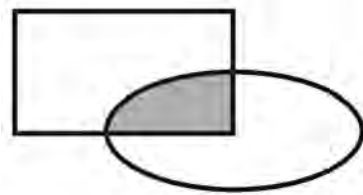


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



16. Jg. ■ Heft 3 ■ Juli 2020



Inhalt

**Jubiläumsausgabe:
15 Jahre Zeitschrift für
Klinische Sozialarbeit**

3 Editorial

**4 Weitere Professionalisierung der
Klinischen Sozialarbeit braucht eine
qualitativ hochwertige Fachzeitschrift**
Interview mit Silke B. Gahleitner & Gernot Hahn

**6 Klinische Sozialarbeit 2020 –
Wo stehen wir?**
Dieter Röh

10 Alice Salomon
Pionierin der Klinischen Sozialarbeit und ihre aktuelle Bedeutung
Katarina Prchal

**13 Alumni der Klinischen Sozialarbeit:
Erfahrungen und Perspektiven**

**16 Gesundheitsbezogene Register
als Chance für Praxis und Forschung
der Klinischen Sozialarbeit**
Thomas Friedli & Brigitte E. Gantschnig

**18 Soziale Arbeit in Neuseeland – Eindrücke
einer Studentin der Klinischen Sozialarbeit**
Christine Richardson

2 Zu dieser Ausgabe: Autor*innen, Termine, Informationen,
Wissenschaftlicher Beirat, Impressum

20 Rezension

Herausgeber

- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.
- European Centre for Clinical Social Work e.V.

DEUTSCHE VEREINIGUNG
FÜR SOZIALE ARBEIT
IM GESUNDHEITSWESEN E.V.

DVSG

Gemeinsam für die Soziale Arbeit
im Gesundheitswesen.

DGSA

ECCSW

Zu den Autor*innen dieser Ausgabe

Katrin Blankenburg, Dipl. Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin und M.A. Klinische Sozialarbeit, Referentin bei der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Berlin, Beraterin der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) Märkischer Sozialverein Oranienburg.
Kontakt: katrin.blankenburg@dvsg.org

Thomas Friedli, M.Sc., Dipl. Sozialarbeiter, wissenschaftlicher Assistent an der Universitätsklinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie am Inselspital Bern und an der Universität Bern. Co-Präsident des Schweizerischen Fachverbandes Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (sages).
Kontakt: tom.friedli@insel.ch

Silke Birgitta Gahleitner, Prof. Dr. phil. habil., Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit im Arbeitsbereich Psychosoziale Diagnostik und Intervention an der Alice Salomon Hochschule in Berlin.
Kontakt: silke.gahleitner@icloud.com

Brigitte E. Gantschnig, Prof. Dr. phil., Leiterin der Forschungsstelle Ergotherapie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften und Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Inselspital Bern und an der Universität Bern. Kontakt: Brigitte.Gantschnig@insel.ch

Gernot Hahn, Dr. phil., Diplom-Sozialpädagoge und Diplom-Sozialtherapeut, Leiter der Forensischen Ambulanz im Klinikum am Europakanal Erlangen, Lehrbeauftragter in Weiterbildungsstudiengängen Klinischer Sozialarbeit in Coburg, Berlin, Wien und Dornbirn.
Kontakt: info@gernot-hahn.de

Anke Heinze, Dipl. Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin und M.A. Klinische Sozialarbeit, Regionalleiterin Pankow/Lichtenberg, Pinel gemeinnützige Gesellschaft mbH. Kontakt: anke.heinze@pinel.de

Katarina Prchal, Diplom Rehabilitationspädagogin und M.A. Klinische Sozialarbeit, Arbeitsschwerpunkte: empirische Fundierung der gesundheitsorientierten Sozialen Arbeit, Soziale Arbeit und Pflege, Pflegegeschichte und -entwicklung, Gesundheitsförderung im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe.
Kontakt: kprchal@gmx.de

Christine Richardson, B.A. Soziale Arbeit, Masterstudentin Klinische Sozialarbeit an der KHSB.
Kontakt: christine.richardson@stud.khsb-berlin.de

Dieter Röhr, Prof. Dr., Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, MPH, Professor für Soziale Arbeit an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg.
Kontakt: dieter.roeh@haw-hamburg.de

Christopher Romanowski-Kirchner, Prof. Dr. phil., M.A., Sozialpädagoge, Clinical Social Worker (ZKS/ECCSW), Professor für Soziale Arbeit mit Schwerpunkt Kinder und Jugendhilfe an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg in Heidenheim. Kontakt: christopher.romanowski-kirchner@dhbw-heidenheim.de

Juliane Wahren, Dr. phil., Diplom Sozialarbeiterin/-pädagogin (FH) und M.A. Klinische Sozialarbeit, Dozentin für Soziale Arbeit an der IUBH Internationale Hochschule Berlin.
Kontakt: jwahren@web.de

Fortbildungen und Tagungshinweise

Promotionsrundmail

Die monatliche Promotionsrundmail der Fachgruppe Promotionsförderung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) informiert auch in Zeiten ausfallender Tagungen über Vernetzungsmöglichkeiten, Stellen für Promovierende und Stipendien, call for papers und andere Nachrichten der Förderung von Doktorand*innen nach FH-Abschluss in Sozialer Arbeit. Wissenschaftsbezogene Nachrichten aus der Klinischen Sozialarbeit sind willkommen! Anmeldung bei Prof. Dr. Rudolf Schmitt, E-Mail: r.schmitt@hszg.de

Forderungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für Forschung der Sozialen Arbeit

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) hat in einem Positionspapier zentrale Forderungen im Hinblick auf eine Förderung von Forschung der Sozialen Arbeit formuliert. Sie richten sich damit vor allem an politische Akteur*innen, die grundsätzliche Richtungsentscheidungen in den Bereichen der Wissenschafts-, Hochschul- und Arbeitsmarktpolitik treffen, Förderprogramme auf unterschiedlichen Ebenen aufsetzen und über die Verwendung bzw. Vergabe von Mitteln entscheiden. Gefordert werden u.a. ausreichende Mittel für anwendungsorientierte Grundlagenforschung und eine Öffnung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) für grundlagenorientierte Forschung der Sozialen Arbeit!
Download unter www.dgsa.de (Aktuelles aus der DGSA)

Appell der Wissenschaft:

Mehr Kinderschutz in der Corona-Pandemie

Über 100 Hochschulprofessor*innen und Wissenschaftler*innen, die in Studiengängen der Sozialen Arbeit und Pädagogik lehren und wissenschaftlich zum Fachgebiet Kinderschutz arbeiten, wenden sich mit einem Appell an die Öffentlichkeit, an Politik und Verwaltung, weil sie in der Corona-Krise in Sorge über die Situation gefährdeter Kinder und Jugendlicher sind. Der Appell soll die Politiker*innen auf die schwierige Situation von gefährdeten Kindern und Jugendlichen

aufmerksam machen, wenn Jugendämter aufgrund der Corona-Krise nicht mehr vollumfänglich arbeitsfähig sind oder Hausbesuche nicht stattfinden können, Tagungsgruppen geschlossen werden und klare Vorgaben durch die Politik fehlen. „Kinderschutz ist systemrelevant“ lautet die zentrale Aussage.
Download unter: www.frankfurt-university.de (Aktuelles)

