krankenhaus Hedwigshöhe, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Höhensteig 1, 12526 Berlin  
Tel. 030/67 413 021 ■ Fax 030/67 413 002 oder:  
Tel. 030/60 500 856 ■ Fax 030/60 500 857  
Email: [zks-berlin@ipsg.de](mailto:zks-berlin@ipsg.de)

### Layout, Grafik & Schlussredaktion

Ilona Oestreich

### Druck

GREISERDRUCK GmbH & KoKG, 76437 Rastatt

### Erscheinungsweise

viermal jährlich als Einleagezeitschrift in:  
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

### ISSN

1861-2466

### Auflagenhöhe

2350

### Copyright

Nachdruck und Vervielfältigen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

**L**ernen, das nicht nur dem äußerlichen Kompetenzerwerb, sondern auch innerer Veränderung zu dienen vermag, fördert indirekt die psychische und die somatische Gesundheit. Eine Daseinsgestaltung, welche die individuelle Entfaltung im späten Leben begünstigt, hat positive Rückwirkungen auch auf den Organismus. (Rosenmayr, 2007, S. 238)

Mit diesem Zitat deutet sich das komplexe Feld des »Älter-Werdens« in seiner Verflechtung zwischen Körper, Seele und Umwelt an. In seinem Buch »Schöpferisch altern« vertieft Leopold Rosenmayr (2007) dieses Feld in den Dimensionen einer historischen, kulturellen und lebenslaufbezogenen Gewordenheit. Er sieht das späte Leben in einer engen Verbindung mit den Vorstellungen und Erwartungshaltungen der Kindheit, als Chance für Neuanfänge und betont dabei auch die Notwendigkeit, mit lange verleugneten oder neu entstandenen Begrenzungen zurechtzukommen und über eine diesbezügliche Akzeptanz neue Bewegungsspielräume zu erlangen.

Die Chancen zu einem zufriedenstellenden Altern bindet Rosenmayr an eine »doppelte asketische Kompetenz als Übung und Einschränkung« (Rosenmayr, 2007, S. 27). Die asketische Kompetenz liegt dabei quer zu den ernährungsbezogenen und medialen Gewohnheiten und kohortenabhängig auch zu Folgen ökonomischer Restriktionen nach einem konsumorientierten Wirtschaftswunderleben.

Versteht man »Altern« unter diesen Aspekten von Vieldimensionalität, so muss auch die sich mit gerontologischen Fragestellungen auseinandersetzen Klinische Sozialarbeit einen differenzierenden Blick auf den älteren Mensch in seiner aktuellen Verflochtenheit wagen. Gesundheitsfördernde Interventionen können nur unter Beachtung sozialräumlicher und lebensweltlicher Gegebenheiten greifen, professionelle Beratung im Krisen- und Krankheitsfall bettet die kompetente Informations- und Zugangsvermittlung zu Hilfeleistungen in ein Wissen um biografische Dimensionen und aktuelle Netzwerkbeziehungen ein.

**S**tephan Richter fokussiert in seinem Beitrag »Erzählen im Alter – eine Form diagnostischen Arbeitens in der Klinischen Sozialarbeit« die Bedeutsamkeit der biografischen Orientierung für den sozialarbeiterischen Blick. Dabei geht es ihm darum, dass die reine Erhebung von Lebenslaufdaten überschritten wird in Richtung

einer dialogischen Diagnostik. Biografisches Erzählen im Alter beinhaltet für den Klienten die Möglichkeit zur Neubewertung kritischer Lebensereignisse und für den Klinischen Sozialarbeiter einen neuen Verstehenszugang – im Prozess des Selbst- und Fremdverstehens in der Interaktion.

Thomas Tümena und Dietrich de Fallois beschreiben in ihrem Artikel »Darstellung sozialer Arbeit im Rahmen des geriatrischen Qualitätssicherungsprojekts GiB-DAT und im Klinikum Bayreuth« Strukturelemente einer umfassenden, kontinuierlich durchgeführten Datenerhebung im Rahmen geriatrischer Rehabilitation. Über die Auswertung berufsgruppenübergreifend angelegter Assessments hinaus hat das Konzept von GiB-DAT zur Entwicklung spezifisch sozialarbeiterischer Masken in einer speziellen Dokumentationssoftware und zu einem Screening-Instrument »Soziales Assessment« geführt. Für den Arbeitsprozess sehen die Autoren eine Steigerung der Prozessqualität durch die Möglichkeit zur EDV-gestützten schnellen Abwicklung von Routineaufgaben und die höhere Transparenz und Nutzbarkeit der Dokumentation in Vertretungssituationen. Nicht zuletzt werden über die Dokumentation sozialarbeiterische Inhalte auch für andere Berufsgruppen sichtbar gemacht.

Ganz im Sinne der von Rosenmayr (2007) ins Spiel gebrachten Kompetenz zur Askese beschränken wir uns in dieser Ausgabe unserer Zeitschrift auf zwei uns wesentlich erscheinende Aspekte einer sozialgerontologischen Klinischen Sozialarbeit, ergänzt um eine kleine Literaturliste, einen Hinweis auf die Forschungsgruppe »weltkrieg2kindheiten« und den »Berliner Appell«, einen Text zur Gesundheitsförderung im Alter.

»Eine Philosophie des Alterns darf sich nicht mit dem Selbstbezug, dem Blick in den Spiegel begnügen. Je mehr der ältere Mensch aus dem Zentrum der Sozialprozesse, sei es aus eigenem Willen, sei es dazu gedrängt, heraustritt, desto stärker wird die Herausforderung, sich selbst innerhalb seiner Beziehungen neu zu verstehen. Das schließt ein Programm der Klärung mit ein, eine Selbstvergegenwärtigung mit Sozialbezug.« (Rosenmayr, 2007, S. 33)

Für die Redaktion:  
Uwe Klein

#### Literatur

Rosenmayr, L. (2007). *Schöpferisch altern. Eine Philosophie des Lebens*. Wien: Lit.

#### Forschungsgruppe Weltkrieg2Kindheiten (w2k)

Die Forschungsgruppe macht Erfahrungen und Erinnerungen der Kriegskinder des Zweiten Weltkrieges, der letzten noch verbleibenden zivilen Kriegsgeneration, zum Thema des wissenschaftlichen und politisch-kulturellen Diskurses. Die Forschungsgruppe wurde 2002 begründet und trifft sich seitdem regelmäßig zu gemeinsamen Tagungen. Sie ist interdisziplinär zusammengesetzt und international vernetzt. Ihre Mitglieder forschen an unterschiedlichen Universitäten und Instituten in den Bereichen von Zeitgeschichte, Literatur- und Erziehungswissenschaft, Entwicklungspsychologie, Psychoanalyse, Psychosomatik/Psychotherapie, Psychiatrie und Humanmedizin.

Es geht um die vielfältigen Bedeutungen, welche die Erfahrung von »Kriegskindheit« für die weitere individuelle und generationelle Lebensgeschichte der Betroffenen angenommen hat. Hier gilt es insbesondere Anregungen aufzugreifen und fortzuführen, die aus Kreisen der Gerontologie, der Entwicklungspsychologie des Lebenslaufs und der Psychoanalyse erwachsen sind und in denen es um mögliche riskante Langzeitfolgen von Kriegskindheiten geht, die erst im Prozess des Alterns dieser Generation – und das bedeutet: in der gegenwärtigen medizinisch-therapeutischen Praxis – sichtbar werden.

Eine weitere Forschungsfrage bezieht sich sodann auf die Geschichte der Mentalitäten und politischen Kulturen in den vom Weltkrieg betroffenen nationalen Gesellschaften. Die Fragestellungen schließen thematisch ein: (1) das unmittelbare Erleben der Kriegs- und Nachkriegsjahre, (2) verschiedene Etappen des Erinnerns an Kriegserlebnisse, (3) nachhaltige Folgen der Kriegserfahrung für Lebens- und Gesellschaftsgeschichte.

Die Forschung zielt auf verbesserte praktische Problemlösungen insbesondere in folgenden Bereichen: (1) Professionelle Betreuung der Kriegskindergeneration im Alter, (2) Psychosoziale Hilfen für die heutigen Kriegskinder weltweit, (3) Aufbau einer gemeinsam geteilten europäischen Erinnerungskultur an den Weltkrieg 2 als Teil einer kulturellen Integration.

Die Forschungen der Gruppe tragen dazu bei, die Summe der Erfahrungen dieser Jahrgänge in das »kommunikative Gedächtnis« sowie in die öffentlichen Diskurse und Erinnerungskulturen der am Krieg beteiligten und vom Krieg betroffenen Länder zu integrieren.

Alle Fragestellungen berücksichtigen geschlechtsspezifische Unterschiede und sind in internationale Forschungsk Kooperationen eingebunden.

#### Aktueller Hinweis:

**Jahrestreffen der Forschungsgruppe w2k, 28.-30.10.2009, Evg. Akademie Hofgeismar: »Aspekte von Kriegskindheiten: transgenerational und europäisch«.**

#### Kontakt und Information:

Prof. Dr. Insa Fooker (0271/7404486, fooker@psychologie.uni-siegen.de); Prof. Dr. Barbara Stambolis (0170/1289730, barbarastambolis@aol.com); www.weltkrieg2kindheiten.de

# Erzählen im Alter – eine Form diagnostischen Arbeitens in der Klinischen Sozialarbeit

Stephan Richter

Mit *Erzählen im Alter* ist primär das biografische Erzählen und damit ein Vorgang bzw. ein Phänomen gemeint, der bzw. das typischerweise von Menschen in höherem Alter erbracht wird. In dieser Hinsicht kann biografisches Erzählen im Alter als eine Thematik der Sozialen Gerontologie angesehen werden.

