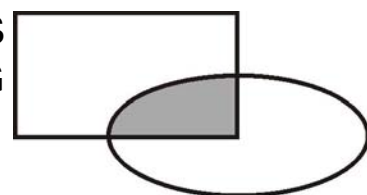


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



1. Jg. ■ Heft 1 ■ September 2005

Inhalt

Themenschwerpunkt: State of the Art

- 3 Editorial
- 4 **Günter Zurhorst**
Soziale Benachteiligung und psychosoziale Gesundheit
- 6 **Albert Mühlum / Helmut Pauls**
Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit
- 10 **Helmut Pauls**
Klinische Sozialarbeit und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

- 2 Redaktion und Wissenschaftlicher Beirat
- 2 Kooperationspartner
- 2 Impressum
- 12 Klinische Sozialarbeit – Infoseite

Herausgeber

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit ■ Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.
Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
SOZIALARBEIT



Forum für Wissenschaft und Praxis

Redaktion

Uwe Klein (Leitung)

Dipl.-Sozialpädagoge (Universität Essen), Dipl.-Sozialgerontologe (Universität Kassel), Psychoanalytischer Familientherapeut, Fachsozialarbeiter für Klinische Sozialarbeit (ZKS). Psychosozialer Koordinator im Krankenhaus Hedwigshöhe, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin; Lehrtätigkeiten an der Alice-Salomon-Fachhochschule und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin, 1. Vorsitzender des Kuratoriums der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit ZKS, Coburg. Vorstandsmitglied im Berliner Arbeitskreis für Beziehungsanalyse e.V. und in der Arbeitsgemeinschaft Beziehungsanalyse e.V. Arbeitsschwerpunkte: Familienberatung und -therapie, Entwicklung gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen, Klinische Sozialarbeit.

Silke Birgitta Gahleitner

Dipl.-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, Fachsozialarbeiterin für Klinische Sozialarbeit (ZKS), Psychotherapeutin (A), Promotion in Klinischer Psychologie. Professorin für Psychologie im Sozial- und Gesundheitswesen und Klinische Sozialarbeit an der Evangelischen Fachhochschule Ludwigshafen. Mitglied des Kuratoriums der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit ZKS, Coburg. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:

Psychosoziale Beratung, Psychotraumatologie und Traumatherapie, Gender, Gewalt im sozialen Nahraum, qualitative Forschungsmethoden.

Norbert Gödecker-Geenen

Dipl.-Sozialarbeiter, Klinik Königfeld, Mitglied im Kuratorium der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit ZKS, Coburg; 1. Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. bis 2003; zahlreiche Veröffentlichungen, u.a. zur Sozialen Arbeit im Krankenhaus und in der Rehabilitation, zu psychosozialer Beratung und zu Klinischer Sozialarbeit.

Gernot Hahn

Dipl.-Sozialpädagoge und Diplom-Sozialtherapeut (Universität Kassel), Klinikum am Europakanal, Erlangen, Lehrtätigkeiten u.a. an der Georg-Simon-Ohm Fachhochschule Nürnberg und im Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit der FH Coburg/Alice Salomon FH, 2. Vorsitzender des Kuratoriums der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit ZKS, Coburg. Arbeitsgebiet Sozialtherapie von Sexual- und Gewaltstraftätern und Drogendelinquenten sowie Resozialisierung psychisch kranker Straftäter. Derzeit Promotion im Forschungsbereich 'Protektive Faktoren rückfallfreier Sexualstraftäter' an der Universität Kassel.

Kooperationspartner

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

Die ZKS verfolgt mit ihren Aktivitäten die Entwicklung einer anerkannten Klinischen Fachsozialarbeit in Deutschland durch:

- die Bereitstellung einer Internet-Plattform für aktuelle Entwicklungen
- die Anerkennung als FachsozialarbeiterIn für Klinische Sozialarbeit
- die Beratung und Kooperation bei der Entwicklung von Weiterbildungsangeboten und Master-Studiengängen in Klinischer Sozialarbeit
- die Förderung von Sozialarbeitsforschung und Sozialarbeitswissenschaft
- die Unterstützung von Kooperationsstrukturen zwischen Praxis und Hochschule

Die ZKS wird vom IPSG – Institut für Psychosoziale Gesundheit – getragen, einer gemeinnützigen Einrichtung der Aus-, Fort- und Weiterbildung, der psycho-sozialen Praxis und der anwendungsbezogenen Forschung. Das IPSG ist anerkannte wissenschaftliche Einrichtung an der Fachhochschule Coburg, Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband und staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe.

Die Berliner Zweigstelle der ZKS ist am Krankenhaus Hedwigshöhe, einer Einrichtung der Gesellschaften der Alexianerbrüder angesiedelt.

Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) vertritt die Sache der Sozialen Arbeit in der Wissenschaft, in der Ausbildung und als Praxis; insbesondere durch:

- die Verbreitung von Erkenntnissen über die Ursachen und Folgen sozialer Probleme und über die Möglichkeiten der Sozialarbeit zur Lösung dieser Probleme

- die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Sozialarbeit
- die Anregungen zur Schaffung und Weiterentwicklung von Studiengängen und Inhalten im tertiären Bildungsbereich
- die Pflege der internationalen Beziehungen in der Sozialarbeit.

Diese Zielsetzungen werden in Arbeitskreisen und Sektionen u.a. verwirklicht durch die Durchführung von interdisziplinären Kolloquien, Kongressen und Symposien, die Entwicklung und Vertiefung evaluativer Ansätze und empirischer Forschung sowie die Förderung und Veröffentlichung von eigenständigen Ansätzen und Forschungsvorhaben.

Innerhalb der genannten Zielsetzungen versteht sich die "Sektion Klinische Sozialarbeit" als Diskursgemeinschaft und als Motor zur Professionalisierung dieser Fachsozialarbeit.

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

Die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) ist ein Fachverband, der die Sozialarbeit im Gesundheitswesen fördert und dazu beiträgt, Soziale Arbeit in verschiedenen Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens zu stärken und weiterzuentwickeln durch:

- die stärkere Einbeziehung sozialer Aspekte in die medizinische Behandlung und Rehabilitation
- die Förderung der Qualität der Sozialarbeit durch Richtlinien, Standards, Forschungsvorhaben
- die Förderung des fachlichen Austausches zwischen Forschung, Lehre und Praxis
- gesundheits- und sozialpolitische Positionsbestimmungen und Stellungnahmen sowie Politikberatung
- die Herausgabe einer Fachzeitschrift, Ausrichten von Fachtagungen und Kongressen, Fort- und Weiterbildungen und Öffentlichkeitsarbeit

Wissenschaftlicher Beirat

Dipl.-Soz.päd. Kirsten Becker
Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. Peter Buttner
Fachhochschule München

Prof. Dr. emer. Wolf Crefeld
Evangel. Fachhochschule Bochum

Prof. Dr. Heike Dech
Evangel. Fachhochschule Darmstadt

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 für Sozialwesen 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 Sozialarbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit

Redaktionsteam:

Uwe Klein (Leitung)
Norbert Gödecker-Geenen
Silke Birgitta Gahleitner
Gernot Hahn

Anzeigenakquise:

G. Hahn
Robert-Koch-Str. 9, 90766 Fürth
Tel. 0175/276 1993
L. Bales - DVSG-Geschäftsstelle,
Kaiserstr. 42, 55116 Mainz
Tel. 06131/222 422

Anschrift der Redaktion:

Redaktion "Klinische Sozialarbeit"
Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit Berlin
c/o Uwe Klein
Krankenhaus Hedwigshöhe
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie
Höhensteig 1, 12526 Berlin
Tel. 030/674 13021 ■ Fax 030/674 13002
Email: zks-berlin@ipsg.de

Schlussredaktion:

Ilona Oestreich, Berlin

Druck:

GREISERDRUCK GmbH & KoKG, 76437 Rastatt

Erscheinungsweise:

viermal jährlich als Einlegezeitschrift im DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN: 1861-2466

Auflagenhöhe: 2500

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.

Klinische Sozialarbeit, verstanden als eine in unterschiedlichen Feldern des Gesundheits- und Sozialwesens beratende und therapeutisch behandelnde Profession, markiert einen der Brennpunkte gegenwärtiger professioneller Entwicklungen von Sozialer Arbeit.

Geschichte, Begrifflichkeit und Praxis einer Klinischen Sozialarbeit umfassen dabei einen nationalen wie internationalen Bogen, der von der „Sozialen Diagnose“ (Salomon 1926) über das „Clinical Social Work“ (Goldstein 1996) und die „Therapeutisierungs-Debatte“ (Neue Praxis-Sonderheft 1978) bis hin zur „Ortsbestimmung Klinischer Kompetenzen“ (Pauls/Mühlum, in diesem Heft) reicht.