Call for Papers: „1960 – 1980: Die bewegten und bewegenden Jahre in Ausbildung, Praxis und Wissenschaft der Sozialen Arbeit“

An der HAW Hamburg findet vom 19. bis 21. Mai 2021 die Tagung „1960 – 1980: Die bewegten und bewegenden Jahre in Ausbildung, Praxis und Wissenschaft der Sozialen Arbeit“ statt. Die Veranstaltung soll Raum für historische, empirische und theoretische Auseinandersetzungen zu den Entwicklungen in dieser Zeit bieten. Entstehung und Einfluss gesellschaftlicher Bewegungen auf die wissenschaftlichen und professionellen Entwicklungen im großen Maßstab sollen ebenso dargestellt werden, wie einzelne Ausschnitte der Entwicklungen in Handlungsfeldern, Institutionen, Praxen und in der Ausbildung bzw. dem Studium Sozialer Arbeit. Die Veranstalter hoffen auf eine erste Gesamtschau sowie vielfältige Einzelanalysen. Erwünscht sind insbesondere weitere, neue und aufklärende Arbeiten über die Entwicklung der Praxis, der Methoden und der Ausbildungs- bzw. Studienlandschaft (in) der Sozialen Arbeit in den 1960er- und 1970er-Jahren sowie, um Forschungslücken zu schließen, viele Arbeiten zu den Entwicklungen in der DDR oder im Ost-/West-Vergleich. Vorschläge für Tagungsbeträge können bis zum 15. September eingereicht werden.

Call for Papers und weitere Informationen unter: <https://www.haw-hamburg.de/detail/news/news/show/1960-1980-die-bewegten-und-bewegenden-jahre-in-ausbildung-praxis-und-wissenschaft-der-sozialen/>

Save the Date

10. Fachtagung Klinische Sozialarbeit am 6. und 7. Mai 2021, Hochschule Coburg

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner, Hochschule München

Prof. Dr. Silke B. Gahleitner, Alice Salomon Hochschule Berlin

Prof. Dr. Johannes Lohner, Hochschule Landshut

Prof. Dr. Helmut Pauls, Hochschule Coburg

Prof. Dr. Elisabeth Steiner, Fachhochschule FH Campus Wien

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst, Hochschule Mittweida

Impressum

Herausgeber:

DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (v.i.S.d.P.)
DGSA – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit
ECCSW – European Centre for Clinical Social Work e.V.

Redaktionsteam:

Anna Lena Rademaker (Leitung)
Gerhard Klug
Ute Antonia Lammel
Ingo Müller-Baron & Katarina Prchal (Hefverantwortung)

Anzeigenakquise:

Ingo Müller-Baron,
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
E-Mail: ingo.mueller-baron@dvsg.org

Anschrift der Redaktion:

Redaktion „Klinische Sozialarbeit“
c/o Dr. Anna Lena Rademaker
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
Alt Moabit 91, 10559 Berlin
Tel.: +49 (0) 551 5032 138 (Büro Göttingen)
E-Mail: anna.lena.rademaker@dvsg.org

Layout, Grafik & Schlussredaktion:

Jill Köppe, Perfect Page, Karlsruhe
Jan Schuster, Perfect Page, Karlsruhe

Druck:

Bachmann & Wenzel Offsetdruck GmbH, Karlsruhe

Erscheinungsweise:

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

ISSN: 1861-2466

Auflagenhöhe: 2.490 Exemplare

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.

Kommende Ausgaben

4/2020 **Resilienz**
(Redaktionsschluss: 15.06.2020)

1/2021 **Sozialraumorientierung**
(Redaktionsschluss: 15.09.2020)

State of the Art – 15 Jahre Zeitschrift Klinische Sozialarbeit

Die erste Ausgabe „Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung“ erschien im Jahr 2005. In der Zeitschrift der Klinischen Sozialarbeit werden theoretische, empirische, konzeptionelle und praxeologische Beiträge berücksichtigt, die einen direkten Bezug zur Klinischen Sozialarbeit aufweisen oder diesen herzustellen vermögen.

In den ersten Ausgaben der Zeitschrift galt es, die Klinische Sozialarbeit innerhalb der Science Community zu positionieren (State of the Art, Jahrgang 1 (2005) und Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit mit ihren klassischen Interventionsformen Sozialdiagnostik, Sozialtherapie und Beratung zu etablieren (beispielsweise Psychosoziale Diagnostik, Jahrgang 2 (2006), Heft 2). In den 15 Jahren ihres Bestehens ist die Zeitschrift ebenso am internationalen Diskurs beteiligt und informiert in diesem Kontext über aktuelle Entwicklungen in der Clinical Social Work Community (beispielsweise Clinical Social Work in den USA, Jahrgang 2 (2006), Heft 4 /Clinical Social Work International, Jahrgang 15 (2019), Heft 2). Die Zeitschrift verweist in ihren Publikationen mit Blick auf sozial benachteiligte, stigmatisierte oder marginalisierte Gruppen auf Missstände in der Gesellschaft, die als grundlegend für multi-komplexe Problemlagen ihrer Adressat*innen angeführt werden können (beispielsweise Teilhabe und Selbstbestimmung durch das BTHG?!; Jahrgang 14 (2018), Heft 2).

Resümierend kann gesagt werden, dass die Zeitschrift „Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung“ immer aktuelle Themen der Sozialen Arbeit, der gesundheitsorientierten Sozialarbeit und der Klinischen Sozialarbeit aufgegriffen und diskutiert hat. So kann diese Ausgabe auch nicht umhinkommen, die aktuellen Ereignisse – die bei Veröffentlichung Juni 2020 weiterhin bestehen werden – im Editorial zu thematisieren. Wie alle Menschen waren alle an der Zeitschrift beteiligt

Autor*innen unmittelbar von den Folgen der Corona-Pandemie betroffen, sei es, dass im Haushalt homeoffice, homeschooling und homestudying organisiert, die anstehenden Lehrveranstaltungen als Onlinekonzept erarbeitet oder dass eine „andere“ Soziale Arbeit ohne Klient*innenkontakt entwickelt werden mussten. Insbesondere die Kontaktreduzierung und Maßnahmen des Gesundheitsschutzes treffen die besonders vulnerablen Personengruppen und es ist nicht einzuschätzen, welche Auswirkungen diese Krise haben wird. Insofern wird das Redaktionsteam der Zeitschrift die Entwicklungen weiterhin verfolgen und in nachfolgenden Ausgaben thematisieren.

Rückblick auf 15 Jahre

„Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung“

Diese Ausgabe versucht, einen Bogen zu spannen über historische, vergangene, gegenwärtige, perspektivische und offene Fragen, die sich der Klinischen Sozialarbeit stell(t)en. Dies erfolgt teilweise mit einem zufriedenen Lächeln, einem kritischen Blick und auch mit sehr persönlichen Aussagen.