Ziel der nachfolgenden Ausführungen ist es, eine Verbindung zwischen dem Phänomen Erzählen im Alter und dem diagnostischen Arbeiten in der Klinischen Sozialarbeit herzustellen. Genau darin besteht die Fragestellung: Wie kann im klinisch-sozialarbeiterischen Arbeitskontext – hierzu zählen auch gerontologische und geriatrische Arbeitsfelder – diagnostisches bzw. anamnestisches Arbeiten erweitert bzw. intensiviert werden? Es soll also die These untersucht werden, ob biografisches Erzählen im Alter als eine Form diagnostischen Arbeitens in der Klinischen Sozialarbeit angesehen und verwendet werden kann.

Zunächst wird der Begriff Alter bzw. der Prozess des Alterns aus entwicklungspsychologischer Sicht näher bestimmt. Hierbei soll deutlich gemacht werden, welche idealtypischen Bewältigungsaufgaben der Lebensphase des Alterns innewohnen.

Vor dem Hintergrund der entwicklungspsychologischen Problematik, mit der Individuen im Alternsprozess konfrontiert sind, soll anschließend das Erzählen als sprachliches und soziales Phänomen umrissen werden. Bereits eine Literaturrecherche zeigte, dass im Erzählen bzw. in narrativen Prozessen sehr viel mehr zu sehen und zu entdecken ist als lediglich der Zweck der reinen Datenerhebung. Genau dieser Umstand macht das Erzählen interessant für die Klinische Sozialarbeit, besteht ihre Profession doch u.a. darin, soziale Bewältigungs- und Beziehungsprozesse sowie Erkenntnisprozesse bei KlientInnen zu initiieren bzw. zu begleiten.

Um die Verbindung zwischen Erzählen im Alter und diagnostischem Arbeiten in der Klinischen Sozialarbeit herzustellen, werden daraufhin entsprechende diagnostische Konzepte bzw. Methoden kurz aufgezeigt. Hierbei stütze ich mich im Wesentlichen auf Aspekte aus dem Systemischen Case Management und auf das Konzept der Sozialen bzw.

Dialogischen Diagnose. Im Fazit sollen schließlich die verschiedenen Aspekte (Erzählen, Alter und diagnostisches Arbeiten) zusammengebracht werden.

## Spezifika des Alterns

### Entwicklungspsychologische Aspekte

Nach Eriksons Phasenmodell der Lebensspanne beschäftigt sich der Mensch in seiner achten und letzten Lebensphase mit dem Bedürfnis, Sinn und Verständnis für das persönliche Leben bzw. für den eigenen Lebensverlauf zu finden. Hierbei schwankt der Mensch immer wieder zwischen den gegensätzlich zueinander stehenden Lebenserfahrungen von Ich-Integrität und Verzweiflung (Erikson, 1959/1966, S. 118-120).

Ich-Integrität bedeutet nach Erikson, dass der Mensch sich seiner Einzigartigkeit bewusst ist und darin einen besonderen positiven Wert erkennt. Er bejaht den einen und eigenen Lebenszyklus als das Leben schlechthin. Es gelingt ihm, in Lebensweisen Anderer Sinn zu erkennen, Lebensweisen Anderer zu verstehen und zu akzeptieren, wengleich er seine eigene, als sinnstiftend erfahrene Lebensweise weiterhin fest vertreten wird.

Verzweiflung hingegen stellt sich ein bei dem Gefühl, keine Zeit zu haben für eine tiefgreifende Änderung der eigenen Lebensweise, die als nicht sinnvoll genug wahrgenommen wird. Wenn also der überwiegende Anteil eigener Aktivitäten im Lebensverlauf in Frage gestellt wird, wenn das eigene Tun und Handeln am Schluss doch keinen Sinn ergibt und die Zeit für eine Veränderung offenbar nicht vorhanden ist, gerät der Mensch in eine Situation der Verzweiflung bis hin zu einem Gefühl von Lebensekel. Verzweiflung kann sich auch in Form von Todesfurcht ausdrücken.

In diesem Spannungsfeld, das sich immer wieder vor dem Hintergrund des Lebensverlaufs bzw. der Biografie abspielt, steht der Mensch in seiner letzten Lebensphase. Gelingt dieser Prozess bzw. wird diese psychosoziale Krise positiv bewältigt, so gewinnt der Mensch an Weisheit (ebd.).

Dieses Modell kann heute zumindest als grobe Orientierung noch immer

zugrunde gelegt werden. Die Bewältigungsaufgaben im Alter sind heute zwar vielfältiger denn je. Im Kern geht es jedoch in der Lebensphase des Alterns immer wieder um Identitätsprozesse bzw. Sinnbildung und Retrospektive hinsichtlich der eigenen Biografie.

### Somatische Aspekte

Heuft, Kruse und Radebold (2006, S. 61-63) lehnen sich explizit an Eriksons Modell an. Erweiternd führen sie jedoch auf, dass Menschen mit fortschreitender Zeit immer mehr Bezug zum körperlichen Alternsprozess herstellen. Der somatische Alternsprozess wirkt letztendlich als »Organisator der Entwicklung in der zweiten Hälfte des Erwachsenenlebens« (ebd., S. 64). Die Abnahme der Leistungsfähigkeit der Körperorgane im Alter führt zu mentalen Entwicklungsaufgaben für das Individuum.

Auch Maercker benennt das Phasenmodell von Erikson in Verbindung mit der Lebensrückblickstherapie (Maercker, 2002, S. 363). Bei der Alternsphase erscheint ihm allerdings eine genauere Differenzierung notwendig – er unterscheidet zunächst zwischen zwei Altersgruppen: (1) Die *jungen Alten* entsprechen dem 3. Lebensalter. Dies sind die noch rüstigen Menschen, die über recht viele Ressourcen verfügen, Reisen unternehmen, Enkelkinder erziehen usw. Personen dieser Altersgruppe haben zudem die Beendigung der Erwerbsarbeit zu bewältigen. (2) Die *Hochbetagten* befinden sich nach Maercker im 4. Lebensalter. Sie erfahren häufig den Verlust von Bezugspersonen und leiden an gesundheitlichen Beeinträchtigungen bis hin zur Pflegebedürftigkeit. In diesem Lebensalter wird es zunehmend schwieriger, dem gegenwärtigen Leben Positives abzugewinnen (Maercker, 2002, S. 3f.). Insbesondere im 4. Lebensalter stellt sich häufig die Frage nach dem Sinngehalt des Lebens. Demgegenüber stehen umfassende und damit meist vielerlei positive Lebenserfahrungen.

### Lebensrückblick, Bilanz, Retrospektive

Der Prozess des Abwägens hinsichtlich erlebter Ereignisse und die Suche nach dem Sinngehalt des zurückliegenden Lebens sind typisch für die Lebenspha-

sen im Alter. Maercker (2002) nennt diesen Prozess Verlust- und Gewinnbilanzierung. Zudem wird beispielsweise in der Alters- bzw. Klinischen Gerontopsychotherapie häufig an einer Gewinn-Verlust-Perspektive gearbeitet, bei der retrospektiv immer wieder der Lebensverlauf eingeflochten wird (ebd., S. 7ff.).

Heuft und Kollegen (2006) differenzieren hinsichtlich des Lebensrückblicks in *äußere* und *subjektorientierte* Analyseperspektiven. Bei der Ersteren, die auch die Analyse des Lebenslaufs genannt wird, liegt die Betonung »auf der möglichst objektiven Beschreibung von Ereignissen und Entwicklungen sowie ihrer historischen, gesellschaftlichen und kulturellen Kontexte« (ebd., S. 89).

Unter *subjektorientierter* Analyseperspektive kann die Analyse der Biografie verstanden werden. Hier geht es um die für eine Person wichtigen Lebensereignisse: Welche persönlich bedeutsamen Stationen oder Einschnitte benennt ein Mensch? Diese Stationen werden als *Knoten* bezeichnet (ebd., S. 89). Sie stellen Ereignisse dar, die subjektiv von besonderer Bedeutung sind.

Des Weiteren rückt bei der Analyse der Biografie die erlebte Zeit in den Vordergrund, d.h. Erinnerungen sind nicht gleichmäßig auf der Zeitachse verteilt. In der Retrospektive wirken diese Knoten, als würden sie das Leben als kontinuierliches Geschehen unterbrechen und in verschiedene Abschnitte gliedern. In dieser Art ordnet sich insgesamt ein Zeithorizont, der nicht chronologisch ist, sondern sich an erlebten Ereignissen anlehnt. Er wird weiter differenziert, indem erlebte Ereignisse zueinander in Beziehung gesetzt werden. So wird biografische Vergangenheit als erlebte Zeit aufgrund der Knoten als heterogen empfunden, als kontinuierlich und diskontinuierlich zugleich (ebd., S. 90).

#### Zusammenfassung

Alter ist ein Lebensabschnitt, in dem Individuen immer wieder einen Bezug zur bisherigen Biografie bzw. zum bisherigen Lebensverlauf herstellen. Für Erikson (1959/1966) geschieht dies in einem bipolaren Spannungsfeld zwischen dem Gefühl von Ich-Integrität und dem Gefühl von Verzweiflung bzw. Lebensekel. Wird diese entwicklungspsychologische Aufgabe positiv bewältigt, indem sich Ich-Integrität festigt, so erwirbt das Individuum Weisheit.

Heuft, Kruse und Radebold (2006) sehen im somatischen Alternprozess die Triebfeder für Entwicklung. Das Individuum muss sich mit den zunehmenden

Leiden des nicht mehr intakten und vitalen Körpers auseinandersetzen und diesen Umstand bewältigen. Spätestens hier setzt der Lebensrückblick bzw. die Retrospektive hinsichtlich der eigenen Biografie bzw. des eigenen Lebenslaufes ein.