Erklärend sei hinzugefügt, dass der griechische Begriff „klíne“ ursprünglich das Lager, das Bett bezeichnete, die „klínike 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 von dem Bild des Krankenbettes und Krankenhauses. Insofern geht es auch der Klinischen Sozialarbeit um die Herausstellung einer (Heil-) Kunst des psychosozialen Helfens, unabhängig vom Setting.

Die aktuelle Diskussion – wesentlich geführt und getragen von der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit sowie der Deutschen Vereinigung von Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. – setzt auf eine Begründung und Weiterentwicklung von Praxiskompetenzen, von Sozialarbeitsforschung und Sozialarbeitswissenschaft.

Ausgehend von einem bio-psychosozialen Grundverständnis von Gesundheit, Störung und Krankheit liegt der Fokus Klinischer Sozialarbeit auf einer differenzierten psychosozialen Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext der Lebenswelt der KlientInnen. Die „Person-in-ihrer-Umwelt“ steht im Vordergrund, Klinische Sozialarbeit vertritt einen sowohl personenzentrierten wie umweltbezogenen Ansatz. Zur „Direct Social Work Practice“ (Hepworth et al. 2002) zählen somit auch familien-, netzwerk- und gemeinwesenorientierte Assessments und Interventionen.

Klinische Sozialarbeit findet ihren Ort in psychosozial beratenden und

soziotherapeutisch behandelnden Arbeitsbereichen, u.a. in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, 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.

Klinische Sozialarbeit bedarf eines kontinuierlichen Austauschs zwischen Theorie und Praxis, mithin einer praxeologischen Wissenschaft (Crefeld, 2002; Ortmann/Schaub, 2004). Damit ist eine Handlungswissenschaft gemeint, in der vorhandene sozialarbeiterische Theorien und Modelle, Theorien der Bezugswissenschaften und die Reflexion und Evaluation der Praxis in einem diskursiven Prozess der anwendungsbezogenen Theorieentwicklung integriert werden. Klinisch-sozialarbeiterisches Handeln kann sodann theoretisch begründet und praktisch weiterentwickelt werden, theoretische Reflexionen können zu einer Erweiterung der Handlungsoptionen führen: „Denken heißt überschreiten.“ (Bloch 1985: 2)

Diese Zeitschrift soll einen Beitrag zum Überschreiten leisten, durch Beiträge zu einer reflexiven Praxis (Schön 1987), die sich der Notwendigkeit einer theoretischen Unterlegung bewusst ist. Der aus ökonomischen Gründen zunächst begrenzte Rahmen erfordert eine Fokussierung auf jene der Redaktion und dem Wissenschaftlichen Beirat aktuell wichtig erscheinenden Themen; die Resonanz auf die Zeitschrift wird auch über ihre Weiterbildungsmöglichkeiten mitentscheiden.

In der ersten Ausgabe möchten wir Ihnen über drei Beiträge einen Einstieg in die Thematik Klinischer Sozialarbeit vermitteln.

Günter Zurhorst fragt in seinem Artikel „Soziale Benachteiligung und psychosoziale Gesundheit“ nach der Position Klinischer Sozialarbeit im Kontext einer Gesellschaft, die auf unterschiedlichen Ebenen soziale Ungleichheiten produziert. Mit Blick auf das Konzept der WHO-Gesundheitsförderung teilt er Klinischer Sozialarbeit die Aufgabe zu, aus einer anwendungsbezogenen Erforschung der Entstehungs- und Verlaufsbedingungen chronisch-degenerativer Erkrankungen angemessene, den Abbau sozialer Ungleichheit befördernde personen-, gruppen- und setting-zentrierte Behandlungsformen zu entwickeln.

Albert Mühlum und **Helmut Pauls** betten in ihren Text „Klinische Kompetenzen“ die historische Chance der Studienreform vom Diplom-Abschluss zum Bachelor und Master in eine Standortbestimmung von Klinischer Sozialarbeit ein, indem sie die für die Ausbildung und Praxis notwendigen Kompetenzprofile beschreiben.

Helmut Pauls stellt in seinem Artikel „Klinische Sozialarbeit und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ die Bedeutung von Sozialarbeit/Sozialpädagogik als Basisqualifikation für die Ausübung des Berufs des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten heraus. Offensichtlich ist es aber trotz aller inhaltlich-fundierten Begründungen notwendig, die Zugangsmöglichkeit der Berufsgruppe der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Rahmen der Hochschulreform zu verteidigen und bezogen auf den „Master of Arts“ – in Ablösung des Diplom als Zugang – einzufordern und festzuschreiben.

Abschließend hoffen wir, mit dieser Zeitschrift ein kontinuierliches Tableau für die weitere wissenschaftliche, forschungs-, lehre- und praxisbezogene Weiterentwicklung einer Klinischen Sozialarbeit zu schaffen und Sie mit auf den Weg kontroverser und konstruktiver Diskussionen zu nehmen.

Für die Redaktion:
Uwe Klein

Literatur:

Bloch, E. (1985). *Das Prinzip Hoffnung*. Frankfurt: Suhrkamp.

Crefeld, W. (2002). Klinische Sozialarbeit – nur des Kaisers neue Kleider? In Dörr, M. (Hg.), *Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse* (S. 23-28), Hohengehren: Schneider.

Goldstein, E.G. (1996). What is Clinical Social Work? Looking back to move ahead. *Clinical Social Work Journal* 24(1), 89-103.

Hepworth, D.H., Rooney, R.H. & Larsen, J.A. (2002). *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Neue Praxis Sonderheft (1978). *Sozialarbeit und Therapie*. Neuwied: Luchterhand.

Ortmann, K.-H. & Schaub, H.-A. (2004). Die Bedeutung des Zusammenwirkens von Praxis, Theorie und Forschung für eine praxeologisch begründete Sozialarbeit. *Neue Praxis – Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, 598-607.

Salomon, A. (1926): Soziale Diagnose. In Salomon, A., *Ausgewählte Schriften. Bd. 3: 1919-1948* (S. 255-314), München: Wolters-Kluwer.

Schön, D.A. (1987). *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco, CA: Wiley & Sons.

Soziale Benachteiligung und psychosoziale Gesundheit

Günter Zurhorst

1 Der gesellschaftliche Rahmen der Klinischen Sozialarbeit

Die Erkenntnis, dass Gesundheit und Krankheit in einer Gesellschaft ungleich verteilt sind und einen sozialen Gradienten aufweisen, ist nicht neu und geht mindestens in das 19. Jahrhundert zurück. Was jedoch in den heutigen westlichen industrialisierten Staaten besonders ins Gewicht fällt und starke politische Leugnungs- und Verdrängungshaltungen auslöst, ist die nicht zu bestreitende Tatsache, dass alle Anstrengungen sozialstaatlicher Programmatik zur Realisierung gesundheitlicher Chancengleichheit (selbst in der verdünnten Variante der Chancengerechtigkeit) bisher gescheitert sind (Siegrist 1995).

Das aktuelle und skandalträchtige Problem liegt dabei in der fortgesetzten Ausweitung und Steigerung des sozialen Gradienten: Längst sind nicht mehr „nur“ soziale Randgruppen („Weil Du arm bist, musst Du früher sterben“) betroffen, sondern alle sozialen Schichten der Gesellschaft, und zudem handelt es sich zunehmend um Krankheiten, die chronisch-degenerativer Natur (wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, rheumatische Erkrankungen, psychische Störungen) und von dem dominanten akut- und biomedizinisch ausgerichteten Gesundheitssystem kaum beeinflussbar sind, wenigstens nicht im Sinne einer Heilung. Einerseits wird also eine ständige Zunahme der sozialen Ungleichverteilung chronisch-degenerativer Krankheiten über alle sozialen Schichten hinweg erzeugt, und andererseits wird ein massiver Ausbau des biomedizinisch ausgerichteten Gesundheitssystems betrieben, das jedoch kaum etwas zur Verminderung der vorhandenen gesellschaftlich relevanten Krankheitslast beitragen kann.