Der erste Beitrag ist den Anfängen der Zeitschrift „Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung“ gewidmet. Silke Birgitta Gahleitner und Gernot Hahn beantworten im Interview Fragen zu den Anfangszeiten des Projektes und aktuellen Herausforderungen. Beide gehörten zu den Initiator*innen der Zeitschrift und haben in den ersten Jahren die Redaktionsarbeit maßgeblich getragen und mit großem Engagement das Projekt vorangebracht. Daran anschließend fragt sich Dieter Röh: „Wo stehen wir? und zwingt die Leser*innen, sich kritisch mit der aktuellen Lage und der Zukunft der Klinischen Sozialarbeit auseinanderzusetzen. Dabei, und dieser Bitte möchten wir nachgehen, wünscht er sich, dass die Diskussion, die er mit seinem kritischen Statement bestimmt anstoßen wird, im Rahmen der Zeitschrift

weiter aufgegriffen werden kann. Katarina Prchal gibt einer bedeutenden Pionier*in in ihrem Beitrag den Raum. Alice Salomon gehört aus ihrer Sicht zu den wichtigsten Figuren der Klinischen Sozialarbeit und ihr Beitrag zur Entwicklung und Etablierung der Klinischen Sozialarbeit soll hier hervorgehoben und gewürdigt werden. Anschließend kommen drei ehemalige Studentinnen des Masterstudiengangs Klinische Sozialarbeit zu Wort, die den Leser*innen einen Einblick geben, wie unterschiedlich die Motivation für ein solches Studium sein kann und in welchen Bahnen die weiteren beruflichen Entwicklungen in den Jahren nach Beendigung des Studiums verlaufen können.

Im letzten Teil soll ein Blick über Deutschland hinweg auf aktuelle Debatten der Clinical Social Work geworfen werden. Zunächst analysieren Thomas Friedli und Brigitte E. Gantschnig die derzeit in der Schweiz existierenden gesundheitsbezogenen Register, von denen keines ein sozialarbeiterisches ist. Gesundheitsbezogene Register übernehmen wichtige Funktionen in der Überprüfung von Versorgungsqualität, Wirksamkeit und Kostenwirksamkeit von medizinsch-therapeutischen Leistungen. Ihr Beitrag zeigt den Nutzen und die Herausforderungen von Registern für Praxis und Forschung der Klinischen Sozialarbeit auf. In dem weiteren Beitrag berichtet Christine Richardson, die in Berlin den Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit studiert und im Rahmen des Moduls „Sozialtherapie“ die Gelegenheit hatte, die Entwicklungen der Sozialen Arbeit in Neuseeland kennen zu lernen, wie der Stand der Klinischen Sozialarbeit sowie Sozialtherapie dort ist.

Wir wünschen den Leser*innen in diesen Tagen vor allem Gesundheit und freuen uns auf Ihre Anregungen und Kommentare dieser Jubiläumsausgabe.

Für die Redaktion
Katarina Prchal & Ingo Müller-Baron

Weitere Professionalisierung der Klinischen Sozialarbeit braucht eine qualitativ hochwertige Fachzeitschrift

Interview mit Silke B. Gahleitner & Gernot Hahn

Die Klinische Sozialarbeit – Fachzeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung wurde gemeinsam von der Sektion Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA), der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) und der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) als ein zunächst auf ein Jahr begrenztes Projekt gegründet. Das erste Redaktionsteam bestand aus Silke Gahleitner, Norbert Gödecker-Geenen, Gernot Hahn und Uwe Klein. Die derzeitige Redaktion sprach mit den beiden treibenden Kräften dieser seit mittlerweile 15 Jahren erfolgreichen Initiative über die Gründungsphase und die künftigen Perspektiven der Fachzeitschrift und der Klinischen Sozialarbeit.

KlinSa: Was war 2005 ausschlaggebend für die Gründung einer neuen Fachzeitschrift, die sich speziell der Klinischen Sozialarbeit widmen sollte?

Die Idee zur Gründung einer Fachzeitschrift Klinische Soziale Arbeit entstand Ende 2004 am Rande der Sektionssitzung Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) in Kassel. Zum damaligen Zeitpunkt fehlte eine periodisch erscheinende Publikation, die geeignet war, den Diskurs, theoretische Grundlagen, Praxisaspekte, Forschungsbeiträge etc. regelmäßig zu publizieren, an die Community zu kommunizieren und dadurch die Entwicklung der Fachsozialarbeit voranzutreiben. Gemeinsam mit Uwe Klein fand sich – damals relativ spontan – das erste Redaktionsteam zusammen, zunächst unter der Redaktionsleitung von Uwe Klein, nach dessen Ausscheiden dann unter der Leitung von Gernot Hahn.

Die Redaktion wurde mit der Zeit personell ergänzt, etwa durch Gerhard Klug, die Absprachen erfolgten in dem kleinen Kreis in einem kreativen Prozess hinsichtlich Themenschwerpunkten, Artikel- und Autor*innenauswahl. Großes Thema war von Beginn an die Finanzierung der Fachzeitschrift, wobei hier unterschiedliche Akteure (Fachverbände) und Privatinvestoren gefunden werden konnten und sich mit der Zeit auch solvente Annoncengeber finden ließen.

Um die Publikationstätigkeit nachhaltig gestalten zu können haben Helmut Pauls und Gernot Hahn den „ZKS-Verlag“ gegründet und als Unternehmen über viele Jahre geführt. Dort wurden und werden die älteren Ausgaben der Zeitschrift online veröffentlicht – als Open-Access-Projekt. Die Zugriffe auf diese Seite und die Verbreitung der Zeitschrift sind erfreulich hoch, sodass neben der Printausgabe eine erhebliche elektronische Verbreitung erreicht werden konnte.

KlinSa: Was waren die Herausforderungen bei der Gründung des neuen Mediums?

Die Herausforderungen lagen von Anfang an darin, mit knappen Ressourcen auskommen zu müssen: wenig Personal, wenig Geld. Mit der Zeit konnte die finanzielle Basis des Heftes – vor allen Dingen Dank der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) – teilweise gesichert werden. Allerdings mussten Einzelpersonen immer wieder finanziell zur Seite springen und durch private Zahlungen dafür sorgen, dass das Heft dauerhaft überleben konnte. Dies gelang weitgehend und das Heft konnte schließlich sogar im Seitenumfang erweitert werden.

Eine andere Herausforderung war, dass die Zeitschrift zu keinem Zeitpunkt

durch eine professionell gestützte Redaktion gestaltet werden konnte. Also haben sich die Verantwortlichen der Redaktion „nebenbei“ mit der Konzeption, der Anfrage von Autor*innen, dem Einwerben von Beiträgen, der Sicherstellung der finanziellen Grundlagen, der technischen Herstellung und teilweise dem Vertrieb beschäftigt. Das war natürlich anstrengend, allerdings auch ein intensiver Lernprozess, der auch deshalb erfolgreich war, weil das Redaktionsteam von Beginn an eng, vertrauensvoll und kreativ zusammengearbeitet hat.