Bezüglich der Retrospektive unterscheiden Heuft, Kruse und Radebold (2006) zwei Analyseperspektiven – beide sind wichtig für einen vollkommenen Lebensrückblick und werden nachfolgend mit den Modellen des diagnostischen Arbeitens in Beziehung gesetzt bzw. abgeglichen.

Maercker (2002) bestätigt das bipolare Spannungsfeld mit seinem Ansatz von Gewinn- und Verlustbilanz. Er unterteilt in zwei Altersgruppen und schreibt diesen passende Kriterien bezüglich der Lebenslage zu. Der Lebensrückblick ist jedoch für beide Altersgruppen typisch.

#### Erzählen

##### Erzählen als sprachliches Phänomen

Erzählungen können zunächst als sprachliche Phänomene begriffen und dem diskursiven Bereich zugeordnet werden. Als narrative Darstellungen haben Erzählungen einen aus Traditio-

nen des Geschichtenerzählens gearteten Charakter. Somit besitzen sie eine bestimmte Struktur, die es Zuhörern ermöglicht, Erzählungen als solche auch zu erkennen und zu akzeptieren. Zu diesen strukturellen Merkmalen zählt Ger-gen (1998, S. 171-177):

1. Eine Erzählung muss auf ein Ziel hinsteuern, das durch einen besonderen Bedeutungsgehalt gekennzeichnet ist. Dieses Ziel stellt das Ergebnis einer Erzählung dar – ist sozusagen »der springende Punkt«. Gleichfalls kann das Ziel auch ein zu erklärendes Ereignis oder ein zu erreichender bzw. zu vermeidender Zustand (intentionale Zustände) sein. Der Endpunkt einer Geschichte und dessen Wert werden immer von ErzählerInnen festgelegt, sodass zwangsläufig vor dem Erzählen immer eine Vorstrukturierung des zu erzählenden Ereignisses stattfindet. Ger-gen verweist darauf, dass Erzählungen subjektive Verzerrungen beinhalten, die jedoch sehr eng an den kulturellen und traditionellen Kontext geknüpft sind.
2. Durch die Festlegung des Endpunktes reduzieren sich die zahllosen Möglichkeiten, aus denen akzeptable Erzählungen entstehen können. Eine Erzählung wird dann zur verständlichen Geschichte, wenn inhaltliche Details einen Sinnbezug zum Ziel herstellen und das Ziel damit erreichbar, wichtig, wahrscheinlich oder

#### Anzeige

## Psychotherapie-Ausbildung

für Dipl.-Psych., Dipl.-Päd. und Dipl.-Soz.-Päd. in analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Verfahren für Kinder und Jugendliche

## Psychotherapie-Weiterbildung

für den KJP-Fachkundenachweis in psychodynamischen Verfahren

## Ärzte-Zusatz-Weiterbildung

in Psychoanalyse und Psychotherapie für Kinder und Jugendliche nach der Ausbildungsordnung für die ärztliche Zusatz-Weiterbildung

### IPR-AKJP

Staatlich anerkanntes Institut für Aus- und Weiterbildung  
in Psychoanalyse und Psychotherapie für Kinder und Jugendliche  
im Rheinland e.V. Köln

#### Kontakt

IPR-AKJP, Auf dem Römerberg 4, D-50968 Köln  
Tel. 0221/4009717, Fax: 0221/4009819, Email: IPR-AKJP@t-online.de

anschaulich machen. Nicht alles, was geschieht, kann also auch erzählt werden. Erzählt wird in erster Linie, was für den Schluss einer Geschichte tatsächlich relevant ist.

3. Die ausgewählten inhaltlichen Details werden dann in eine wohlgeordnete Gliederung gebracht. Gergen nennt als gängigstes Beispiel die linear zeitliche Abfolge.
4. Die in Erzählungen vorkommenden Personen erhalten meist stabile Charaktere bzw. zuverlässige Identitäten. Zum Beispiel würden in Erzählungen einem Protagonisten, der Gutes tut und Gutes auf sich hält, kaum böse Absichten unterstellt werden, er würde kaum als Zweifler beschrieben.
5. Erzählungen liefern immer auch Erklärungen. Es sind die ausgewählten und kausal miteinander verbundenen Ereignisse bzw. Details einer Erzählung, die Umstände verdeutlichen und damit Erklärungen abgeben.
6. Es werden Begrenzungszeichen in Erzählungen gesetzt, um Anfang und Ende einer Erzählung zu markieren, zum Beispiel »Das hat sich wie folgt zugetragen: ...«. Gergen sieht in solchen Begrenzungszeichen Erzählkonventionen, die ein Gefühl von Gerichtetheit von Lebensereignissen bzw. ein Gefühl von Kohärenz erzeugen. Damit erhält das Leben Sinn, und Geschehnisse eine Bedeutung. Erzählkonventionen sind kulturell verankert, d.h. bestimmte Erzählformen sind in einer Kultur weit verbreitet.

Polkinghorne (1998, S. 16f.) versteht die Erzählung als eine Art kognitive Strukturierung: Ereignisse werden in einen Bedeutungsrahmen platziert, der sich dann beim Erzählen offenbart. Es ist sozusagen der Tenor, der Ereignissen ziel- bzw. endpunktbezogen einen übergeordneten Sinn verleiht. Somit werden schließlich der Ausgang einer Geschichte und die darin vorkommenden Ereignisse im Wesentlichen immer von ErzählerInnen bestimmt.

Anhand der strukturellen Merkmale von Erzählungen bilden sich Grundformen heraus. Gergen (1998, S. 178ff.) differenziert drei Grundformen von Erzählungen:

1. Stabilitätserzählungen: Sie vermitteln bzw. suggerieren, dass das Leben weitergeht, ohne wesentlich schlechter oder besser zu werden. Die Handlungen solcher Erzählungen haben demnach immer einen linearen Charakter und sind stabil.
2. Progressive und regressive Erzählungen: Progressive Erzählungen sind beispielsweise Erfolgsgeschichten – sie vermitteln einen Verbesserungsprozess, in zeitlicher Abfolge werden also die ausgewählten inhaltlichen Details bzw. Ereignisse zunehmend positiver. Ziel bzw. Endpunkt

solcher Erzählungen ist der Gipfel eines schönen Zustandes bzw. der Erfolgsrekord, der kaum übertroffen werden kann.

3. Regressive Erzählungen: Sie beschreiben Verschlechterungs- bzw. Abstiegsprozesse und enden in einem meist höchst unerwünschten Zustand.

Innerhalb komplexer Geschichten können sich verschiedene Grundformen aneinanderreihen und damit episodisch wechseln. Eine Liebesgeschichte besitzt beispielsweise einen progressiven Charakter. Die sich daran anschließende Tragödie, bei der ein Protagonist tödlich verunglückt, wechselt hin zu einer regressive Erzählung (ebd., S. 180).

### Erzählen als soziales Phänomen

Erzählungen als sprachliche Phänomene sind zugleich soziale Phänomene. Ausgehend davon, dass es sich bei ihnen um strukturierte und damit konstruierte Ereignisdarstellungen handelt, kann ein Blick darauf verwandt werden, welche inhaltlichen Details von ErzählerInnen ausgesucht und dann vermittelt wurden. Diese Details gründen auf Erfahrungswerten bzw. Prägungen der ErzählerInnen und besitzen damit einen hohen Grad an subjektiver Wirklichkeit. Sie geben zudem einen aktuellen Stand der Dinge wieder (Gergen, 1998, S. 184).

Es ist weiterhin zu berücksichtigen, welche Grundform(en) die ErzählerInnen für ihre Geschichte(n) wählen, denn die drei Grundformen haben unterschiedliche soziale Werte. So zeugt beispielsweise eine Stabilitätserzählung von erfolgreichem Aushandeln des sozialen Lebens und kennzeichnet überdauernde kohärente Identitätsanteile bei den ErzählerInnen (ebd., S. 185). Als Beispiel kann der erzählte Verlauf einer langjährigen *stabilen* Ehe genannt werden, die, trotz erlebter Höhen und Tiefen, nie grundsätzlich in Frage gestellt wurde. Eine progressive Erzählung hingegen deutet auf ganz andere Zusammenhänge hin: So zeugt eine berufliche Erfolgsgeschichte eher von Entwicklungs-, Veränderungs- oder Verbesserungsstreben der ErzählerInnen. Leidensgeschichten schließlich gleichen den regressive Erzählungen. Sie vermitteln in der Regel negative Prognosen und fordern nicht selten Mitgefühl und Anteilnahme oder sogar Hilfe vom Zuhörer ein (ebd., S. 186).

Erzählungen handeln davon, was Menschen erleben und was sie tun. Bruner (1998, S. 55) geht davon aus, dass Akteure in einer Erzählung niemals rein zufällig handeln, sondern immer in Abhängigkeit maßgeblicher

Überzeugungen, Wünsche, Werte oder beabsichtigter Zustände des Erzählenden. Für ihn sind demnach die Erzähl-inhalte also auch aus sozialer Sicht relevant: Sie geben Aufschluss über die Gründe des Tuns und Handels von ErzählerInnen (ebd., S. 56).