Auf dem Hintergrund dieses Spannungsfeldes hat sich die Klinische Sozialarbeit in den letzten Jahren in Deutschland entwickelt. Man könnte auch sagen: Sie wurde wesentlich durch dieses Spannungsfeld als wissenschaftliche Disziplin auf den Plan gerufen und in ihrer Notwendigkeit begründet. Sie legitimiert sich dadurch, dass sie zum einen die Reduktion von Gesundheit und Krankheit auf biomedizinische Engführungen überwindet und die psychosoziale Natur von Gesundheit und Krankheit ernst nimmt, und dass sie zum anderen daran interessiert ist, die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit zu vermindern. Dies gilt es ein wenig genauer zu begründen.

2 Sozialepidemiologische Argumente für die Klinische Sozialarbeit

Hunderte von Statistiken und Forschungsarbeiten belegen die soziale Ungleichverteilung von Morbiditäts- und Mortalitätsraten in unserer Gesellschaft (Mielck 2000). Der international renommierte britische Sozialepidemiologe Richard Wilkinson hat bei seinen Studien herausgefunden, dass die Gesundheit der Bevölkerung in den westlichen Industriestaaten nicht mehr von der Höhe des Pro-Kopf-Einkommens abhängt, so dass folglich eine Erhöhung dieses Einkommens auch nicht mit einer weiteren Erhöhung der Gesundheit einhergehen würde.

Vielmehr hängt die Bevölkerungsgesundheit seit dem „sozialepidemiologischen Übergang“ von massenhaften Infektionskrankheiten zu chronisch-degenerativen Erkrankungen mit dem Ausmaß der Ungleichverteilung des Einkommens zusammen: Je ungleicher die Einkommensverteilung, desto schlechter ist der

Gesundheitszustand der Bevölkerung.

Das gilt auch umgekehrt: Je besser der Gesundheitszustand ist, umso geringer ist die Ungleichverteilung der Einkommen. Insofern bedeutet eine Investition in Gesundheit eine Verbesserung der Einkommenssituation. Gesundheit erscheint damit als eine wichtige Ressource, die auch ökonomisch von hoher Bedeutung ist, ein Zusammenhang, der unmittelbar zur sozialpolitischen Frage nach der Herstellung und Gestaltung von Gesundheit führt.

Das Problem ist nun, wie solche korrelativen Zusammenhänge von Einkommen und Gesundheit erklärt werden können. Hier den Satz zu bemühen, dass Armut krank macht, hilft nicht weiter, da es in Anbetracht des sozialen Gradienten zu begreifen gilt, wieso der Besserverdienende gesundheitlich schlechter dasteht als der Noch-Besserverdienende. Auch die Bemühung der Selektionshypothese, der zufolge der Gesunde sozial auf- und der Kranke sozial absteigt, nützt wenig, weil „Längsschnittanalysen (zeigen), dass im kausalitätsermöglichenden Zeitablauf ursprünglich Gesunde mit schlechten finanziellen und anderen sozio-ökonomischen Ressourcen krank werden und dann, wenn sie krank sind, in berufliche und gesundheitliche Labilisierungsspiralen geraten, die ihr Einkommen und ihre Gesundheit weiter verschlechtern“ (Behrens 2001: 254).

Auch der Weg, den gemeinten Zusammenhang mit Wirkmechanismen des Versorgungssystems zu erklären, dürfte wenig erfolgversprechend sein, da z.B. internationale Vergleiche zeigen, dass Staaten (wie z.B. USA und Deutschland) mit ihren sehr unterschiedlichen Versorgungssystemen dennoch keine unterschiedlichen Morbiditäts- und Mortalitätsraten hervorbringen.

Aus alledem zieht Wilkinson den empirisch erhärteten Schluss, dass die Folgen wirtschaftlicher Faktoren vor allem durch psychosoziale Wirkungsmechanismen weitergegeben werden. „Bedenkt man, dass die wirtschaftlichen Faktoren die Risiken psychosozialer Schwierigkeiten verstärken – aber keineswegs deren einzige Ursache sind –, ist es durchaus möglich, dass der Zusammenhang zwischen

psychosozialen Faktoren und Gesundheit stärker ist als zwischen materiellen Faktoren und Gesundheit. Dass dies tatsächlich der Fall ist, legt nahe, dass psychosoziale Faktoren das wichtigste Verbindungsglied zwischen materieller Benachteiligung und Gesundheit sind“ (Wilkinson 2001: 200f.). Die psychosozialen Einflüsse auf Gesundheit treten also nicht an die Stelle materieller und ökonomischer Faktoren. Sie stellen vielmehr einen der Wirkungsmechanismen dar, die den Einfluss materieller Faktoren auf Parameter wie Gesundheit, Körpergröße und soziale Mobilität erklären und den Zusammenhang mit der sozialen Klasse vor Augen führen.

Wilkinson zufolge muss also die „Toxizität des sozialen Umfeldes und der Muster sozialer Organisationen“ (2001, S. 28) detailliert in den Blick genommen werden. Dies bedeutet z.B. – internationalen Forschungsergebnissen entsprechend –, „dass die Sorgen um Geld, Arbeitsplatz und Wohnung in die häusliche Konfliktsituation hineinwirken, dass die nervliche Anspannung größer ist und Eltern über geringere Reserven an Geduld und Toleranz verfügen. Der Mangel an Geld, Alternativen, Platz zum Spielen, an ausreichender Wohnfläche, um Raum für unvereinbare Familienaktivitäten zu schaffen – kurzum der Mangel an unterschiedlichen Ressourcen (auch an Zeit) – bedeutet, dass widersprüchliche Bedürfnisse und Ansprüche der Menschen aufeinander prallen. Je enger die Grenzen gesetzt sind, innerhalb derer eine Familie funktionieren muss, desto weniger Ansprüche können befriedigt werden und desto mehr geraten die Interessen der Menschen aneinander. Je kleiner die Reserven sind, desto weniger Möglichkeit besteht, unvorhergesehene Schwierigkeiten, Unfälle, Umbrüche oder Verluste zu überwinden. Je größer potenzielle Stress- und Konfliktquellen sind, desto mehr werden das Familienleben und die soziale Unterstützung in Mitleidenschaft gezogen. ... Eine schwedische Untersuchung hat gezeigt, dass Differenzen innerhalb der Familie während der Kindheit mit einer mehr als 50prozentigen Steigerung der Sterberate bei Männern und Frauen im Alter von 30-75 Jahren korrelierten (Lundberg

1993). Die letztgenannte Untersuchung zeigte zudem, dass die Sterberaten im Erwachsenenalter unter Menschen, die in ihrer Kindheit Streit in der Familie erlebt hatten, höher waren als bei jenen, die als Kind wirtschaftliche Härten zu spüren bekommen hatten. In ähnlicher Weise erkannte Power bei einer Kohorte von 17.000 Menschen, die von ihrer Geburt im Jahre 1958 an beobachtet worden waren, dass die beste Vorhersage über deren Gesundheit im Alter von 23 Jahren eine Verhaltensbeurteilung der 16-Jährigen durch ihre Lehrer war. Jene Jugendlichen, deren Verhalten von den Lehrern unter Verwendung der Verhaltensskala nach Rutter als ‚abweichend‘ angesehen wurde – die also ‚emotionale und verhaltensbedingte Störungen‘ zeigten –, schnitten bei Gesundheitserhebungen im Alter von 23 weitaus schlechter ab, selbst dann, wenn auch andere soziale und wirtschaftliche Faktoren mitberücksichtigt wurden (Power et al. 1991). Erkenntnisse wie diese über die relative Bedeutung materieller und psychosozialer Faktoren können aus Problemen mit der Messmethode resultieren, wahrscheinlich zeigen sie jedoch, dass die Folgen wirtschaftlicher Faktoren vor allem durch psychosoziale Wirkungsmechanismen weitergegeben werden“ (Wilkinson 2001: 200).

Und hier dürfte die Klinische Sozialarbeit diejenige Wissenschaftsdisziplin sein, die diesen Zusammenhängen zwischen „toxischen“ sozialen Strukturen, Organisationen und Beziehungen einerseits und gesundheitlichen Belastungen andererseits im Einzelnen nachspürt.

Die übergeordnete Zielsetzung wäre nach Wilkinson eine „gesunde“ Gesellschaft, die nach den vorliegenden internationalen sozialepidemiologischen Erkenntnissen in erster Linie gekennzeichnet ist durch einen starken sozialen Zusammenhalt: „Betrachtet man eine Reihe unterschiedlicher Beispiele für gesunde, soziale ausgewogene Gesellschaften, so scheinen sie alle ein wichtiges gemeinsames Merkmal aufzuweisen – sie alle verfügen über sozialen Zusammenhalt. Sie haben ein ausgeprägtes Gemeinschaftsleben.