Ein Mangel an veröffentlichungswürdigen Inhalten bestand hingegen nie. Es zeigte sich im Gegenteil, dass die anstehenden Themen, Ansätze, Forschungsbeiträge, Praxisanalysen und wissenschaftlichen Diskussionen sich so breit entwickelten, dass das Format einer schmalen Fachzeitschrift immer wieder überlastet erschien. Aus diesem Grund entstanden die „Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung“, eine Buchreihe zur Klinischen Sozialarbeit im Psychiatrie Verlag – einem wichtigen Partner im psychosozialen Bereich. Hier erschienen zwischen 2008 (also drei Jahre nach Gründung der Zeitschrift) und 2015 insgesamt sieben umfangreiche Reader zu Themenbereichen wie „Zielgruppen und Arbeitsfelder Klinischer Sozialarbeit“, „Forschung“, „Diagnostik“ und andere.

KlinSa: Wie sehen Sie die Entwicklung der Zeitschrift in den letzten 15 Jahren?

Die Zeitschrift hat sich nach wirtschaftlich schwierigen Anfangszeiten konsolidiert und ist eine unverzichtbare Stimme im Bereich der Klinischen Sozialarbeit geworden. Sie sorgt dafür, dass die unterschiedlichen Akteure im deutschsprachigen Raum eine gemeinsame und aktuell Publikations-

basis nutzen können, um sich auszutauschen und die Fachsozialarbeit weiterzuentwickeln. Die von Beginn an drängenden Fragen (Sicherstellung der Finanzierung, Print- oder Onlinepublikation) scheinen weiter zu bestehen. Das ist aber im Bereich zentraler Fachzeitschriften in der Wissenschaft wie Praxis keineswegs ungewöhnlich. Wichtig ist, dass die Zeitschrift weiterhin existiert und floriert – die Gründungsvertreter*innen hatten zunächst eine Pilotphase von einem Jahr vereinbart – nach 15 Jahren kann man von einem beachtlichen Erfolg sprechen. Die Zeitschrift bietet sowohl etablierten Kolleg*innen in der Klinischen Sozialarbeit, vor allem aber dem wissenschaftlichen Nachwuchs, eine wichtige Plattform für einen lebendigen Austausch! – Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit hat sich in den letzten Jahren etabliert.

KlinSa: Wie beurteilen Sie die Entwicklung und wo liegen die Herausforderungen? – Wie hat sich die Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit etabliert?

Heute, 2020 existieren mehrere Masterstudiengänge, die ersten Absolvent*innen haben den Sprung als Lehrende an die Hochschulen geschafft, es wird geforscht, getagt, publiziert und promoviert – und viel diskutiert. Die Szene ist lebendig geworden. Allerdings gibt es dort, wo man in Gewerkschaftskreisen von „Organisationsgrad“ spricht, weiterhin große Lücken: die Beteiligung und aktive Mitarbeit in den Fachgremien, beispielsweise im ECCSW, könnte deutlich besser sein. Da ist sicher noch viel Luft nach oben, allerdings gilt das auch für die Beteiligung der Sozialarbeiter*innen beim DBSH im Allgemeinen.

Nicht bewältigt worden ist auch eine heilberufsrechtliche Regelung für Klinische Sozialarbeiter*innen. Wolf Crefeld hat eine solche schon 2003 gefordert, die Initiativen dazu sind eingestellt worden oder im Sande verlaufen und gegenwärtig sieht es auch nicht nach einer solchen Verankerung Klinischer Sozialarbeit im Gesundheitssystem aus. Allerdings besteht auch aktuell die Frage, ob eine Zusammenarbeit beispielsweise in der aktuellen Entwicklung der Psychotherapie

überhaupt noch die Interessen der Klinischen Sozialarbeit – und vor allem der Klient*innen – widerspiegelt. Die stark symptomorientierte Ausrichtung der Psychotherapie lässt viele Hard-to-reach-Klient*innen im Regen stehen, da benötigt es eher alternative sozialtherapeutische Konzepte. Hierfür müsste man sinnvolle Abrechnungs- und Stellenmöglichkeiten schaffen. Die Sektion Klinische Sozialarbeit der DGSA arbeitet daran.

Auch das Projekt der Zertifizierung Klinische Sozialarbeit müsste sich nach dem Übergang der „Zentralstelle Klinische Sozialarbeit“ in den ECCSW noch stärker in die Breite entwickeln. Für das für die Fachsozialarbeit wichtige Projekt eines eigenen Fachverlags – des ZKS-Verlags – hat sich zum Glück nun eine Lösung finden lassen. Allerdings konnte dies nur realisiert werden, weil Einzelpersonen die publizistischen Aufgaben übernommen haben. Von der Beteiligung der Fachgesellschaften ist hier wenig oder gar nichts zu sehen. Das wäre wünschenswert wieder ins Lot zu bringen. Allerdings hat gerade das Verlagsprojekt, an dem weiterhin die Gründungsvertreter*innen der Zeitschrift beteiligt sind, erfreuliche Entwicklungszahlen, die Onlinezugriffe entwickeln sich dynamisch und die Online-Plattform ist eine gut eingeführte und konsolidierte Veröffentlichungsmöglichkeit – gerade auch für Qualifikationsarbeiten aus den Studiengängen der Klinischen Sozialarbeit.

Bei allen Sorgen und Nöten, wir teilen keineswegs den Pessimismus, der immer mal wieder im Zuge des Rückblicks auf die Entwicklungen der letzten 20 Jahre aufkommt. In den Verbleibstudien der Masterstudiengänge dokumentiert sich deutlich, dass die Absolvent*innen nicht nur Zugang zu weit verantwortungsvolleren Stellen durch den Studiengang erwerben (fast alle durchlaufen einen Stellenwechsel), auch im Gehaltsbereich zeichnet sich ein deutlicher Mehrwert für die Studierenden ab. Nicht selten landen Klinische Sozialarbeiter*innen auf Psycholog*innenstellen, da sie im Hard-to-reach-Bereich wie beispielsweise dem Strafvollzug, dem Suchtbereich etc. deutlich besser eingesetzt werden

können. Anstellungsträger und Politik sehen also offenbar sehr wohl einen Mehrwert in dieser Studienrichtung. Auch die Praxisforschung in diesem Bereich ist nahezu explodiert – man braucht als Beispiel nur in die klinisch orientierte Jugendhilfeforschung blicken – manche Fachrichtungen wie die Traumapädagogik haben sich völlig neu etabliert. Mit 5000 Abgänger*innen, entsprechender Curricula und ersten Zertifizierungen von Praxiseinrichtungen, eingebettet in stete begleitende Praxisforschungs- und Evaluationsprojekte, kann sich dieses Beispiel sehen lassen. Und dies ist nur eines von vielen aus dem Bereich der Klinischen Sozialarbeit. Das Gleiche gilt für den wissenschaftlichen Nachwuchs: Die Promotionskolloquien mussten in den letzten Jahren ständig ausgeweitet werden, es gibt sie jetzt an drei Orten dreimal im Jahr, ein vierter Ort wird gerade etabliert. Aus diesen Kolloquien sind eine Reihe (wissenschaftlicher) Beiträge für die Klinische Sozialarbeit entstanden. Und wunderbare Nachwuchskräfte für die Hochschullandschaft! – Das bedeutet natürlich nicht, dass es nichts zu tun gäbe und nicht immer noch eine Menge Pioniergeist von Studierenden wie Hochschulangehörigen benötigt wird, aber es macht auf jeden Fall Mut, voranzugehen und den Weg fortzusetzen.