### Interaktion und Identitätsarbeit

Gewöhnlich ist der Zuhörer von Erzählungen nie ausschließlich ein Forscher, der Inhalte und Strukturen von Erzählungen subjektiv beobachtet und analysiert. Erzählungen wirken interaktiv. »Kollektives Wissen, kulturelle Werte, Erfahrungen und Traditionen werden narrativ vermittelt. Individuelle Erfahrungen und Anliegen artikulieren sich im narrativen Modus. Rezipienten kollektiver und individueller Erzählungen lassen sich narrativ verwickeln, erhalten, ohne dabeigewesen zu sein, Zugang zur individuellen Mentalität der erzählenden Person.« (Swita, 2007, S. 36)

Narrative Prozesse stimulieren die Identitätsbildung bzw. Identitätsarbeit der ErzählerInnen. Durch Auswahl und Strukturierung der selbst erlebten Ereignisse offenbart sich ein Stück Selbstkonzept. Die Erzählformen betrachtet Gergen (1998) als wichtigstes Mittel der Selbstdarstellung. Zu der Auffassung, ein »individuiertes Selbst mit bestimmten Eigenschaften und der Fähigkeit zu selbstreferenziellem Verhalten« (ebd., S. 189) zu sein, gelangt man nur über das Medium des sprachlichen Diskurses.

Biografische Narrationen sind nach Straus und Höfer (1997, S. 297) Erzählungen, die sowohl Bezug zu verschiedenen Lebenswelten als auch zum biografischen Verlauf herstellen. Sie haben wesentlichen Anteil an der Bildung von Identitätskernen. Sowohl Polkinghorne (1998, S. 12-45) als auch Straub (1998, S. 81-169) resümieren, dass lebensgeschichtliches Erzählen personales Selbstverständnis, Identitätsbildung und -stabilisierung sowie Sinnstiftung schafft.

Lucius-Hoene (2000) verwendet als Ärztin und Rehabilitationspsychologin bei der Arbeit mit chronisch Kranken oder Behinderten narrative Interviews und legt großen Wert auf den Erzählprozess. Sie beschreibt, anhand der Erzählprozesse an der Alltagswelt von Patienten gut anknüpfen zu können: Patienten werden in die Position von Experten ihrer Lebensgeschichte versetzt – eine Situation, die die Erzählbereitschaft steigert (ebd., S. 3). Lucius-Hoene arbeitet zwei wesentliche Effekte heraus, die sich durch das Erzählen einstellen (ebd., S. 5):

1. Patienten arbeiten während des Erzählens an ihrem Selbstkonzept (Identitätsarbeit). Geschehnisse werden biografisch eingeordnet und identitätsstiftend verarbeitet. Hierin sieht Lucius-Hoene Bewältigungsleistungen, die den Patienten Wohlbefinden verschaffen.
2. Die Erarbeitung der biografischen Dimension setzt eigentheoretische und autoepistemische Prozesse in Gang. Das Erzählen erzeugt automatisch einen Erkenntnisprozess über sich selbst und fördert damit bisher unberücksichtigte Erinnerungen und Erkenntnisse zu Tage.

### Zusammenfassung

Erzählungen bedürfen einer Struktur. Als ErzählerIn verschiedene Strukturmerkmale von Erzählungen anzuwenden, gleicht kognitiven Strukturierungen, die Geschehnissen bzw. Ereignissen einen Bedeutungsrahmen verleihen.

Bei den einzelnen Merkmalen fallen Parallelen zur subjektorientierten Analyse (Analyse der Biografie) auf: So wird bei Erzählungen ein Zeithorizont hergestellt, der an Ereignisse (Knoten) geknüpft ist.

Drei dargestellte Grundformen von Erzählungen können miteinander verknüpft werden. Dadurch besitzen Geschichten einen kontinuierlichen und diskontinuierlichen Charakter zugleich.

Erzählungen müssen auch als soziale Phänomene angesehen werden. In der Regel fühlen sich Zuhörer in die Erzählungen ein und lassen sich verwickeln, Erzählungen wirken somit interaktiv. Hierbei geraten ErzählerInnen in die Situation von SelbstreferentInnen bzw. SelbstdarstellerInnen. Es findet damit ein Prozess der Erkenntnisgewinnung über sich selbst statt. Dies schafft für den Zuhörer wiederum Einblick in Selbstkonzept bzw. Identität der ErzählerInnen.

Aufgrund der interdisziplinären Forschungsergebnisse über Erzählungen, die in Psychologie bzw. Psychotherapie anerkannt sind und verwendet werden, hat sich ein spezieller fachlicher Zweig innerhalb der Gerontologie herausgebildet, nämlich die Narrative Gerontologie.

### Narrative Gerontologie

Kommunikation im Alter wird erst seit wenigen Jahren untersucht. Es ist die Rede von der *narrativen Wende*, mit der das Wachsen des sozialwissenschaftlichen Forschungsinteresses in den letzten 20 Jahren gemeint ist (Herman, 2007, S. 8).

Hauptsächlich unter Psychologen hat sich die Fachdisziplin Narrative Gerontologie herausgebildet. Im Gegen-

satz zur Gerontologie und Gerontopsychologie, die eher die äußeren Aspekte von Alternsprozessen oder deren Verhaltensaspekte untersuchen, bleiben die inneren Aspekte nahezu unerforscht (ebd., S. 12f.).

Die Narrative Gerontologie erweitert die Gerontologie um die postmoderne Einsicht, dass alles Wissen metaphorisch, historisch und kontextuell sei, und benutzt so das Narrative nicht nur als bloßen Zugang zu subjektiven Daten oder Aspekten des Alterns (ebd., S. 13; vgl. auch Kenyon, 1999, S. 42).

Dabei werden verschiedene Konzepte bzw. Methoden angewendet, um Erzählungen zu stimulieren. Narrative Interviews (sie zählen zugleich zu den qualitativen Forschungsmethoden) und Biografiearbeit können hier genannt werden (zur Analyse von Erzähltem vgl. Boothe, 2007, S. 89-118; Swita, 2007, S. 33-57).

### Diagnostisches Arbeiten in der Klinischen Sozialarbeit

#### Horizontbestimmung

Es verbleibt zu klären, inwieweit das Erzählen im Alter eine Anwendung in der Praxis der Klinischen Sozialarbeit findet bzw. finden kann. Im vorliegenden Artikel ist der Blick speziell auf das diagnostische Arbeiten gerichtet. Daher folgt zunächst eine entsprechende Horizontbestimmung.

Wie bereits in der Einleitung angemerkt wurde, hat das diagnostische Arbeiten im Kontext Sozialer Arbeit mehr Funktionen als nur die Datenerhebung. Es ist als Prozess zu erkennen, in dem Beziehungs- und Bewältigungsarbeit sowie Erkenntnisgewinn hinsichtlich sozialer Probleme stattfindet. Pauls (2004, S. 205f.) hält die psychosoziale Diagnostik für notwendig, weil sich daran das weitere Vorgehen in Hilfeprozessen ableiten und begründen lässt. Darüber hinaus jedoch sieht er in der psychosozialen Diagnostik eine bedeutsame Funktion für die KlientInnen selbst. Sie erhalten dadurch einen besseren Einblick in die Zusammenhänge zwischen ihren Problemen, ihrer Lebenslage bzw. -situation, ihren Beziehungen und ihrem Verhalten und Erleben. Diagnostisches Arbeiten in der Sozialen Arbeit sollte laut Pauls zweierlei leisten: Datenerhebung wie auch Selbsterkenntnisprozess.

#### Dialogische Diagnostik

Röhs (2008) Konzept und Methodik sozialarbeiterischer Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit soll hier etwas de-

taillierter dargestellt werden. Er greift zunächst den von Alice Salomon geprägten Terminus *Soziale Diagnose* auf, die er vor dem gegenwärtigen Hintergrund fachlich sehr umfangreicher Diskurse als *Dialogische Diagnose* versteht (ebd., S. 35).

Zentraler Bestandteil der Dialogischen Diagnose ist die Kommunikation zwischen KlientInnen bzw. PatientInnen und Sozialarbeitern. Dadurch ist ein Interaktionsprozess möglich, der KlientInnen am Hilfeprozess umfassend teilhaben lässt. Diagnosen sind somit als Angebot zu formulieren und mit KlientInnen und dem weiteren Hilfesystem auszuhandeln. Dies schafft zumeist Kooperationsbereitschaft bei KlientInnen.

Beim Sammeln und Erheben von Informationen über sie versteht Röh (ebd., S. 39f.) die KlientInnen immer als Personen in ihren Umweltbezügen (person-in-environment) und als bio-psycho-soziale Wesen, die auf allen Ebenen (biologisch, somatisch, psychosozial) durch ein soziales Problem betroffen sind.

Bei den Interaktionsprozessen ist immer wieder der Blick auf den Lebenskontext der KlientInnen, deren Lebenslage und Umfeld zu richten. Eine Diagnose zu fällen, die nur persönlichen Defizite des Individuums hervorhebt und letztlich den Einzelnen als Selbstversucher seiner problematischen Situation reduziert, wäre ethisch unverantwortlich. »Eine soziale Diagnose braucht ein bio-psycho-soziales Problemverständnis und ein Person-Umwelt-Verständnis, welches die Interaktion der Menschen mit dem sie umgebenden Kontext berücksichtigt und dabei sowohl Risiken als auch Ressourcen in Betracht zieht.« (ebd., S. 47).