Das soziale Leben macht nicht vor

der Haustüre Halt, der öffentliche Raum bleibt vielmehr ein sozialer Raum. Der Individualismus und die Werte des Marktes werden von einer sozialen Ethik eingedämmt. Die Menschen engagieren sich mit größerer Wahrscheinlichkeit bei sozialen und ehrenamtlichen Tätigkeiten außerhalb der eigenen vier Wände. Diese Gesellschaften verfügen über mehr sogenanntes ‚Sozialkapital‘, das wie ein Schmiermittel für das Getriebe der gesamten Gesellschaft und Wirtschaft wirkt. Es gibt weniger Anzeichen antisozialer Aggressivität, die Gesellschaft erscheint fürsorglicher. Kurzum, sie weisen eine bessere Sozialstruktur auf“ (Wilkinson 2001: 5).

3 Gesundheitswissenschaftliche Argumente für die Klinische Sozialarbeit

Es dürfte einsichtig sein, dass dieses Programm einer Klinischen Sozialarbeit sich von den Engführungen biomedizinischen Krankheitsverständnisses freimachen muss. Denn weder kann die Biomedizin in nennenswertem Umfang einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit leisten, noch kann sie chronisch-degenerative Erkrankungen wirksam heilen, da diese wesentlich lebensweisenabhängig sind. Benötigt wird folglich ein „bio-psychosozial-kulturelles Paradigma“ von Gesundheit, das es gestattet, den Zusammenhang von (gruppenbezogener) Lebensweise und Gesundheit in aller Breite zu konzeptualisieren.

Dies meint zum einen, dass gemäß der Gesundheitsdefinition der WHO („Gesundheit ist der Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“) nicht nur das körperliche Moment, sondern auch das seelische und soziale Moment von Gesundheit und Krankheit in ganzem Umfang begriffen und einbezogen werden muss. Gerade das soziale Moment stellt keineswegs – etwa im Sinne eines bloßen Krankheitsfolgemodells – eine lediglich abhängige Größe von körperlichen Krankheiten dar, sondern ist selber eine unabhängige Variable, so wie es bereits im Rahmen der „International Classification of Functio-

ning“ (ICF) konzipiert worden ist (Mühlum/Gödecker-Geenen 2003).

Kranksein umfasst dort mehr als nur körperliche oder psychische impairments: „Kranksein bezeichnet genau genommen den Ausschluss von einer gewünschten und für integritätsstiftend angesehenen Teilhabe am alltäglichen sozialen Leben. Organische Schäden sind eine, aber nur eine und keine hinreichende, mitwirkende Ursache, eine der unabhängigen Variablen dieser Teilhabebehinderung, eine andere unabhängige Variable ist die gesellschaftliche Reaktion auf diese organische Schädigung“ (Behrens 2001: 256).

Das genannte Paradigma bedeutet zum anderen, dass es stets nicht nur um körperlich-seelisch-soziale Krankheiten, sondern auch um körperlich-seelisch-soziale Gesundheitspotenziale geht. Die körperlich-seelisch-soziale Pathogenese bzw. die „Toxizität“ des Psychosozialen ist durch eine entsprechende Salutogenese (Antonovsky 1997) zu ergänzen.

Die Frage, welche Handlungsansätze die Klinische Sozialarbeit zur Verfügung hat, um chronisch-degenerative Erkrankungen zu beeinflussen und deren sozial bedingte Ungleichverteilung zu vermindern, kann

mit Blick auf das Konzept der WHO-Gesundheitsförderung (Naidoo/Wills 2003) beantwortet werden.

Gesundheit und Krankheit sind nach diesem Konzept wesentlich in psychosozialen und kulturellen Lebensweisen /Milieus der jeweiligen sozialen Gruppen verankert (Wenzel 1986; Novak 1996) und erfordern eine (Be-)Handlungsstrategie auf den verschiedenen Ebenen (Person-Gruppe-Milieu-Organisation-Politik). Klinische Sozialarbeit hat folglich die Aufgabe, handlungstheoretische Rekonstruktionen und strukturtheoretisch beschreibbare Bedingungen des Entstehens und Verlaufs chronisch-degenerativer Erkrankungen aufzuzeigen und sowohl für einzelne betroffene Personen und Personengruppen wirksame Behandlungsformen (weiter) zu entwickeln (Pauls 2004) als auch mit Hilfe von Setting-Projekten zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit besonders betroffener Bevölkerungsgruppen beizutragen (Zurhorst 2000).

Literatur:

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Behrens, J. (2001). Das Soziale in der Sozial-Epidemiologie. In Mielck, A. & Bloomfield, K.

(Hg.), *Sozial-Epidemiologie* (S. 246-263), Weinheim/München: Juventa.

Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Huber.

Mühlum, A. & Gödecker-Geenen, N. (2003). *Soziale Arbeit in der Rehabilitation*. München: Reinhardt.

Naidoo, J. & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Conrad.

Novak, P. (1996). ‚Lebensweisen und Gesundheit‘. Ein Forschungsbeitrag zur Lebensqualität. In Troschke, J.v., Reschauer, G. & Hoffman-Markwald, A. (Hg.), *Die Bedeutung der Ottawa Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland* (S. 72-82), Freiburg: Druckwerkstatt. (Schriftenreihe der Koordinationsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health‘ in der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg. 6)

Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim/München: Juventa.

Siegrist, J. (1995). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Neue Herausforderungen an die Präventionspolitik in Deutschland. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 2, Beiheft, 54-63.

Wenzel, E. (1986). Die Auswirkungen von Lebensbedingungen und Lebensweisen auf die Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), *Lebensweisen und Lebensbedingungen in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit* (S. 1-18), Köln: BzgA. (Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung. 5)

Wilkinson, R. (2001). *Kranke Gesellschaften*. Wien/New York: Springer.

Zurhorst, G. (2000). Armut, soziale Benachteiligung und Gesundheit. In Sting, S. & Zurhorst, G. (Hg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit* (S. 41-54), Weinheim/München: Juventa.

Klinische Kompetenzen Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit

Helmut Pauls
Albert Mühlum

Vorbemerkung

Das Papier nimmt Bezug auf die „Positionsbestimmung Sozialarbeit und Gesundheit“ (1998) mit der Betonung der Gesundheitsförderung und auf das „Plädoyer für Klinische Sozialarbeit“ (2001), in dem die Notwendigkeit einer besonderen Fachlichkeit für die Arbeit mit Menschen in besonders schwierigen

Beziehungs- und Behandlungskontexten begründet wird. Profil und Entwicklungsstand des internationalen Clinical Social Work sind dafür wegweisend, auch wenn es wegen unterschiedlicher Systemvoraussetzungen nicht direkt übertragbar ist.

Vielmehr wird ein eigenes Verständnis von Klinischer Sozialarbeit zugrunde gelegt, das weder mit ‘Sozialarbeit

in Kliniken’ noch mit ‘Medikalisierung des Sozialen’ gleichgesetzt werden kann. *Klinische Sozialarbeit* – verstanden als Beratung und Behandlung – wird vor allem durch methodische Kompetenzen bestimmt, die im Folgenden skizziert werden.

Um Missverständnisse zu vermeiden sei betont, dass die Klinische Sozialarbeit keine neue Erfindung ist. Sie steht vielmehr in der Tradition der Gesundheitsfürsorge und einer Perspektive, die als „soziale Diagnose“ und „soziale Therapie“ von den Pionierinnen formuliert wurde und nie ganz verloren ging. Es handelt sich dabei um den Anspruch der beruflichen Sozialarbeit auf ein eigenständiges methodisches Inventar zur Ermittlung des Hilfebedarfs und zu wirksamer Hilfe in prekären Situationen. Dies wird nun – fokussiert auf psychosoziale Komplikationen – weiterentwickelt.

Die Sektion Klinische Sozialarbeit unterstützt diesen Prozess, um das fachliche Profil zu schärfen, und zwar sowohl im Interesse der Ausbildung und der Berufspraxis als auch der Menschen, die eine solche spezifische Unterstützung benötigen.

Im Sinne einer pragmatischen Festlegung werden zunächst Aufgaben und Kompetenzen benannt, die den klinischen Anspruch der Sozialen Arbeit verdeutlichen. Danach folgt eine erste Bestimmung von Kompetenzlevels und deren Zuordnung zu Studienabschnitten bzw. Abschlüssen. Ohne der präziseren Bestimmung von Modulen und Standards vorgreifen zu wollen, an denen derzeit verschiedene klinische Studiengänge arbeiten, sollten nach Überzeugung der Sektionsmitglieder Lehre und Praxis künftig nicht hinter die hier formulierten Grundsätze zurückfallen.