Helmut Pauls hat bei der Gründung des ersten Masterstudiengangs Klinische Sozialarbeit an der FH Coburg im Jahr 2000 formuliert, dass es wohl 20 Jahre dauern wird, bis eine fachwissenschaftliche Vertiefungsrichtung im Bereich der Sozialen Arbeit wirklich etabliert werden kann. Dies kann 2020 nicht als erreicht betrachtet werden, aber der Weg erscheint richtig. Die anfänglichen Fragen „Klinisch? Das heißt wohl Sozialdienst im Krankenhaus. Das ist doch keine Fachsozialarbeit, sondern lediglich ein Arbeitsfeld“ werden kaum noch gestellt. Die Fachsozialarbeit ist weitgehend etabliert und wird respektiert. Es stehen aber sicher noch weitere Jahre der Entwicklung an, die von Praxisforschung, Grundlagenarbeiten, Professionalisierung gekennzeichnet sein müssen. Und die durch eine qualitativ hochwertige Fachzeitschrift begleitet werden muss.

Klinische Sozialarbeit 2020 – Wo stehen wir?

Dieter Röh

Klinische Sozialarbeit – wo stehen wir? Am Scheideweg würde ich sagen! Die Redaktion hatte mich vor nicht allzu langer Zeit gebeten, einen Beitrag für die Jubiläumsausgabe zu schreiben. Ich möchte dem gerne so entsprechen, dass ich eine persönliche Positionierung verfasse, die meine Einschätzung zur aktuellen Lage und zur Zukunft der Klinischen Sozialarbeit widerspiegelt. Diese Position hat sich in den letzten Monaten herauskristallisiert und ich verstehe sie als Diskussionsanregung – ja vielleicht sogar als Streitpunkt. Wundern Sie sich nicht über den teilweise frustriert klingenden Unterton, für mich hatte das Schreiben eine kathartische Wirkung. Aber das soll nicht im Vordergrund stehen, denn mir geht es eher darum, die fachliche Diskussion um den Stand der Klinischen Sozialarbeit zu katalysieren.

Lassen Sie mich zunächst meinen persönlichen Weg hin zur und gemeinsam mit der Klinischen Sozialarbeit beschreiben, dann wird wahrscheinlich deutlicher, woher meine fachliche Einschätzung rührt. Schon in meinem Sozialarbeitsstudium in den 1990-er Jahren wurde ich durch Heinz-Alex Schaub auf eine interessante Idee und ein Projekt aufmerksam gemacht, das sofort meine Begeisterung entfachte, mich damit zu befassen. Später wurde daraus auch ein wesentlicher Teil meiner wissenschaftlichen (Publikations-) Tätigkeit. Ich studierte damals bei ihm im Schwerpunkt Sozialpsychiatrie. Gleichzeitig fasziniert vom Aufruf Silvia Staub-Bernasconis, die Bescheidenheit zu beenden (Staub-Bernasconi 1995), wie von der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) 1989, die ich aber so noch nicht auf dem Schirm hatte, begann ich, mich mit der Klinischen Sozialarbeit auseinanderzusetzen. Und dabei fiel

mir das vom damals noch so genannten „Arbeitskreis Sozialarbeit & Gesundheit“ verabschiedete und von der DGS 2001 publizierte „Plädoyer für klinische Sozialarbeit als Fachgebiet der Sozialen Arbeit“ in die Hände, unterzeichnet von insgesamt 19 Hochschullehrenden, darunter Albert Mühlum, als Leiter des AK, Harald Ansen, Wolf Crefeld, Peter Dentler, Brigitte Geißler-Piltz, Astrid Hedtke-Becker, Helmut Pauls, Gerhard Trabert, Heiko Waller, Wolf Rainer Wendt und Günter Zurchorst. Alles Namen, die in den darauffolgenden Jahren und auch davor dafür standen, den Diskurs um die Klinische Sozialarbeit wesentlich mit zu prägen. Sie kannten die Wurzeln der Sozialarbeit in der Gesundheitsfürsorge, sahen das Thema Gesundheit in der Sozialarbeit historisch verwurzelt, wiesen auf den Diskurs um Clinical Social Work hin und zeigten die Kompetenz der Klinischen Sozialarbeit zur Bearbeitung gesundheitlicher Probleme auf. Manche sind bis heute treibende Kräfte der akademischen Auseinandersetzung um dieses Thema geblieben, andere sind hinzugekommen, manche haben sich anderen, aber verwandten Themen der Sozialen Arbeit oder anderer verwandter Disziplinen zugewandt. Ich bekam Lust, mich an diesem Diskurs zu beteiligen.

Das oben genannte Plädoyer, das als Initial für die zukünftige Entwicklung gelten kann, enthielt erstens eine allgemeine Beschreibung der „Aufgaben Sozialer Arbeit in Bezug auf Gesundheit und Gesundheitsförderung“ und zweitens eine Begründung der davon stellenweise abweichenden, weil besonderen Kompetenz „Klinische(r) Sozialarbeit als eine(r) spezifische(n) Praxis und Theorie“ sowie drittens einen Blick auf „Perspektiven für die weitere Entwicklung“ (vgl. DGS 2001). Schauen wir im Einzelnen nach, wie dieses Plädoyer in der Rückschau zu bewer-

ten ist und vergleichen es mit heute. Ich zitiere jeweils die Positionen und nehme dann dazu Stellung.

Gesundheit, Gesundheitsförderung und Klinische Sozialarbeit

Zunächst zur Unterscheidung von „Gesundheitssozialarbeit“, die „gesundheitsfördernde Aufgaben ins Zentrum“ rückt, und Klinischer Sozialarbeit „sofern dies in besonders schwierigen Beziehungs- und Behandlungskontexten erfolgt“, was „zusätzliche Kompetenzen erfordert“. Entgegen der Entwicklung, dass „Klinische Sozialarbeit“ fälschlicherweise mit „Sozialarbeit in Kliniken“ oder „Medikalisierung des Sozialen“ assoziiert werde, wollte man „den Diskurs über Klinische Sozialarbeit in Gang bringen und zu ihrer Klärung beitragen“.