#### Falleinschätzung im Systemischen Case Management

Im Systemischen Case Management wird das diagnostische Arbeiten (die Falleinschätzung) in zwei Bereiche unterteilt:

1. Die Anamnese mit der phänomenalen Fragestellung: Was war und was ist? Hierbei soll der Lebenskontext von KlientInnen erörtert werden. Dieser Vorgang wird *Kontextualisierung* genannt und soll einen Erklärungs- und Bedeutungsrahmen hinsichtlich des Handelns und Verhaltens von KlientInnen liefern.
2. Die Diagnose mit der kausalen Fragestellung: Warum ist das so? Hierbei werden Hypothesen gebildet, die Erklärungsversuchen für Probleme von KlientInnen gerecht werden sollen. Sie dürfen nicht monokausal sein, sondern sollen vielmehr alle verschiedenen Ebenen, auf denen

die soziale Problematik symptomatisch wirkt, beleuchten und analysieren (Haye & Kleve, 2006, S. 104-112). »Hypothesen sollen beziehungs-dynamisch formuliert werden. ... Hypothesen sollten erklären, wie, d.h. aufgrund welcher Annahmen, Modelle, Sichtweisen, kurz: »inneren Landkarten« der KlientInnen, Probleme zustande kommen bzw. aufrecht erhalten werden. ... Hypothesen sollten relevante Ereignisse in den Blick bringen, die das Problem möglicherweise bedingen könnten.« (ebd., S. 112ff.).

## Fazit

Bei der Diagnostik in der Sozialen Arbeit spielen zwei Analyseperspektiven eine entscheidende Rolle: Die *äußere Analyseperspektive* kann z.B. in Form eines chronologisch geordneten Lebenslaufes erbracht werden. Solche Darstellungen eignen sich beispielsweise für die Erhebung objektiver Grunddaten von KlientInnen. Diese Perspektive allein ist im Sinne der Dialogischen Diagnose allerdings nicht ausreichend, da hierbei persönliche (Be-)Wertungen von Lebensereignissen, subjektiver Impetus und individuelle Wirklichkeitskonstruktionen nahezu unberücksichtigt bleiben. Sie kommen erst durch die *subjektorientierte Analyseperspektive* zum Vorschein und werden durch das Erzählen erbracht. Dabei werden KlientInnen in die Position von Experten über ihre Lebensgeschichte versetzt. Es handelt sich hier um ein Grundprinzip der Dialogischen Diagnose, weil einerseits der Zugang zu KlientInnen erleichtert und andererseits dem Anspruch eines respektvollen und verstehensorientierten Umgangs Rechnung getragen wird. Des Weiteren stellen die (Be-)Wertungen wichtiger Lebensereignisse und die daraus resultierende Identitätsarbeit eine bedeutende Grundlage für das dialogische Aushandeln im diagnostischen Prozess dar.

Die *kognitive Strukturierung*, d.h. die Auswahl des Endpunktes einer Geschichte sowie persönlich bedeutsamer Lebensereignisse und Details für eine Erzählung verschafft dem Lebensverlauf Sinn und Gerichtetheit, und sie beinhaltet Erklärungen vom aktuellen Stand der Dinge. Aus Sicht des Systemischen Case Management sind hierin die »inneren Landkarten« von KlientInnen zu sehen. Bei der Hypothesenbildung für die Falleinschätzung sollten sie beachtet werden.

Die Grundform als Tenor einer Erzählung macht deutlich, wie Erzähle-

rInnen »die Welt sehen« und wie sie geneigt sind, retrospektiv Wirklichkeitskonstruktionen anzulegen (z.B. das Leben als Verlust- und Leidensgeschichte und damit als Regressions-erzählung). Zudem gelten Erzählungen immer auch als Erklärungen über persönliche Lebensumstände und Lebensphasen. Hierbei offenbaren sich vielerlei Aspekte hinsichtlich des Lebenskontextes von ErzählerInnen, die wiederum Antworten auf die im Systemischen Case Management gestellte phänomenale Frage *Was war und was ist?* geben.

Das biografische Erzählen im Alter ist ein Interaktions- und Verstehensprozess und damit ein sozialer Prozess. In dieser Hinsicht kann er sogar als psychosozialer Genesungsprozess verstanden werden, weil er das Wohlbefinden steigert. Durch das Erzählen wird Bewältigungsarbeit geleistet, erst das Erzählen ermöglicht es ErzählerInnen, »schwere Zeiten« im Leben als explizit schwierige Lebensphasen einzuordnen, um dann Selbsterkenntnisse abzuleiten. Gleiches gilt natürlich auch für die angenehmen Lebensereignisse. Diese Selbsterkenntnisse können auch als Hypothesen gewertet werden (Beispiel: »Ich hatte eben nie so etwas wie Familie...«). Solche Selbsterkenntnisse geben Antworten auf die im Systemischen Case Management gestellte kausale Fragestellung *Warum ist das so?* Es muss also davon ausgegangen werden, dass Hypothesen immer in Anlehnung an relevante Lebensereignisse gebildet werden. Insofern liegt es nahe, Erzählsituationen zu stimulieren, um diagnostisch zu arbeiten.

Schließlich kann hinsichtlich aller verschiedenen Ebenen die eingangs dargestellte These bestätigt werden: Das biografische Erzählen im Alter kann als subjektiv kognitiver Strukturierungsprozess und zugleich als Interaktions-, Verstehens- sowie Erkenntnisprozess sehr wohl dem diagnostischen Arbeiten in der Klinischen Sozialarbeit Vorschub leisten. Allerdings sollte das biografische Erzählen im Alter unbedingt vor dem zu Anfang dargestellten entwicklungspsychologischen Hintergrund geschehen, denn nur dadurch kann dem Erzählen auch tiefere Bedeutung beigemessen werden. Somit liefern Erzählungen einerseits zahlreiche Informationen über den individuellen Lebenskontext von KlientInnen. Andererseits wird durch das Erzählen der aktuelle Stand bezüglich der Bewältigung der psychosozialen bzw. der entwicklungspsychologi-

schen Problematik klarer. Als wichtiges Beispiel kann hier die mentale Auseinandersetzung mit dem somatischen Alternsprozess genannt werden. Das Erzählen gilt damit als Ressource, die es zu nutzen und zu fördern gilt.

## Literatur

- Bruner, J. (1998). Vergangenheit und Gegenwart als narrative Konstruktionen. In J. Straub (Hrsg.), *Erzählung, Identität und historisches Bewusstsein. die psychologische Konstruktion von Zeit und Geschichte* (S. 46-80). Frankfurt: Suhrkamp. (Erinnerung, Geschichte, Identität. 1.)
- Erikson, E. H. (1966). *Theorie 2: Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt: Suhrkamp. (Amer. Original erschienen 1959.)
- Gergen, K. (1998). Erzählung, moralische Identität und historisches Bewusstsein. Eine sozialkonstruktivistische Darstellung. In J. Straub (Hrsg.), *Erzählung, Identität und historisches Bewusstsein. die psychologische Konstruktion von Zeit und Geschichte* (S. 170-202). Frankfurt: Suhrkamp. (Erinnerung, Geschichte, Identität. 1.)
- Haye, B. & Kleve, H. (2006). Systemische Schritte helfender Kommunikation. Sechs-Phasen-Modell für die Falleinschätzung und die Hilfeplanung. In H. Kleve, B. Haye, A. Hampe-Grosser & M. Müller, *Systemisches Case Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit mit Einzelnen und Familien – methodische Anregungen* (S. 111–135). Aachen: Kersting.
- Herman, M.-L. (2007). Narrative Gerontology. Ein Literatur- und Forschungsbericht. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 1, 7-32.
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2006). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. München: Reinhardt.
- Lucius-Hoene, G. (2000). Konstruktion und Rekonstruktion narrativer Identität. Forum Qualitative Sozialforschung [Online-Journal]. Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1087/2378> [16.12.2008].
- Kenyon, G. M., Ruth, J.-E. & Mader, W. (1999). Elements of a narrative gerontology. In V. L. Bengston & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 40-58). New York: Springer.
- Maercker, A. (2002). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin: Springer.
- Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa.
- Polkinghorne, D. (1998). Narrative Psychologie und Geschichtsbewusstsein. Beziehungen und Perspektiven. In J. Straub (Hrsg.), *Erzählung, Identität und historisches Bewusstsein. Die psychologische Konstruktion von Zeit und Geschichte* (S. 12-45). Frankfurt: Suhrkamp. (Erinnerung, Geschichte, Identität. 1.)
- Röh, D. (2008). Konzept und Methodik sozialarbeiterischer Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit. In K. Ortman & D. Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Konzepte. Praxis. Perspektiven* (S. 35-50). Freiburg: Lambertus.
- Straus, F. & Höfer, R. (1997). Entwicklungslinien alltäglicher Identitätsarbeit. In H. Keupp & R. Höfer (Hrsg.), *Identitätsarbeit heute. Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung* (S. 270-303). Frankfurt: Suhrkamp.
- Swita, K. (2007). Narrative Gerontology: Eine Interviewstudie. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 1, 33-57.



# Darstellung sozialer Arbeit im Rahmen des geriatrischen Qualitätssicherungsprojekts GiB-DAT und im Klinikum Bayreuth

Thomas Tümena und Dietrich de Fallois

Mit freundlicher Unterstützung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen sowie der Bayerischen Landesstiftung konnte im Jahr 2000 ein Qualitätssicherungsprojekt für die geriatrische Rehabilitation in Bayern gestartet werden. Das Konzept der Geriatrie in Bayern-Datenbank (GiB-DAT) besteht darin, Behandlungsdaten aus möglichst allen geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Bayern zentral zu sammeln und auszuwerten. Zum einen werden vergleichende Statistiken berechnet, mit deren Hilfe sich eine einzelne Einrichtung mit dem Durchschnittswert aus allen Einrichtungen vergleichen kann. Sie kann damit Rückschlüsse über Besonderheiten und/oder verbesserungswürdige Punkte ziehen. Zum anderen dienen die Daten der gemeinsamen Darstellung geriatrischer Inhalte in der Öffentlichkeit und gegenüber Kostenträgern. Ferner erlaubt GiB-DAT auch die Beantwortung wissenschaftlicher Fragestellungen und stellt eine Basis für weitergehende Forschungsvorhaben dar.