1 Aufgaben und Zielgruppen

Von *Klinischer Sozialarbeit* wird gesprochen, wenn die Soziale Arbeit in Behandlungskontexten erfolgt, d.h. wenn sie an Behandlungsprozessen beteiligt ist und eigene Beratungs- und Behandlungsaufgaben wahrnimmt. Ihre *wichtigsten Adressaten* sind Klienten und Patienten mit psychosozialen Problemen, wie sie u.a. in Verbindung mit psychischen Störungen, Behinderungen und chronischen Erkrankungen auftreten.

Klinische Aufgaben gibt es dort, wo Menschen missbraucht, verwahrlost, krank, misshandelt, behindert, altersgebrechlich, in Krisensituationen oder in anderer Weise in psychosozialer Not sind, deren Belastung reduziert und deren Problembewältigungsverhalten durch methodisch geleitete Einflussnahme verbessert werden soll.

Dies ist ein wichtiger Indikator der sog. *direct practice*. Auch wenn die Trennschärfe gegenüber der allgemeinen Sozialarbeit nicht immer eindeutig ist, bemisst sich die Notwendigkeit und Eigenart der *klinischen Intervention* zum einen an der Indikation (z.B. schwer zugängliche Person), zum anderen an der Vorgehensweise und Intensität der personalen Einflussnahme (z.B. Therapieverfahren) sowie schließlich am Nutzen für die behan-

delten Patienten (z.B. verringerter Leidensdruck).

Das *klinische Handeln* der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in Deutschland erfolgt in einem breiten Spektrum von gesundheitsrelevanten Beeinträchtigungen. Was sie auszeichnet, ist ihre besondere Qualifikation, mittels methodisch reflektierter psychosozialer Arbeit unterstützungsbedürftigen Menschen, Paaren, Familien und Gruppen zu einer besseren Lebensqualität zu verhelfen.

Ihre *Klienten* sind z.B. psychisch Kranke und Menschen mit emotionalen Störungen, Drogen- und Alkoholabhängige, chronisch körperlich Kranke und behinderte Menschen, Menschen mit familiären Problemen und in entwicklungs- und situationsbedingten Krisen, Aidskranke und ihre Familien, Gewaltopfer und Gewalttäter, dissoziale und straffällige Menschen, traumatisierte Personen (z.B. nach Gewalterfahrung oder Missbrauch) und Menschen in Verlustkrisen. Die Bedürfnisse dieser Menschen nach Zuwendung und Unterstützung, nach Aufklärung, Begleitung, Beratung und Behandlung stehen im Zentrum der Klinischen Sozialarbeit.

Die *klinische Akzentuierung* der Sozialarbeit kann, je nach Problem und Kontext, ambulant, teilstationär und stationär oder auch in Übergangseinrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens stattfinden, sie kann für einzelne und für Gruppen angeboten werden. Das gilt immer mehr auch für ethnische und kulturell benachteiligte Subgruppen, für deren Hilfe- und Behandlungsbedürfnisse ebenfalls ein breites Spektrum beratender und sozialtherapeutischer Hilfen zur Verfügung stehen.

Wichtige *institutionelle Arbeitsfelder* mit klinisch-sozialarbeiterischen Aufgabenstellungen sind u.a. Psychiatrie, Rehabilitation, Akutkrankenhäuser, Beratungsstellen, Einrichtungen der Straffälligenhilfe und der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, heilpädagogische Einrichtungen, Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe für Personen mit besonderem Betreuungsbedarf, geriatrische und gerontopsychiatrische Einrichtungen in all ihren Differenzierungen.

2 Kompetenz-Profil

Klinische Sozialarbeit bedeutet die Expertenschaft für soziale bzw. psychosoziale Beratung, Behandlung und Intervention (treatment). Grundsätzlich gehören dazu klinisch-sozialarbeiterisches Bedingungs- und Interventionswissen und Handlungskompetenz auf der Basis methodisch geschulter Fähigkeiten und Fertigkeiten, außerdem Forschungskompetenz und eine ethisch fundierte professionelle Identität. Wie für jede sozialberufliche Ausbildung sind auch hier die Dimensionen Wissen, Können und Haltung (Knowledge – Skills – Attitudes) von Bedeutung.

2.1 Wissen

In einem generellen Sinne umfasst dies Erklärungswissen, Veränderungswissen und Wertewissen, d.h. zum einen ein reichhaltiges faktisches und theoretisches Wissen über die menschliche Entwicklung, die Förderung der Gesundheit sowie die Genese und den Verlauf von Erkrankungen, die Lebensführung im Alltag und das Verhalten in Belastungssituationen, zum anderen ein ebenso fundiertes Wissen über Regeln, Strategien und Techniken psychosozialer Intervention und Hilfe bei Belastungen, Störungen, Erkrankungen und Behinderungen verbunden mit Kenntnissen über Kontexte und Bedingungen, unter denen belastende Lebensereignisse auftreten (z.B. Wissen, wie Beziehungen funktionieren).

All dies unter Einbeziehung der Gender-Perspektive, weil der Mensch nur als Mann oder Frau Gesundheit und Krankheit, Störung und Wohlergehen erleben und beeinflussen kann. Dies macht deutlich, dass zur klinischen Kompetenz auch ein Wissen um die – oft unterschiedlichen – Werte, Ziele und Prioritäten von Menschen gehört, die mit der Leitidee der Würde des Menschen und mit kulturspezifischen Vorstellungen von einem gelingenden Leben in Bezug zu setzen sind.

Die kognitive Aneignung eines definierten Bestandes von Wissen ist eine zwar notwendige, aber keineswegs hinreichende Bedingung für die Nutz-

anwendung. Deshalb setzt klinisches Handeln die Einübung und situationsangemessene Anwendung der Kenntnisse voraus, also Fertigkeiten, die eine spezifische Handlungskompetenz begründen, z.B. Assessment und Diagnose. Klinische Sozialarbeit erfordert die praktische Kompetenz, einschlägige Wissens- und Erfahrungsbestände in der Begegnung mit Klienten anzuwenden, sowie die Fähigkeit, Unsicherheit und offene bzw. unerwartete Situationen (an-) zu erkennen und damit umzugehen.

2.2 Können

Die Ausbildung theoretischer und praktischer Kompetenzen Klinischer Sozialarbeit bedarf einer sorgfältigen theoretischen Synopse und eines Methodenpluralismus auf der Grundlage pragmatischer und wissenschaftlich fundierter Handlungskonzepte, die geeignet sind, einen orientierenden Rahmen für einen Ansatz der Veränderung der Person-in-ihrer-Welt (person-in-environment) zu geben. Klinische Sozialarbeit bedeutet also keine medizinische Engführung und auch keine Therapeutisierung, sondern betont die Alltags- und Lebensweltorientierung im Sinne der (psycho-)sozialen Beratung und Behandlung, d.h. in ganzheitlicher Sicht auf die personale und soziokulturelle Situation der Klienten. Auf dieser Grundlage lassen sich die klinischen Kompetenzen in folgenden Fähigkeiten und Fertigkeiten konkretisieren:

1. Fähigkeit zum Aufbau einer personalen Arbeitsbeziehung zu Klienten und Patienten in schwierigen Lebenslagen – einschließlich der Herstellung eines „informierten Behandlungskonsensus“ mit den Klienten als Voraussetzung für deren selbstbestimmtes Mithandeln (compliance).

2. Fähigkeit zur Etablierung angemessener Rahmenbedingungen für diese Arbeit: zur Konkretisierung eines für den individuellen Fall geeigneten Rahmens oder Settings, einschließlich der Bedingungen Ort/Zeit /Dauer/Frequenz, einbezogene Personen, Umfeld, konkrete Handlungen und Strategien, Finanzierung.

3. Fähigkeit zur Abklärung (Assessment, Diagnose) und differenzierten psycho-sozialen Indikations- und Prognosestellung, einschließlich Abgrenzung und Einleitung notwendiger Maßnahmen anderer Fachdisziplinen (wie Psychiatrie, Psychologie, Pädagogik, Medizin, Recht, Pflege) – also Kooperation im multiprofessionellen Team.

4. Fähigkeit zur Auswahl und Anwendung (ggfs. auch Vermittlung) geeigneter Beratungs- und Therapieverfahren im Setting psycho-sozialer Anwendungen. Das sind z.B. einschlägige Formen der Gesprächsführung, Krisenintervention und längerfristige sozialpädagogische sowie sozialtherapeutische Beratung, Behandlung und Begleitung von Einzelpersonen, Familien, Angehörigen und Gruppen. Dazu gehört auch die Fähigkeit, mit spezifischen Störungsbildern angemessen umgehen zu können.