Betrachtet man die seitdem vergangene Entwicklung, so kann man sagen, dass diese sowohl allgemein als auch spezifisch durch einige der oben genannten Initiator*innen und weitere Kolleg*innen mehr als erfolgreich ist. Davon zeugen die diversen Aktivitäten, die daraufhin folgten:

- a) Publikation diverser Monografien bzw. Sammelbände (in der Reihenfolge ihrer Erstausgabe: Dörr 2002; Gödecker-Geenen & Nau 2002; Geißler-Piltz, Mühlum und Pauls 2005; Schaub 2008; Ortmann und Röh 2008; Deloie 2011; Ningel 2011; Pauls 2013; Sommerfeld et al. 2016)
- b) die von Gahleitner u.a. verantwortete Herausgabe von sieben Bänden der Buchreihe Klinische Sozialarbeit seit 2008
- c) die seit 2005 erschienenen 60 Ausgaben der Zeitschrift Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung
- d) unzählige Fachartikel, wissenschaftliche Abschlussarbeiten und andere Publikationen
- e) die Gründung und Etablierung der Sektion Klinische Sozialarbeit der

DGSA als Nachfolge des oben genannten Arbeitskreises, die sich zweimal im Jahr zu aktuellen Entwicklungen austauscht und den Diskurs mitbestimmt, sowie der ECCSW als europäischer Plattform der Klinischen Sozialarbeit, die mittlerweile auch die Zertifizierung von Klinischen Sozialarbeiter*innen vornimmt

- f) die mittlerweile 10 Fachtagungen zur Klinischen Sozialarbeit und acht Fachtagungen zur Sozialen Diagnostik
- g) zudem mehrere Masterstudiengänge der Klinischen Sozialarbeit, unter anderem in Berlin, Coburg, Landshut, Nordhausen, Aachen
- h) Promotionskolloquien

Unterm Strich also eine derart beachtliche Aktivität, dass man erblassen könnte! Doch mit welcher Wirkung?

Klinische Sozialarbeit als etwas Besonderes

Das Positionspapier von 2001 formuliert des Weiteren die Klinische Sozialarbeit als Profession und Theorie, also als einerseits „praxeologisch-wissenschaftliches Spezialgebiet innerhalb der Disziplin Soziale Arbeit (...), vergleichbar mit der KlinPsych im Rahmen der Disziplin Psychologie“ und andererseits davon „zu unterscheiden (...) – durch standardisierte Weiterbildung qualifizierte – FachsozialarbeiterInnen“. Letztere sollten durch Weiterbildung und Masterstudiengänge in die Lage versetzt werden, „interpersonale (Methoden-)Kompetenz mit Forschungskompetenz“ zu koppeln.

Unbestritten: Vieles davon ist realisiert durch die große Anzahl wissenschaftlicher Publikationen, die Etablierung der Sektion Klinische Sozialarbeit in der DGSA, die kontinuierlichen Fachtagungen, die wohl erheblich zur Bildung einer scientific und professional community der Klinischen Sozialarbeit(er*innen) beitragen, die diversen Masterstudiengänge, die die fachliche Spezialisierung ermöglichen, sowie die Zertifizierungsmöglichkeit als Fachsozialarbeiter*in.

Doch ich frage (mich): Was davon geht über eine Nabelschau und stete Bestätigung der eigenen „Besonderheit“ und „Notwendigkeit“ hinaus? Oder um es mit einer Anleihe an ein bekanntes Märchen zuzusagen: „Sind das nicht

alles nur des Kaisers neue Kleider“? Crefeld (2002) stellte sich diese Frage auch bereits sehr früh nach Erscheinen der Positionsbestimmung und stellt die rhetorische Frage: „Dient Klinische Sozialarbeit also nur verbaler Kosmetik zur Hebung des Berufsimages, stellt sie nur ein modisch aufpoliertes rhetorisches Unternehmen dar wie so manche Wortschöpfung in der Wissenschaftsgeschichte? Ist der Jubel um sie nur soviel wert wie der um des Kaisers neue Kleider, indem man sich die Blöße der Unwissenheit nicht geben will, wenn man zugäbe, dass an dieser Klinischen Sozialarbeit ja eigentlich gar nichts dran ist?“. Er kam – meiner Lesart zufolge – zum Ergebnis, dass die Kleider zwar neu seien, aber der Kaiser durchaus nicht nackt, indem er auf vielfältige, meines Erachtens überzeugende Art und Weise aufzeigte, weshalb beispielsweise Sozialarbeiter*innen über „eine(r) gegenüber den Ärzten überlegene(n) Befähigung zu psychosozialen Interventionen“ (Crefeld 2002, S. 36) verfügen, am Beweis dieser Befähigung aber strukturell (v.a. gesundheitspolitisch) gehindert werden. Und er resümiert: „Im Augenblick wäre es zunächst einmal Sache der Sozialarbeit, hier Vorleistungen zu erbringen, indem sie über eine Subdisziplin die entsprechenden berufspraktischen und sozialarbeitswissenschaftlichen Grundlagen zur Qualifizierung sozialer Beratungsprozesse legte“ (Crefeld 2002, S. 37).

Nun gut, sie hat diese Vorleistungen, wie oben skizziert, doch wohl erbracht, oder? Zumindest die bereits mehrfach erwähnte unglaubliche Anstrengung der letzten beiden Jahrzehnte zeigt doch die Kontur und Kompetenz der Fachsozialarbeit samt ihrer wissenschaftlichen Begründung. Insbesondere in der psychosozialen Arbeit mit traumatisierten oder suchtkranken Menschen sowie in der Kinder- und Jugendhilfe dürfte ein enormer Zuwachs an klinisch-sozialarbeiterischer Professionalität zu verzeichnen sein. Dafür sind andere Felder, wie beispielsweise die medizinische Rehabilitation oder auch die (Sozial-)Psychiatrie, derart relativ unbeeinflusst geblieben. Wobei das nicht dafür spricht, dass dort weniger professionell agiert wird,

nur haben sich die Angebote der Klinischen Sozialarbeit dort nicht so durchgesetzt. Das muss erstaunen, denn gerade zum Gesundheitswesen wies die Klinische Sozialarbeit doch die größte historische Nähe auf.

Ist daher – über alles gesehen – das Glas halb voll oder halb leer? Kann man zufrieden sein und/oder müssen wir noch mehr tun? Insgesamt, so meine Einschätzung, fehlt die Anerkennung der klinisch-sozialarbeiterischen Kompetenz und Leistungsfähigkeit sowie die Chance, diese unter Beweis zu stellen. Abgesehen vom zwar tendenziell ansteigenden und in einigen Bereichen durchaus beachtlichen Forschungsstand bzgl. ihrer Wirksamkeit, der allerdings in Relation zu den theoretischen Analysen und Begründungen trotzdem eher gering ausfällt, konnte man aber vor allem an der Reform der Psychotherapeut*innen-Ausbildung ablesen, wie nackt der Kaiser doch ist. Trotz Lobbyarbeit auf mehreren Ebenen gelang es nicht, den Absolvent*innen Sozialer Arbeit langfristig die Chance zu bewahren, sich professionell in die Psychotherapie einzubringen. Damit hat sich ein historisches Zeitfenster geschlossen und dies mag einen auch nur dann betrüben, wenn man die Klinische Sozialarbeit an die Idee der Bedeutung des Heilberufes binden mochte. Was bleibt jetzt? Die Klinische Sozialarbeit innerhalb der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit zu verankern? Den Schulterschluss oder die Professionalisierung in anderen Feldern, beispielsweise der Soziotherapie nach § 37a SGB V oder der Integrierten Versorgung nach den §§ 140a SGB V, zu suchen? Oder das Gesundheitswesen (im Sinne der Kranken- und Pflegeversicherung) ganz zu verlassen und die eigene Kompetenz in der psychosozialen Arbeit in andere Felder einzubringen, beispielsweise in die Kinder- und Jugendhilfe oder doch mit Nachdruck in die Psychiatrie?