Das Projekt, das von der Ärztlichen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern e.V. (AFGiB e.V.), einem Verein leitender geriatrisch tätiger Ärzte, initiiert und getragen wird, war so erfolgreich, dass es sich seit Ablauf der Förderung im Jahr 2003 durch Teilnehmerbeiträge der Kliniken finanzieren kann und mit seinen über 230.000 Datensätzen mittlerweile die europaweit größte Datenbank für die geriatrische Rehabilitation darstellt (Trögner et al., 2006).

## Aspekte klinischer Sozialarbeit im Qualitätssicherungsprojekt GiB-DAT

Dem Verständnis der Geriatrie entsprechend, das den Erfolg von Rehabilitationsbemühungen als Ergebnis eines interdisziplinären Zusammenwirkens begreift, finden sich in GiB-DAT keine Items, die sich bestimmten Berufsgruppen direkt zuordnen lassen. Es werden vielmehr Assessments zu bestimmten Funktionen erhoben, wie etwa zur Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition

oder emotionalen Befindlichkeit. Ein Behandlungserfolg wird dabei auch aus dem Vergleich zwischen Aufnahme- und Entlassungswert abgeleitet (z.B. Veränderung im Barthel-Index oder Stabilität in der Wohnsituation).

Im Datensatz findet sich auch ein Instrument zur Abbildung einer globalen klinischen Einschätzung des Patienten über den gesamten Behandlungsverlauf. In dieser eigens entwickelten 4D+S-Skala werden die Bereiche Demenz, Depression, Dysphagie (Schluckstörung) und Dysphasie (Sprachstörung) in den Abstufungen nein – leicht – mittel – schwer eingeschätzt. Das »S« steht für soziales Problem und steht lediglich in den Abstufungen nein – ja zur Verfügung.

Die Bewertung »ja« soll immer dann abgegeben werden, wenn der Sozialdienst außerhalb eines ggf. routinemäßig erhobenen Screenings tätig werden musste; auch wenn es sich dabei lediglich um die Hilfe beim Ausfüllen eines Antrags handelte.

Der Umstand, dass eine weitere Differenzierung unterblieb, macht deutlich, dass die Quantifizierung eines sozialen Problems schwierig ist: An welchen Kriterien sollte man festmachen, ob das Ausmaß des sozialen Problems und damit ggf. der Umfang sozialpädagogischen Tätigwerdens nur leicht, mittelgradig oder gar schwer einzustufen ist.

Zwar lässt sich an dem »S« die an sich nicht weiter erstaunliche Tatsache belegen, dass mit zunehmender Erkrankungsschwere auch der Sozialdienst häufiger eingeschaltet wird. Ein Benchmarking ist damit jedoch kaum möglich.

Bereits früh war von GiB-DAT-Initiatoren diskutiert worden, ob Art und Anzahl durchgeführter Therapien in die zentrale Datensammlung aufgenommen werden sollten. Auf diese Weise hätte die Häufigkeit sozialdienstlicher Kontakte in die vergleichenden Analysen mit herangezogen werden können

Dieser Ansatz wurde jedoch verworfen, da Therapiehäufigkeiten nur in Verbindung mit Minutenwerten und einem gemeinsamen Leistungskatalog einrichtungsübergreifend sinnvoll analysiert

werden können. Unserer Erfahrung nach besteht Sozialarbeit in der Geriatrie häufig aus einer Vielzahl kurzer, aber entscheidender Kontakte, die als solche schwierig quantifizierbar sind.

## Entwicklung spezifischer Inhalte der Sozialdienste in der geriatrischen Rehabilitation

Aus dem Bestreben heraus, das Wirken der eigenen Berufsgruppe transparenter und ggf. vergleichbar zu machen, formulierte der Arbeitskreis der Sozialdienste Geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen in Bayern (AK So-GeRe) Inhalte, die ihren Niederschlag in Form zweier berufsspezifischer Masken innerhalb der Dokumentationssoftware GERIDOC fanden (vgl. Tümena et al., 2009). Diese Software wurde ursprünglich zur Erfassung der GiB-DAT-Items entwickelt, geht jedoch mittlerweile weit darüber hinaus.

Die Sozialdienste in den bayerischen Rehabilitationen nutzen in GERIDOC dabei vor allem die Möglichkeit, verschiedenste Anträge aus dem System teilausgefüllt zu generieren, was im klinischen Alltag eine deutliche Arbeitserleichterung mit sich bringt. Bewährt hat sich zudem die Möglichkeit, zu jedem Behandlungsfall eine kurze Zusammenfassung hinterlegen zu können, die anschließend automatisch im Arztbrief erscheint. Damit bietet sich die Chance, das Wirken sozialpädagogischen Handelns auch gegenüber Dritten, insbesondere dem Hausarzt, transparenter darzustellen. Da die Formulierung von den Sozialpädagogen selbst vorgenommen wird (unterstützt durch zahlreiche Features, wie z.B. Rechtschreibkontrolle oder Textbausteine), kann sie in einer fachlich exakten Sprache erfolgen, ohne Gefahr einer Verfälschung durch Dritte. Gleichzeitig entlastet sie den Stationsarzt, der den Text allenfalls korrigieren, nicht aber gänzlich neu formulieren muss.

Die berufsspezifischen Masken bewirkten unserer Erfahrung nach eine strukturierte Darstellung der Inhalte sozialer Arbeit sowie die Entwicklung eines Screening-Bogens »Soziales Assess-

ment«, das als Standardinstrument in den geriatrischen Rehabilitationen in Bayern verbreitet ist.

### Fachabteilungsübergreifende Darstellung sozialer Arbeit im Klinikum Bayreuth

Im Klinikum Bayreuth, einem Akutkrankenhaus der Maximalversorgung, wurde vor kurzem im Zuge einer Erweiterung des Sozialdienstes um mehrere Mitarbeiter mit dezentral gelegenen Büros GERIDOC speziell für dieses Tätigkeitsfeld konfiguriert.

Die oben beschriebene gemeinsame Falldokumentation wurde dabei gegenüber den geriatricspezifischen Inhalten deutlich verkleinert.

Erfasst werden neben Stammdaten (Name, Wohnort, Krankenkasse, Diagnosen etc.), die über eine Schnittstelle in das System importiert werden: Zuständige/r SozialdienstmitarbeiterIn; Beratung: grobe Kategorisierung der Inhalte der Beratungstätigkeiten. Dabei können mehrere Einträge vorgenommen werden. Beispiele: Kostenklärung, medizinische Rehabilitation, nachstationäre Versorgung; Vermittlung: grobe Kategorisierung der Vermittlungstätigkeit wie z.B. Kurzzeitpflege, Betreuung, Rehabilitation, ambulante Hilfen – auch hier sind Mehrfachnennungen möglich; Fachabteilung; ggf. nachfolgende Rehabilitationseinrichtung; ggf. Beginn der Rehabilitationsmaßnahme.

Daneben wird jeder Kontakt, der im Zuge der Fallbearbeitung mit Dritten oder PatientIn/KlientIn stattfindet, dokumentiert. Im Vertretungsfall erlaubt dies den KollegInnen, sich unmittelbar über den aktuellen Stand zu informieren ohne Bezugnahme auf eine entfernt gelagerte Patientenakte (vgl. Abb. 1).

Obwohl technisch möglich, werden die Einzelkontakte nicht mit Minutenwerten hinterlegt – eine genaue Erfassung ist zu aufwendig und wird auch aus grundsätzlichen Überlegungen heraus für nicht sinnvoll gehalten.

Über die Schaltfläche »Übers.« können alle Termine und Bemerkungen auf einen Blick eingesehen werden. An dem Fall waren zwei Mitarbeiter beschäftigt – »Fleißig« und am 08.05. einmal »def«. Die Kontakte können Kategorien zugeordnet werden, in den Bemerkungen stehen Textbausteine zur Verfügung.

Intensivere Diskussionen ergaben sich innerhalb des sozialpädagogischen Teams bezüglich der Frage, auf welche Weise die zu einem Zeitpunkt gültige Fallzahl als Marker für die Auslastung der MitarbeiterInnen ermittelt

Tag	Datum	Zeit	Therapie	Ein.	a Min.	Mitarb.
Mittwoch	06.05.2009	14:15	Soz.-päd.	1	0	Fleißig
Donnerstag	07.05.2009	09:30	Soz.-päd.	1	0	Fleißig
Freitag	08.05.2009	08:00	Soz.-päd.	1	0	def
Freitag	08.05.2009	08:30	Soz.-päd.	1	0	Fleißig

Info von Station: Knie-TEP, OP 06.05.09 AHB einleiten.

Th.: << < > >> Druck Berufsgr. 98: Pat 99:Th.

Neu Lösch Sortierung: aufsteigend abst.

Pat.: << < > >> Ordnung: NAME\_AKTIV Suche: Schließen

Abb. 1: Beispieldokumentation der Einzelkontakte zu einer (fiktiven) Patientin im Dokumentationsprogramm GERIDOC

werden soll. Sowohl Aufnahme- wie auch Entlassungsdatum eignen sich hierfür nicht als Stichtag (häufig wird die Sozialarbeit erst nach längerem Krankenhausaufenthalt eingeschaltet, oder die PatientInnen haben kein Entlassungsdatum, weil sie immer wieder mal einen Tag zur ambulanten Behandlung erscheinen). Schließlich wurde das Datum des ersten Kontakts mit dem Sozialdienst als am besten hierfür geeignet befunden.