5. Fähigkeit zur Einbeziehung des sozialen Umfeldes mittels direkter und indirekter Interventionen, zum Aufbau eines Netzes sozialer Unterstützung und zur Integration des klinisch-sozialarbeiterischen Beitrages in das vorhandene professionelle Behandlungsnetz – verbunden mit der Fähigkeit zur fachgerechten interdisziplinären bzw. multiprofessionellen Kommunikation.

6. Fähigkeit zur Nutzung des Systems sozialer Sicherung im Gesundheitsbereich mit entsprechenden rechtlichen, ökonomischen und sozialpolitischen Kenntnissen und Netzwerkkompetenzen sowie wirtschaftlichem (d.h. ressourcenschonendem) Vorgehen.

7. Fähigkeit zur Anwendung eines kompetenten Unterstützungs- bzw. Case Managements, gesundheitsdienlichen Sozialmanagements und klienten- bzw. patientenbezogener sozialer Anwaltschaft.

8. Fähigkeit zur empirischen Forschung im Hinblick auf Grundlagen, Methodik und Wirksamkeit klinisch-sozialarbeiterischer Interventionen.

Im Handlungsfeld angesiedelte Praxisforschung ist die Voraussetzung der Erfassung und Systematisierung von psychosozialen Aktivitäten, ihren Kontexten und Ergebnissen. Dazu gehört die Fähigkeit der Hypothesenbildung, Datengewinnung und sachlogischen Interpretation der Forschungsergebnisse.

9. Fähigkeit zu prozessbegleitender Evaluation, zur Entwicklung und Handhabung von Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie zur Anwendung statistischer Methoden bei der Veränderungsmessung.

10. Insgesamt: Die Fähigkeit zur Beratung, Unterstützung und Behandlung von Menschen in krisenhaften Situationen im Sinne einer geplanten, zielgerichteten, theoriegeleiteten und methodenbewussten psychosozialen Arbeit.

2.3 Haltung

Neben Wissen und Können ist eine professionelle Haltung die dritte unverzichtbare Kompetenzdimension. Sie muss „klinisch“ sein in dem Sinne, dass der „sozialpädagogische Blick“ geschärft und eine diagnostisch-therapeutische „Awareness“ zum Habitus wird, ohne jedoch die Person zum Objekt zu machen. Dazu gehört die Wertschätzung jedes Patienten und die Überzeugung, dass die Förderung seiner Gesundheit und seiner selbstverantwortlichen Entscheidung das wichtigste Orientierungsmaß für den „Kliniker“ ist.

Sich dessen bewusst zu sein und immer wieder um die Balance von Nähe und Distanz, Fachlichkeit und Mitmenschlichkeit zu ringen, ist eine Herausforderung, die vor allem Selbstreflexion und Selbsterfahrung voraussetzt, z.B. im Hinblick auf die eigene Lebensgeschichte, eigene Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit, eigene Bewältigungsversuche im Umgang mit Leid, Beeinträchtigung, Kränkung und Verlusten – bis hin zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Fähigkeiten also, die eigene Person als Bestandteil des therapeutischen Prozesses einzubringen, zu verstehen und zu reflektieren.

3 Vorschläge zur Levelbestimmung

Klinische Sozialarbeit wird sich nur über nachprüfbar Kompetenzen und verlässliche Standards etablieren können. Diese setzen unverzichtbar eine generalistische Grundqualifikation im ersten Hochschulabschluss voraus, wie es der künftige Bachelor sein wird, auf dem dann die klinische Spezialisierung im Masterprogramm aufbauen kann.

Insgesamt sollten in Anlehnung an die internationale Ausbildung zum Clinical Social Worker und unter Bezug auf die von Roscher/Sachs (1999) vorgeschlagene Systematik folgende Kompetenzstufen (= Levels) erreicht und nachgewiesen werden:

3.1 Grundständiges Studium (bisher: Vordiplom Level)

Im Rahmen der grundständigen Ausbildung werden bis zum Vordiplom grundlegende Kenntnisse (Theorie, Modelle) und Fertigkeiten (basic skills) vermittelt, die zur Fallarbeit und direct practice hinführen.

Dabei handelt es sich gerade nicht um „klinische“ Lehrveranstaltungen, sondern um einen integrierten Teil der allgemeinen Handlungslehre und Methodenausbildung (z.B. Kennenlernen von Aufgabenstellungen und Arbeitsfeldern, Gesprächsführung, Gruppenarbeit, gemeindeorientierte Konzepte, (sozial-) psychiatrische Grundlagen, Beratungs- und Psychotherapiekonzepte), die Grundkenntnisse und Grundfertigkeiten für den Sozialberuf vermitteln. Dazu kommen sozialarbeitswissenschaftliche Grundlagen (Fachwissenschaft Soziale Arbeit) und theoretische Beiträge der Nachbardisziplinen (Bezugswissenschaften), die im Grundstudium vermittelt werden.

Im Hinblick auf *klinische Kompetenzen* wird mit dem bisherigen Vordiplom die Fähigkeit erworben, unter Anleitung an der Arbeit mit Klienten im Sinne der direct practice mitzuwirken und bei klar umschriebenen Aufgabenstellungen zu assistieren. Erste Forschungserfahrungen werden in Projekten und Forschungswerkstätten gesammelt.

3.2 Bachelor Level (bisher: Diplom Level)

Die Kompetenzstufe, die mit dem Diplom- bzw. Bachelor-Abschluss erreicht wird, begründet eine *Basiskompetenz* für klinische Praxis, konkret: eine grundlegende Orientierung über die Möglichkeiten und Formen der Beratung und Hilfe professioneller Sozialarbeit für die eingangs genannten Personen und Gruppen: besonders gefährdete, belastete, gestörte, kranke und behinderte Menschen. Dazu gehören die einschlägigen theoretischen Grundlagen der patientenzentrierten Arbeit und die Befähigung zu ihrer praktischen Umsetzung auf der Basis klassischer Arbeitsformen (Methoden) und berufsethischer Werte. Fachkräfte auf dieser Ebene verfügen über forschungsmethodische Grundkenntnisse und sind in der Lage, empirische Daten bzw. Forschungsergebnisse auf die eigene Berufspraxis zu beziehen. Sie können im Rahmen der Praxisevaluation auch geeignete Vorgehensweisen entwickeln und anwenden.

Im Hinblick auf *klinische Kompetenzen* vermittelt dieser Level die Basis für die Arbeit mit weniger schwer belasteten Klienten im Rahmen von Teams berufserfahrener Kolleginnen und Kollegen, die fallberatend und kollegial-supervidierend Unterstützung und Anleitung bieten können. Damit sind *noch nicht* die Voraussetzungen für eine anleitungsfreie vollverantwortliche klinische Sozialarbeitspraxis bei Klienten mit erhöhtem Risiko und Bedarf an spezialisierter psycho-sozialer Behandlung gegeben. (Für spezialisierte *eigenverantwortliche* klinisch-soziale Fachkompetenz bedarf es systematischer Fort- bzw. Weiterbildung und einschlägiger Supervision im Rahmen mehrjähriger Berufspraxis – ggf. mit Zertifizierung als Klinische Sozialarbeiterin (ZKS) – oder eines (berufsbegleitenden) Masterstudiengangs Klinische Sozialarbeit, wie unter 3.3 beschrieben).

3.3 Master Level

Die Kompetenzstufe des Masters baut auf einem ersten berufsqualifizierenden Hochschulabschluss (Bachelor

oder Diplom) auf, der generalistisch angelegt sein soll. Im Falle eines berufsbegleitenden „Weiterbildungsmasters“ sind außerdem mindestens zwei Jahre einschlägige Berufspraxis nötig, bevor mit dem postgradualen Masterstudium (berufsbegleitend 5 bis 6 Semester) begonnen werden kann.

Inhaltlich geht es u.a. um die wissenschaftliche Vertiefung der sozialklinischen Methoden- und Forschungskompetenzen: Neben Theorien der Sozialen Arbeit bilden sozial- und gesundheitswissenschaftliche, medizinische und (sozial-) psychiatrische, klinisch-psychologische und psychotherapeutische sowie medizinsoziologische Theorie und Forschung die Basis. Hinzu kommen Selbstreflexion, Fallverstehen und Selbstevaluation sowie angewandte Forschung. Sie sind – immer verknüpft mit der einschlägigen Berufspraxis – unverzichtbar Bestandteile der Ausbildung zu einem theoriegeleiteten, methodensicheren Handeln (Diagnostik, Therapie, Intervention). Ergänzt und abgerundet werden sie durch Organisationstheorie und Managementkonzepte, gesundheits-systemspezifische Rechtskenntnisse und ethische Reflexion klinischer Problemstellungen.