(Methodische) Essentials

*„Ohne voreilige Festlegung können Essentials benannt werden“, so die Autor*innen im Positionspapier. Dazu zählen sie: „psycho-soziales Assessment/Diagnostik, psycho-soziale Beratung und Behandlung, Prävention und Re-*

habilitation, Krisenintervention und vor allem Soziotherapie“. Allerdings bestehe Klinische Sozialarbeit „nicht aus bestimmten Verfahren“, sie ist „keine Methode und bezeichnet auch nicht ein abgrenzbares Handlungsfeld neben der allgemeinen Sozialarbeit“, sondern wird „vielmehr durch ihre ‚mikrosoziale‘ Aufgabenstellung und daran ausgerichteten Kompetenzen konstituiert.“

Wiederum unbestritten ist, dass die Klinische Sozialarbeit sich in manchen dieser methodischen Kompetenzen erheblich entwickelt hat, beispielsweise hinsichtlich Sozialer Diagnostik (vgl. Buttner u. a. 2018 und 2020), in anderen wiederum eher wenig, beispielsweise in der Prävention. Hier liegt im Zusammenhang mit der Abgrenzung Klinischer Sozialarbeit und Gesundheitsförderung auch ein Problem bzw. eine zu lösende Aufgabe, denn deren Verhältnis ist nach wie vor ungeklärt. Auch das Verhältnis zur Psychotherapie sowie zur allgemeinen Sozialen Arbeit ist noch nicht deutlich. Doch auch unabhängig davon gilt: Wo kann, entweder direkt als Klinische Sozialarbeit oder als Soziale Arbeit allgemein, wirklich von einer Durchschlagskraft dieser Methoden, gerade in der

interdisziplinären Kooperation im Gesundheitswesen, tatsächlich gesprochen oder diese festgestellt werden? Und bezüglich der Soziotherapie, wenn damit die Leistung nach § 37a SGBV gemeint ist, kann gefragt werden, ob sie Klinische Sozialarbeit sei oder doch eher psychosoziales Case Management (oder beides?)? Und selbst darüber hinaus lässt sich kritisch fragen, was Soziotherapie oder auch Sozialtherapie überhaupt sei. Hierzu hat die Sektion Klinische Sozialarbeit zwar ein bislang unveröffentlichtes Rahmencurriculum entwickelt, aber wo findet es Anwendung? Und wenn daraus wirklich Weiterbildungen folgen würden, was hätten die Absolvent*innen angesichts unveränderten gesundheits- und sozialpolitischen „Nachfrage mangels“ davon? Ja, sie wären besser auf die psychosoziale Arbeit mit Menschen vorbereitet, die „mit schwerwiegendes Leid verursachenden psychosozialen Störungen sowie den sozialen Aspekten psychischer und somatischer Abweichungen, Störungen, Krankheiten und Behinderungen“ (DGS 2001) belastet sind! Und natürlich sind die Absolvent*innen der diversen derzeitigen Masterstudiengänge durchaus im Sinne der Klini-

schen Sozialarbeit kompetenter! Wenn das dann Klinische Sozialarbeit wäre, warum dann um weitere externe Anerkennung und „Kooperation auf Augenhöhe“ bemühen?

Perspektiven?

*Die Autor*innen des Positionspapiers hatten noch die Hoffnung, dass sich die Klinische Sozialarbeit den Heilberufen annähert. Sie postulierten zudem eine Suche nach Verbündeten in Anstellungsträgern, Berufsverbänden, Politik, wünschten sich einen „Finanzierungspool und eine Verbundstruktur der Hochschulen mit einschlägigen Studiengängen und Forschung“ sowie die Bildung einer „Fachgruppe KlinSA in der DGS“. Und sie prophezeiten: „KlinSA wird sich in dem Maße durchsetzen und behaupten, in dem eine einschlägige Scientific Community wächst.“*

Die letzten beiden Punkte sind eingetreten, doch mit welcher Konsequenz – und was ist mit dem Rest? Anstellungsträger und Politik sehen (noch) nicht die Bedeutung einer spezialisierten Sozialen Arbeit im gewünschten und wohl auch benötigten Maße. Ja, häufig noch nicht einmal der Sozialen Arbeit insgesamt, was derzeit am teilweisen Vergessen der Anbieter Sozialer Arbeit in der Coronakrise abgelesen werden kann. Vielmehr mehren sich Hinweise auf eine Stagnation oder sogar einen Rückgang der Professionalisierung. Bestimmte Bereiche werden mittlerweile von der Pflegeprofession oder anderen Professionen übernommen. Die Beteiligung an einer (sozialen) Psychotherapie ist vorerst Geschichte. Anstellungsträger haben bislang kein flächendeckendes Interesse, teurere Masterstudierende einzustellen, einerlei ob mit generalistischen Profilen oder einer Spezialisierung auf Klinische Sozialarbeit – obwohl es natürlich immer wieder vereinzelte Ausschreibungen dieser Art gibt und Absolvent*innenbefragungen deren Einstieg in fachliche Leitungspositionen oder deren Kompetenzzuwachs zeigen können.

Auch eine beachtliche scientific community ist, wie bereits erwähnt, entstanden. Und sie wird nicht müde, weiter dafür zu kämpfen, dass das Spe-

Literatur:

Buttner, P.; Gahleitner, S.; Hochuli Freund, U.; Röh, D. (2018) (Hg.): **Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit.** Erster Band. Berlin: Deutscher Verein.

Buttner, P.; Gahleitner, S.; Hochuli Freund, U.; Röh, D. (2020, i. E.) (Hg.): **Handbuch Soziale Diagnostik. Soziale Diagnostik in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit.** Zweiter Band. Berlin: Deutscher Verein.

Crefeld, W. (2002): **Klinische Sozialarbeit – nur des Kaisers neue Kleider?** In: Dörr, Margret (Hrsg.): **Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse.** Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren, S. 23–38.

Deloie, D. (2011): **Soziale Psychotherapie als klinische Sozialarbeit: Traditionslinien – theoretische Grundlagen – Methoden.** Gießen: Psychosozial-Verlag.

Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit/AK Sozialarbeit & Gesundheit (2001): **Plädoyer für klinische Sozialarbeit als Fachgebiet der Sozialen Arbeit.** In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge, 81 (2001) 3, S. 89–91.

Dörr, M. (Hg.) (2002): **Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse.** Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.

Geißler-Piltz, B.; Mühlum, A.; Pauls, H. (2005): **Klinische Sozialarbeit.** München; Basel: Ernst Reinhardt.

Gödecker-Geenen, N.; Nau, H. (Hg.) (2002): **Klinische Sozialarbeit: eine Positionsbestimmung.** Münster, Hamburg, London: Lit Verlag.

Ningel, R. (2011): **Methoden der klinischen Sozialarbeit.** Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.

Ortmann, K.; Röh, D. (2008): **Klinische Sozialarbeit – Konzepte, Praxis, Perspektiven.** Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Pauls, H. (2013): **Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung.** 3. Auflage. Weinheim/Basel: BeltzJuventa.

Sommerfeld, P.; Dällenbach, R.; Rüegger, C.; Hollenstein, L. (2016): **Klinische soziale Arbeit und Psychiatrie: Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis.** Wiesbaden: SpringerVS.