### Diskussion

Für eine Einschätzung von Ergebnisqualität eignen sich sowohl die Angaben aus den berufsspezifischen Masken als auch die Analyse der Häufigkeit von Einzelkontakten nur wenig.

Auch als Instrument, die Auslastung von Sozialdienstmitarbeitern über verschiedene Fachgebiete hinweg gleichmäßig zu verteilen, können sie allenfalls ergänzend dienen. Hier besteht auch die Gefahr, Ängste unter den KollegInnen vor einem vermeintlich schlechten Abschneiden hervorzurufen.

Das Item soziales Problem aus der 4D+S-Skala, das im Rahmen des GiB-DAT-Projekts bayernweit in 90% der geriatrischen Rehabilitationen erhoben wird, gibt lediglich Auskunft über ein PatientInnenmerkmal (nämlich über das Vorhandensein eines sozialen Problems), nicht aber über die Qualität dessen Bearbeitung. Ebenso ist seine Lösung von zahlreichen externen Faktoren abhängig, die von der Klinischen Sozialarbeit gar nicht beeinflussbar sind.

Die bisher beschrifteten Wege der Dokumentation und Darstellung sozialer Arbeit haben sich nach unseren Erfahrungen dennoch bewährt – sowohl im Feld geriatrischer Rehabilitation als auch im Rahmen von Sozialarbeit innerhalb von Akutkrankenhäusern.

Die Vorteile sind in einer Steigerung der Prozessqualität zu finden: Routineaufgaben wie die Erstellung diverser Anträge können rascher abgewickelt werden, die Dokumentation der Einzelkontakte erleichtert Vertretungen enorm und trägt zu einer Effektivitätssteigerung des gesamten Sozialdienstes bei.

Die berufsspezifischen Masken wie auch die Zusammenfassungen für den Arztbrief machen sozialpädagogisches Handeln Dritten gegenüber transparenter und stärken dessen Ansehen.

Nicht zuletzt bewirkt der Aufbau gemeinsamer Dokumentationsformen fruchtbare Diskussionen innerhalb der Berufsgruppe, die nicht nur dazu beitragen, Abläufe zu verbessern, sondern auch positive Auswirkungen auf das generelle Selbstverständnis Klinischer Sozialarbeit erwarten lässt.

### Literatur

- Trögner, J., Tümena, T., Schramm, A., Sieber, C. & GiB-DAT-Gruppe (2006). Geriatrie in Bayern-Datenbank (GiB-DAT). Konzept, Struktur und Ergebnisse der Implementation (Teil I). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2), 126-133.
- Tümena, T., Trögner, J. & GiB-DAT-Gruppe (2009). Aufbau einrichtungsübergreifender Forschungssysteme und Dokumentationssysteme - Chancen und Probleme. In: S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg), *Klinische Sozialarbeit. Forschung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag. (im Druck).

## Berliner Appell 2007: Gesund älter werden in Städten und Regionen

Das Gesunde Städte-Netzwerk beschäftigt sich im Rahmen der Umsetzung seines auf der Mitgliederversammlung 2004 in Halle/Saale verabschiedeten Aktionsprogramms mit den Themenschwerpunkten Kindergesundheit und Gesundheit und Alter. Das Netzwerk richtete im Frühjahr 2007 in Berlin im Rahmen des assoziierten Programms des Bundesministeriums für Gesundheit zur EU-Ratspräsidentschaft ein Symposium aus u.d.T.: Gesund älter werden in Städten und Regionen. PartnerInnen dieser Veranstaltung waren die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Deutsche Städtetag. Auf der Veranstaltung wurde der »Berliner Appell« formuliert. Er soll die Mitgliedskommunen im Netzwerk, aber auch andere interessierte Städte und Kreise dazu bewegen, sich intensiver mit der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen auseinanderzusetzen.

Das Bundesministerium für Gesundheit, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Deutsche Städtetag und das Gesunde Städte Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland haben sich mit dem im Rahmen der EU-Ratspräsidentschaft der Bundesrepublik Deutschland durchgeführten Symposium »Gesund älter werden in den Städten und Regionen« den Fragen von Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen zugewandt.

Die Voraussetzungen für ein gesundes Alter werden bereits in den jungen und mittleren Lebensjahren geschaffen. Ein gesundes Alter benötigt gesundheitsbewusstes Verhalten und ein gesundheitsförderndes Umfeld. Deshalb setzen wir uns dafür ein, den demographischen Wandel in der Gesellschaft mit der Weiterentwicklung der Strukturen und Bedingungen in den Kommunen sowie der Anwendung geriatrischen Wissens in der Bevölkerung zu begleiten. Wir orientieren uns dabei am Internationalen Aktionsplan von Madrid über das Altern von 2002 mit seiner doppelten Zielsetzung: möglichst vielen Menschen ein langes Leben zu ermöglichen und gleichzeitig für die verlängerte Lebenszeit eine hohe Lebensqualität zu erreichen.

Um dieses Ziel zu erreichen, sind zwei Grundsätze von entscheidender Bedeutung:

- ein Verständnis von Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe, die möglichst viele Bereiche von Gesellschaft, Politik und Verwaltung einbezieht sowie
- die systematische Beteiligung der älteren Menschen und ihrer Organisationen an kommunalen Planungs- und Entscheidungsprozessen.

Dazu ist von den derzeitigen Rahmenbedingungen auszugehen:

- In den Einrichtungen der Seniorenarbeit gibt es schon eine Reihe von gesundheitsfördernden Angeboten in den Bereichen Bewegung, Ernährung und soziale Teilhabe. Sie bieten außerdem vielfältige Kooperationsmöglichkeiten für Akteure der Gesundheitsförderung. Viele andere Einrichtungen und Organisationen wie Sportvereine, Volkshochschulen, Kirchengemeinden haben außerdem Angebote für Senioren, die für Gesundheitsförderung und Prävention genutzt werden können. Die Ergebnisse der Studie »Gesundheitsförderung und Prävention – Angebote und Zugangswege auf kommu-

ner Ebene«, die im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vom Deutschen Institut für Urbanistik (difu) im Jahr 2006 durchgeführt wurde, zeigt, dass die Entwicklung und Umsetzung gemeinsamer Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention für viele Sozialverwaltungen und Öffentliche Gesundheitsdienste bisher noch eher selten praktiziert wird.

- Die Gesundheitsförderung und Prävention älterer Menschen ist bislang in vielen Gesundheitsämtern weniger stark verortet als etwa die der Kinder- und Jugendgesundheit. Für die Jahre nach der Lebensmitte gibt es Pflegekonferenzen, Pflegeberatungsstellen oder Pflegeeinrichtungen; Strukturen für die Gesundheitsförderung und Prävention sind dagegen noch zu wenig vorhanden.
- Die genannte BZgA/difu Studie hat ebenfalls gezeigt, dass eine Reihe von Bevölkerungsgruppen durch gesundheitsfördernde Angebote bisher noch nicht erreicht werden konnten, so z.B. schlechter gestellte ältere Menschen, ältere MigrantInnen und insbesondere geschlechtsspezifisch die Männer. Kommunale Gesundheitsberichte haben ebenfalls deutlich gemacht, dass sozial schlechter gestellte Menschen eine schlechtere Gesundheit haben als die Bevölkerungsgruppen, die in wirtschaftlich gesicherten Verhältnissen leben und über einen guten Bildungsstand verfügen.
- Eine geschlechtsspezifische Sichtweise für die Bedürfnisse älterer, aber noch selbständig lebender Menschen ist kaum vorhanden.
- Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen sind Aufgaben für alle Kommunen.
- Es besteht in der Gesellschaft eine hohe Bereitschaft, sich für die eigenen Angehörigen und die im unmittelbaren Umfeld lebenden Menschen zu engagieren. Die große Zahl alleinlebender älterer Menschen, die von ihren Familien und hilfsbereiten Nachbarn unterstützt werden, verdeutlicht dieses Engagement. Es könnte noch ausgeweitet werden, wenn Institutionen, Organisationen und Einrichtungen selbstbestimmte Formen des sozialen Engagements in ihrem Umfeld stärker fördern und dazu geeignete Unterstützungsmaßnahmen anbieten würden.

Im Rahmen ihrer Möglichkeiten sollten auf kommunaler Ebene daher auch die folgenden Handlungsfelder fokussiert werden:

- Gesundheitsförderung und Prävention für älter werdende Menschen, insbesondere für die »jungen Alten« und sozial schlechter gestellten Gruppen, sollten stärker als bisher in das Blickfeld der kommunalen Verantwortung und auch des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gestellt und ressortübergreifend angegangen werden. Eine enge Zusammenarbeit mit der kommunalen Seniorenvertretung und den Einrichtungen der Seniorenarbeit stellt sicher, dass die Angebote, die Interessen und Bedürfnisse älterer Menschen berücksichtigt und mit sozialen, kulturellen und Freizeitangeboten verknüpft werden. Schwerpunkte sind dabei die Bereiche Bewegung, Ernährung und soziale Unterstützung in alters angemessener Aus-

prägung (z.B. Orientierung an Bewegungsfreude, nicht am Leistungssport).