Im Hinblick auf *klinische Kompetenzen* wird mit dem Master-Level die Fähigkeit erworben, spezialisierte klinisch-sozialarbeiterische Beratung und Behandlung (treatment) *eigenverantwortlich* durchzuführen. Dazu gehört u.a., differentielles Vorgehen bei spezifischen Aufgabenstellungen und Zielgruppen theoretisch fundiert zu begründen und Koordinations- und Lenkungenfunktionen beim Klinischen Case-Management zu übernehmen.

Klinische SozialarbeiterInnen sind auf diesem Level auch zur selbständigen empirischen Forschung (Beurteilung und Durchführung von Studien) i.S. eines „scientific practitioners“ befähigt. Die Arbeit auf dieser Ebene erfordert weiterhin die begleitende (ggf. kollegiale) Supervision, zugleich sind die Kompetenzen dieses Levels Voraussetzung für Anleitungs- und Supervisionstätigkeit im Rahmen der Ausbildung sozialarbeiterischer Fachkräfte in klinischen Kontexten.

Klinische Sozialarbeit und Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie

Helmut Pauls

Die Mehrheit der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen hat vor ihrer Ausbildung in Deutschland Soziale Arbeit bzw. Sozialpädagogik studiert. Durch das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) von 1998 wurden zwei neue Heilberufe (mit Approbation) geschaffen: der Psychologische Psychotherapeut und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP).

Der Heilberuf des KJP – Einschränkung auf den Altersbereich bis zum 21. Lebensjahr – ist für Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen, Diplom-Pädagogen, Diplom-Heilpädagogen u.a. neben Diplom-Psychologen zugänglich. Mit der Konstruktion dieses gesonderten Heilberufes mit Zulassung von Diplom-SozialarbeiterInnen/Diplom-SozialpädagogInnen zur Approbation stellte der Gesetzgeber klar, dass er die lange Tradition besonders der psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie („Psychagogen“), die zum überwiegenden Teil auf der Grundlage des Studiums der Sozialarbeit/Sozialpädagogik etabliert worden ist, anerkennt und für unbedingt notwendig hält. Staatlich anerkannte und KV-ermächtigte Ausbildungsinstitute (Grundrichtungen: Psychoanalyse, Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie) für KJP erfahren eine sehr hohe Nachfrage seitens der Diplom-SozialpädagogInnen – bei manchen Instituten sind es 90%.

Dies hat fachliche Gründe: SozialpädagogInnen mit Hochschulabschluss werden in ihrem Studium in großem Umfang mit Problemstellungen des Kindes- und Jugendalters befasst. Sie leisten ihre Praktika oftmals in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und erfahren dort u.a. die Notwendigkeit der Integration psychosozialer Hilfen und psychotherapeutischer Behandlungen. Die im Sozialar-

beits- bzw. Sozialpädagogik-Studium vermittelten „klinischen Kompetenzen“ (vgl. Pauls/Mühlum, in diesem Heft; Pauls 2004) betonen die Integration und Vernetzung der beratenden, sozial- und psychotherapeutischen sowie pädagogischen Arbeit, die beispielsweise im Rahmen der Elternberatung und Familienhilfe, der Interventionen im Alltag des Kindes bzw. Jugendlichen, der Kooperation z.B. mit Schulen und psychiatrischen Einrichtungen besondere Beachtung finden. Heilsame Veränderung vollzieht sich in diesem Altersbereich in besonderem großem Ausmaß in einem fördernden Lebensfeld – eine Aufgabenstellung Klinischer Sozialarbeit, liegen ihre spezifischen Stärken doch in der Arbeit mit besonders schwierigem, chronisch belasteter „hard-to-reach“-Klientel in „Multiproblemsituationen“.

Psychotherapie ist offenkundig nicht Domäne einer Berufsgruppe. Bereits die Psychiatrie-Enquete von 1975 stellte fest, dass nichtärztliche und nichtpsychologische Berufsgruppen, insbesondere die Sozialarbeiter/-innen bzw. Sozialpädagogen/innen, an der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland mitwirken: Sozialarbeiter/Sozialpädagogen „sind auf Grund ihrer speziellen beruflichen Grundausbildung ... sowie ihrer zusätzlichen berufsbegleitenden Weiterbildung in analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie zur Beratung von deren Eltern und anderen Beziehungspersonen qualifiziert“ (S. 298).

Ein integrierendes und kooperatives bio-psycho-soziales Verständnis zwischen Medizin, Psychologie und Sozialarbeit war in Deutschland dennoch lange Zeit nicht gegeben. Seit einigen Jahren wird erkannt, dass zum

Wohle der Betroffenen eine enge Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie erforderlich ist (Fegert 2001). Dabei gewinnen soziale Dimensionen immer wieder auch primäre Bedeutung (Zurhorst 2000). So werden Maßnahmen wie intensive Einzelfallhilfen, Beratung, Familienhilfe bei schwer psychisch gestörten Kindern zunehmend in enger Zusammenarbeit von sozialpädagogischen Fachkräften, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiatern durchgeführt.

Durch die Reform der deutschen Hochschulen ist aber die bisherige Zugangsregelung zur Ausbildung von KJP in Frage gestellt. Konnte sich bisher jede SozialpädagogIn auf der Grundlage des Diploms für einen Ausbildungsplatz zur KJP bewerben, wird durch Bachelor- und Masterstudiengänge der Masterabschluss zur neuen Eingangsvoraussetzung für die Ausbildung werden. Hier entsteht aber angesichts der Diversifizierung sozialarbeiterischer Masterabschlüsse die Frage, welcher Masterabschluss mit welcher Spezialisierung für Sozialpädagogen maßgebend sein wird.

Für Psychologen wird im Rahmen des universitären Studiums angestrebt, einen Master of Science (MSc.) „Klinische Psychologie/Psychotherapie“ zu etablieren, der nach Ansicht ärztlicher und psychologischer Verbände für die Zulassung zur Ausbildung in Psychotherapie bei den Landesbehörden, die für die Ausbildung in Psychotherapie zuständig sind, verbindliche Zulassungsvoraussetzung werden soll. Angesichts dieser klaren und einheitlichen Position der Psychologie sind Praxis, Verbände und (Fach-)Hochschulen für die Soziale Arbeit herausgefordert, der Politik (insbesondere die zuständigen Landesbehörden) ein tragfähiges Profil der Zugangsqualifikation zu liefern, um eine Festschreibung des Uni-Masters in Klinischer Psychologie als alleiniger Zugangsberechtigung zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu verhindern.

Das für Gleichstellung im Sinne einer Äquivalenz mit dem „M.Sc. in Klinischer Psychologie“ notwendige klinische Schwerpunktprofil eines

sozialarbeiterischen Masterabschlusses mit den Kennzeichen Beratung/Behandlung/Therapie in Theorie, Diagnostik und Interventionsmethodik, Forschung und Personaler Kompetenz wird in bereits akkreditierten und zum Höheren Dienst qualifizierenden Studiengängen mit dem Abschluss des „Master of Arts (M.A.)“ in „Klinischer Sozialarbeit“ vermittelt (FH Coburg, ASFH-Berlin, KFH-Berlin). Weitere sozialarbeiterische Masterstudiengänge mit klinischen Schwerpunktsetzungen, auch wenn sie diese Bezeichnung nicht explizit führen (z.B. Beratung, Mental Health; z.B. FH Frankfurt, FH München), könnten ggf. ebenfalls zur Zugangsberechtigung führen, sofern sie die entsprechenden klinischen Kenntnisse und Fähigkeiten in gefordertem Umfang vermitteln (u.a. Dia-

gnostik, klinische Forschungsmethoden, Intervention, klinische Projektarbeit müssen voraussichtlich einen Umfang von 30 bis zu 40 ECTS haben). Die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) arbeitet derzeit in Kooperation mit der Sektion Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) an interdisziplinär anschlussfähigen Standards für klinisch-sozialarbeiterische Kompetenzen auf unterschiedlichen Levels.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie würde als Profession ohne (sozial-) pädagogische und klinisch-sozialarbeiterische Kenntnisse und Kompetenzen eine fachlich unververtretbare Verkürzung erfahren. Die Klärung von Erziehungsfragen, der Umgang mit Multiproblem-Familien, die Förde-

rung sozialer Integration und die Zusammenarbeit mit Einrichtungen und Trägern der Jugendhilfe sind dringende Erfordernisse in der Ausübung des Berufes einer KJP.