- Die schon vorhandenen Angebote von Gesundheitsförderung und Prävention werden qualitativ und quantitativ weiterentwickelt und ausgebaut. Dabei ist ein vernetztes Handeln der privaten und öffentlichen Träger und Beteiligten anzustreben und zu verstärken. Vernetzte Aktionsformen führen zu besseren Ergebnissen.
- Angebote und Projekte für ältere Menschen werden wohnortnah eingerichtet. Die möglichst leichte Erreichbarkeit erleichtert deren Nutzung. Sie müssen auch für einkommensschwache Gruppen annehmbar sein. Wo nötig und möglich, sind sie um aufsuchende Angebote (z.B. Besuchsdienste) zu ergänzen.
- Eine geschlechtsorientierte Angebotspalette, die sich am Gender Mainstreaming orientiert, ist zu entwickeln.
- Die Dimension der psychischen Gesundheit wird ausdrücklich einbezogen. Dazu gehört auch die Förderung von Kontakten, von sozialer Unterstützung und die Bereitstellung von Strukturen, die alten Menschen bei der Suche nach erfüllenden Beschäftigungen hilft, z.B. durch bürgerschaftliches Engagement, durch Förderung von (freiwilligen) Erwerbs- und Tätigkeitsmöglichkeiten entsprechend den Kompetenzen, durch alternative Wohn- und Lebensformen.
- Gesundheitsförderungskonferenzen – so sie noch nicht etabliert sind – sollen in den Kommunen und Kreisen eingerichtet werden, die Diskussionen und Abstimmungen von Aktivitäten zur Gesunden Stadt systematisch ermöglichen. Die relevanten kommunalen Akteure wirken daran aktiv mit. Die Förderung der Gesundheit älterer Menschen wird in diesen Kooperationsgremien zu einem wesentlichen Thema.
- Die Bereitschaft in der Gesellschaft, sich für die eigenen Angehörigen und die im unmittelbaren sozialen Umfeld lebenden Menschen zu engagieren, wird intensiver unterstützt. Neue Möglichkeiten werden geschaffen und erprobt. Dazu gehören auch unkonventionelle Formen des Bürgerengagements. Diese Ansätze sind ein Orientierungsrahmen für die Förderung der Gesundheit älterer Menschen in Kommunen. Kommunen nutzen ihre Möglichkeiten, Lebensqualität, Mobilität und Selbständigkeit im Alter zu fördern, indem sie entsprechende Strukturen und Angebote schaffen und stärken. Davon werden die Kommunen ebenso profitieren wie die älter werdenden Bürgerinnen und Bürger. Kommunalpolitiker/innen werden ebenso wie der Öffentliche Gesundheitsdienst und freie Träger die Strukturen in den Kommunen und Regionen dem demographischen Wandel entsprechend anpassen und geriatrisches bzw. gerontologisches Wissen im Vorfeld der Pflegebedürftigkeit umsetzen. Sie schaffen damit die Voraussetzungen für ein gesundes Altern werden.

Berlin, im April 2007

*Kontakt und Information:*  
Gesunde Städte-Sekretariat, Dr. Claus Weth,  
0251/4925302, WethClaus@stadt-muenster.de,  
www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de

## »European Centre for Clinical Social Work«

### ■ Was ist das ECCSW?

Klinische Sozialarbeit markiert einen der Brennpunkte professioneller Entwicklungen von Sozialer Arbeit zu Beginn des 21. Jahrhunderts und bedarf eines kontinuierlichen Austauschs zwischen Theorie, Forschung und Praxis. Sie ist eine Handlungswissenschaft, deren Aufgabe in der Ausbildung und Anleitung von wissenschaftlich reflektierenden Praktikerinnen und Praktikern besteht.

Das European Centre for Clinical Social Work ist ein von Praktikern und Hochschullehrern gegründeter Verband, der Entwicklungen von Praxis, Wissenschaft und Forschung zur Klinischen Sozialarbeit auf europäischer Ebene bündelt und fördert.

### ■ Welche Zielstellung hat das ECCSW?

Das »European Centre for Clinical Social Work« (ECCSW) soll den Ort für nationale und internationale Diskurse der kontinuierlichen Herstellung dieses Theorie-Praxis-Transfers bilden. Das ECCSW versteht sich als Schnittstelle zwischen Praktikerinnen/Praktikern und Hochschullehrerinnen/Hochschullehrern sowie wissenschaftlichen Gesellschaften, Hochschulen, Fach- und Berufsverbänden.

Die Ziele sollen erreicht werden durch:

- regelmäßige Informationen aus dem Feld der Klinischen Sozialarbeit (Homepage, Rundbriefe bzw. Newsletter und Fachzeitschrift);
- die Ausrichtung wissenschaftlicher Tagungen, Seminare und Workshops;
- die Entwicklung europäischer Leitlinien in der Klinischen Sozialarbeit;
- die Mitarbeit in anderen, für die Klinische Sozialarbeit relevanten Gremien;
- die Bildung von Fachgruppen zu Themen und Aufgaben klinischer Sozialarbeit.

### ■ Welche Nationalen Arbeitsgemeinschaften gibt es bereits?

ECCSW e.V. NAG Schweiz  
c/o Beat Leuthold ■ Sägeweg 5 ■ CH-8405 Winterthur ■ leuthold@eccsw.eu

## Klinische Sozialarbeit

### ■ Was ist darunter zu verstehen?

Klinische Sozialarbeit versteht sich als eine in unterschiedlichen Feldern des Gesundheits- und Sozialwesens beratende und therapeutisch behandelnde Profession.

Griechisch »klíne« bezeichnete ursprünglich Lager oder Bett; die »kliníke téchne« bildete die »Heilkunst für bettlägerig Kranke«. Der Gebrauch des Begriffs »klinisch« erstreckte sich in Wissenschaft und Heilkunde später generell auf die therapeutische Behandlung von Menschen und löste sich vom Bild des Krankenbetts und Krankenhauses. Insofern geht es auch der Klinischen Sozialarbeit um die Herausstellung einer (Heil-)Kunst des psychosozialen Helfens, unabhängig vom Setting.

Ausgehend von einem bio-psycho-sozialen Grundverständnis von Gesundheit, Störung, Krankheit und Behinderung liegt der Fokus Klinischer Sozialarbeit auf einer differenzierten psychosozialen Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext der Lebenswelt sowie auf einer sozialklinisch orientierten Beeinflussung der Mikro-, Meso- und Makrosysteme der KlientInnen.

### ■ Wo wird Klinische Sozialarbeit angewendet?

Klinische Sozialarbeit findet ihren Ort in psychosozial beratenden und sozialtherapeutisch behandelnden Arbeitsbereichen, u.a. in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe und der Schule, im Bereich der gemeindepsychiatrischen Versorgung, in Krankenhäusern und Fachkliniken, in der Suchtberatung, den verschiedenen Bereichen der Rehabilitation, der Altenarbeit und in bestimmten Bereichen der Straffälligenhilfe.

Die Begrifflichkeit des Klinischen betont damit eine Schwerpunktsetzung auf Handlungsvollzügen im direkten Kontakt mit KlientInnen in einem sozialtherapeutischen Kontext, sowohl in einem institutionellen Rahmen als auch besonders in deren unmittelbarer Lebenswelt.



European Centre for Clinical Social Work

### ■ Geschäftsstelle

European Centre for Clinical Social Work e.V.  
c/o Uwe Klein ■ Krankenhaus Hedwigshöhe  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Höhensteig 1 ■ 12526 Berlin ■ Deutschland  
Tel. +49(0)30 60500856 ■ Fax +49(0)30 60500857  
info@eccsw.eu ■ www.eccsw.eu

### ■ Vorstand

Dipl. Soz. päd. Uwe Klein ■ 1. Vorsitzender ■ klein@eccsw.eu  
Prof. Dr. Heinz Wilfing ■ Stellv. Vorsitzender ■ wilfing@eccsw.eu  
Dr. Gernot Hahn ■ Stellv. Vorsitzender ■ hahn@eccsw.eu  
Dr. Matthias Hüttemann ■ Schatzmeister ■ huettemann@eccsw.eu

### ■ Bankverbindung

Pax-Bank eG Köln ■ Konto Nr. 6005601019 ■ BLZ 37060193

## ECCSW-Mitgliedschaft

### ■ Welche Vorteile hat eine Mitgliedschaft?

- Als Mitglied bewege ich mich in einem Netzwerk von Professionellen, die die Konturen und Entwicklungen einer Klinischen Sozialarbeit in Europa an vorderster Stelle bestimmen.
- Über die Mitarbeit in Nationalen Arbeitsgemeinschaften und Fachgruppen kann ich einen eigenen Beitrag zur Professionalisierung der Klinischen Sozialarbeit leisten und profitiere von den Erkenntnissen anderer.
- Kontakte zu anderen Mitgliedern und Institutionen können helfen, meine eigene berufliche Karriere zu fördern.
- Über die Homepage und ECCSW-bezogene Publikationen bin ich immer auf dem neuesten Stand.

### ■ Wer kann Mitglied werden?

*Ordentliches Mitglied* kann werden, wer über eine Zertifizierung als FachsozialarbeiterIn durch die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit verfügt, einen Masterstudiengang mit dem Schwerpunkt in Klinischer Sozialarbeit oder einen vergleichbaren Diplom- oder Masterstudiengang an einer europäischen Hochschule abgeschlossen hat oder an einer Hochschule im Gebiet der Sozialarbeit/Sozialpädagogik lehrt. *Außerordentliches Mitglied* kann werden, wer sich in der Ausbildung zur SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen (Studiengänge Diplom, Bachelor, Master) befindet oder sie bereits abgeschlossen hat.

### ■ Wie kann ich aufgenommen werden?

Für die Mitgliedschaft muss der Aufnahmeantrag ausgefüllt und zusammen mit den erforderlichen Nachweisen an die Geschäftsstelle in Berlin eingereicht werden. Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand.

### ■ Wie hoch sind die Mitgliedsbeiträge?

Die jährlichen Mitgliedsbeiträge sind nach Gruppen gestaffelt:

1	30 €	Studierende
2	60 €	Mittlere Einkommen (übliche SozialarbeiterInnendotierung)
3	120 €	HochschullehrerInnen, Leitungspositionen
4	240 €	Korporative Mitglieder