Literatur:

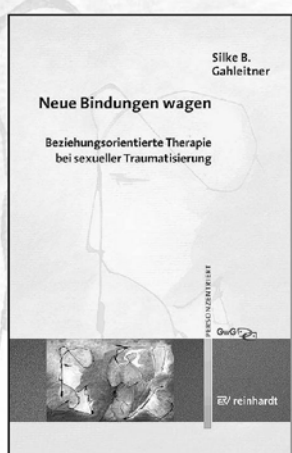
Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung*. Bonn: Deutscher Bundestag. (Drucksache 7/4200.)

Fegert, J. (2001). Ein schwieriges Verhältnis - Problemfelder in der Zusammenarbeit von Psychiatrie und Jugendhilfe. In 10. AGJ-Gespräch. Berlin, 15-31.

Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim/München: Juventa.

Zurhorst, G. (2000). Armut, soziale Benachteiligung und Gesundheit In Sting, S. & Zurhorst, G. (Hg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit* (S. 41-54), Weinheim/München: Juventa.

ANZEIGE



(Personenzentrierte Beratung & Therapie; 2)
2005. 147 Seiten
(3-497-01763-9) kt
€ 18,90 | SFr 33,40

Der Schlüssel zum Erfolg in einer Psychotherapie ist häufig die therapeutische Beziehung. Umso mehr, wenn Erwachsene an einem schlimmen Vertrauensmissbrauch in der Kindheit leiden: an den Folgen einer sexuellen Traumatisierung. Die Autorin verknüpft Erkenntnisse der Bindungsforschung mit dem personenzentrierten Ansatz und zeigt:

- wie frühe Traumata Betroffene in ihrer Entwicklung beeinflussen und spätere Beziehungserfahrungen prägen,
- wie man in der therapeutischen Beziehung Vertrauen wieder herstellen und vorhandene soziale Ressourcen nutzen kann,
- wie Betroffene die vertrauensvolle therapeutische Beziehung erleben und dadurch Mut fassen, sich auf Menschen neu einzulassen.

In der Buchreihe „Personenzentrierte Beratung und Therapie“ außerdem lieferbar:

- J. Bischof: Angehörigenberatung bei Depression (3-497-01759-0)
- I. Langer / S. Langer: Jugendliche begleiten und beraten (3-497-01760-4)

Fordern Sie den kostenlosen GwG-Prospekt an!

reinhardt
www.reinhardt-verlag.de

UTB

UTB-Buchreihe

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Diese Reihe gibt eine übersichtliche Orientierung in die einzelnen Aufgabengebiete der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Sie wurde speziell für Studierende der Sozialpädagogik bzw. Sozialarbeit und Berufseinsteiger im Gesundheitswesen konzipiert.

Bislang erschienen:

Ansen / Gödecker-Geenen / Nau:

Soziale Arbeit im Krankenhaus

UTB-S (3-8252-2561-5)

Dörr: **Soziale Arbeit in der Psychiatrie**

UTB-S (3-8252-2696-4)

Geißler-Piltz / Mühlum / Pauls:

Klinische Sozialarbeit

UTB-S (3-8252-2697-2) kt

Mühlum / Gödecker-Geenen:

Soziale Arbeit in der Rehabilitation

UTB-S (3-8252-2473-2)

Steen: **Soziale Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst**

UTB-S (3-8252-2654-9)

Sting / Blum: **Soziale Arbeit in der Suchtprävention**

UTB-S (3-8252-2474-0)

Student / Mühlum / Student: **Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care**

UTB-S (3-8252-2547-X)

Weiß / Neuhäuser / Sohns:

Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie

UTB-S (3-8252-2548-8)

Studium und Ausbildung

Die **Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin** bietet seit dem Sommersemester 2004 einen postgradualen und berufsbegleitenden Studiengang der Klinischen Sozialarbeit an, der mit einem international anerkannten Mastergrad (Master of Arts, M.A.) abgeschlossen wird. Der Schwerpunkt des Masterstudiums liegt in der kritischen Auseinandersetzung mit Theorien und Handlungskonzepten psychosozialer Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, Behinderungen und in schweren psychosozialen Krisen. Die inhaltliche Konzeption des Studiums orientiert sich an Handlungs- und Arbeitsfeldern der Sozial- und Gemeindepsychiatrie und -psychologie. Der Studiengang vermittelt ein breites Methodenspektrum, das individuell auf die gesundheitlich gefährdete, erkrankte oder behinderte Person in ihrer jeweiligen sozialen Lebenswelt abgestimmt wird und ist von einer engen Theorie-Praxis-Verzahnung geprägt. Der Studiengang ist akkreditiert und berechtigt für die Laufbahn zum Höheren Dienst.

Weitere Informationen:
<http://www.khsb-berlin.de/Klinische-Sozialarbeit/index.htm>

Der berufsbegleitende Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit der **Alice-Salomon Fachhochschule Berlin** und der **Fachhochschule Coburg** befindet sich nun im 4. Durchgang. Studierende erwerben in sechs Semestern vertiefte Theoriekenntnisse, Handlungs- und Forschungsmethoden für ein komplexes Betätigungsfeld im Bereich der Beratung und Behandlung sowie psychopädagogischer Unterstützung in ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen. Zielgruppe sind vor allem schwer erreichbare, isolierte Menschen in Krisen, schweren Belastungen, psychischen und chronischen Erkrankungen in allen Lebensaltern. Die Absolventinnen und Absolventen arbeiten an der Schnittstelle zwischen sozialem, psychologischem, pädagogischem und medizinischem Bereich. Das Studium ist eingebettet in regelmäßige Forschungswerkstätten, Fachtagungen und internationale Kooperationen, schließt mit dem akademischen Titel „Master of Arts“ (M.A.) und befähigt damit auch zu qualifizierter Forschung, zur Promotion und zur Laufbahn für den Höheren Dienst.

Weitere Informationen:
<http://www.klinische-sozialarbeit.de>,
<http://www.fh-coburg.de/sgcsw>,
<http://www.asfh-berlin.de/index.php?id=85>.

Literatur zum Einstieg

Pauls, H. & Mühlum, A. (2004). *Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit*. In diesem Heft.

Geißler-Piltz, B. Mühlum, A. & Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Reinhardt - UTB. (Sozialarbeit im Gesundheitswesen. 1.).

Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa.

Dörr, M. (Hrsg.). (2002). *Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse*. Hohengehren: Schneider.

Gödecker-Geenen, N. & Nau, H.(Hg.). (2002). *Klinische Sozialarbeit. Eine Positionsbestimmung*. Münster: Lit.

Sting, S. & Zurhorst, G. (Hg.). (2000). *Gesundheit und Soziale Arbeit*. Weinheim: Juventa.

Weitere Hinweise unter:
<http://www.klinische-sozialarbeit.de>
(Rubrik: Forschung und Wissenschaft)

ANZEIGE

ALICE SALOMON



FACHHOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences



fachhochschule
coburg
university of applied sciences

Berufsbegleitender Masterstudiengang **Klinische Sozialarbeit Master of Arts (MA)**

Start des 5. Kurses im Sommersemester 2006

Klinische Sozialarbeit ist beratende und behandelnde Sozialarbeit. Sie wird ambulant, teilstationär und stationär in vielen sozialarbeiterischen Arbeitsfeldern erbracht, z.B. in Beratungsstellen, Vor- und Kernfeldern der Psychiatrie, in der Rehabilitation, in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe und der Krankenhaussozialarbeit.

Das Masterprogramm ist akkreditiert und qualifiziert für den Höheren Dienst.

- Theorien, Interventions- u. Forschungsmethoden
- psycho-soziale Beratung
- Sozialtherapie
- Krisenintervention
- Rehabilitation
- Case Management
- Qualitätssicherung
- Durchführung in 10 Blockveranstaltungen pro Jahr
- Befähigung zur klinisch-sozialen Arbeit
- Expertise in Beratung und Behandlung, praxisorientierter Forschung und systemischen Management-Kompetenzen
- International anerkannter Abschluss mit Promotionsmöglichkeit

Der neue Kurs beginnt zum Sommersemester 2006.

Bewerbungen sind ab sofort möglich.

Nähere Informationen finden Sie unter www.fh-coburg.de
Telefon: (09561) 317-116 (Frau Lämmrich)

Weitere Informationen zur Klinischen Sozialarbeit finden Sie unter www.klinische-sozialarbeit.de