Schaub, H.-A. (2008): **Klinische Sozialarbeit: ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung.** Göttingen: V & R Unipress.

Staub-Bernasconi, S. (1995): **Systemtheorie, soziale Probleme und soziale Arbeit: lokal, national, international oder: vom Ende der Bescheidenheit.** Bern; Stuttgart; Wien: Haupt.

zielle, dass die Essentials und die besondere Bedeutung einer Klinischen Sozialarbeit verdeutlicht, beforscht und theoretisch begründet werden. Doch wie sind deren Perspektiven angesichts der gesamten Lage einzuschätzen? Wird es weiter vorangehen, stagniert die Situation oder gibt es – gleichzeitig zu Fortschritt oder Stagnation – auch rückschrittliche Entwicklungen?

(Mein) Fazit

Zugegebenermaßen fällt dieses Fazit, das dürfte deutlich geworden sein, erheblich realistischer aus, als noch vor rund 20 Jahren angenommen. Das mag daran liegen, dass wer für etwas brennt auch verbrennen kann. Obwohl ich mich selbst immer wieder in erfrischender, inspirierender Kooperation mit anderen darum bemühe, die Klinische Sozialarbeit zu vertreten und sie voran zu bringen, überwiegt manchmal durchaus die Ratlosigkeit, wie sie sich zukünftig (noch besser) entwickeln ließe.

Natürlich hindert uns und mich nichts daran, an dem Projekt Klinische Sozialarbeit weiter zu denken und zu forschen – in unserer Blase aus Publikationen, Tagungen und verbandlicher Tätigkeit. Aber wenn daraus keinerlei, oder nur sehr geringe, professionelle Erfolge in der Anwendung erwachsen, kann es zwar akademisch interessant bleiben, aber ohne breiten praktischen Erfolg. Aber ist das überhaupt nötig? Reichen die bisherigen Erfolge nicht aus? Ist unter den gegebenen Rahmenbedingungen wirklich mehr möglich oder kann man nicht auch zufrieden sein?

Doch eines bleibt: Diejenigen, die in dem bisherigen Sozial- und Gesundheitssystem aufgrund ihrer erhöhten Vulnerabilität, entstanden und perpetuiert durch körperliche, psychische oder soziale Beeinträchtigungen in Kombination mit gesellschaftlichen Prozessen und Strukturen, unter- oder fehlversorgt sind, bleiben es dann weiterhin auch! Denn Klinische Sozialarbeit kann Vieles – im Rahmen profes-

Info:

Falls sich jemand von Ihnen nun Sorgen um mich macht: Das ist nicht nötig! Denken Sie an die eingangs erwähnte kathartische bzw. katalytische Wirkung dieses Beitrags.

Ich möchte auch niemanden entmutigen – gerade nicht diejenigen, die, wie ich damals, gerade erst beginnen, sich für die Klinische Sozialarbeit zu begeistern. Im Gegenteil: Zeigen Sie mir, dass ich falsch liege! Überzeugen Sie mich vom Gegenteil! Vielleicht schätze ich die Situation in Teilen falsch ein oder bin nicht auf dem aktuellen Stand und kenne nicht alles. Aber das wäre nicht schlimm, denn dann kann man mich ja korrigieren oder widerlegen.

Sollten sich aber doch einige der Einschätzungen als richtig erweisen, dann läge noch einiges an Arbeit vor uns. Machen Sie sich daher bitte mit mir und allen Engagierten im besten Sinne des Wortes Sorgen um die Klinische Sozialarbeit! Ob und inwieweit sich das Bild in einer Rückschau zum nächsten Jubiläum der Zeitschrift Klinische Sozialarbeit verändert hat, das wird sich dann zeigen.

Beteiligen Sie sich an diesem Diskurs!

Feedback zu diesem Beitrag an redaktion@dvsg.org

sioneller Tätigkeit – an deren Situation verbessern. Man muss sie nur auch einmal lassen.

Anzeige

MASTER KLINISCHE SOZIALARBEIT

Berufsbegleitender postgradualer Masterstudiengang

Voraussetzungen:

berufsqualifizierender Abschluss eines Hochschulstudiums, mindestens einjährige einschlägige Berufspraxis

Studienumfang:

90 Credits

Studienkosten:

7.300,- Euro

Bewerbungsschluss:

1. Juli 2020

Studienbeginn:

WS 2020/21

Kontakt/Informationen:

Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin
Köpenicker Allee 39-57
10318 Berlin

Ansprechpartnerin:

Mechthild Schuchert
Tel. +49 (0)30. 50 10 10 - 37
weiterbildung@khsb-berlin.de



www.khsb-berlin.de



Alice Salomon

Pionierin der Klinischen Sozialarbeit und ihre aktuelle Bedeutung

Katarina Prchal

Alice Salomon (1872–1948) gilt als die Begründerin der professionellen Sozialen Arbeit in Deutschland und hat maßgeblich die Entwicklung und Institutionalisierung der Sozialen Arbeit vorangebracht (Braches-Chyrek 2013, S. 221). Salomons Emigration 1933 nach England und 1937 in die USA bedeutete einen Bruch in der Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit und erst mit der Wiederentdeckung ihrer zahlreichen Veröffentlichungen durch die Frauenbewegung und Frauenforschung in den 1980er-Jahren gelang eine umfangreiche Rezeption ihrer Werke (Lambers 2018, S. 33).

Salomon selbst sah sich als Sozialarbeiterin, und ein Verständnis von Fürsorge umfasste für sie die zuwendende, persönliche Hilfe und die Beeinflussung des Menschen (Salomon 1928, S. 29). Sie hat maßgeblich zur Ausdifferenzierung der Aufgabenfelder der Wohlfahrt beigetragen und damit auch die Entwicklung der Fürsorge respektive Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich befördert. In diesem Kontext ist wohl die Etablierung und Anerkennung der Sozialen Arbeit als Teil des Gesundheitswesens und der Aufbau der Sozialen Krankenhausfürsorge von Bedeutung.

Alice Salomon und ihr Beitrag für den Krankenhaussozialdienst

Mit der Gründung des Komitees Soziale Krankenhausfürsorge in Berlin, dessen Leitung sie übernahm, erreichte sie, dass mit „Genehmigung der städtischen Deputation für das Krankenwesen und der leitenden Stellen von staatlichen und privaten Krankenhäusern [...] Fürsorgerinnen durch das ‚Komitee der Sozialen Krankenhausfürsorge‘“ (Archiv des Deutschen Caritasverbandes e. V., ADCV) in die Krankenhäuser bestellt wurden und in der „sozialen Visite“ von den Sorgen und

Nöten der Kranken Kenntnis erhielten. Die Soziale Krankenhausfürsorge unterstützte die Kranken, in dem sie für die Familien der Kranken sorgte („um den Kranken die Sorge abzunehmen“), den Kranken selbst Hilfe anbot („um seine Zukunft zu sichern“) und die Beschäftigung und Unterhaltung der Kranken förderte, um zu verhindern, dass die Krankheit „den Patienten aus seinen bisherigen Lebensverhältnissen [...] reißen und wirtschaftlich [...] schwächen“ würde (ADCV). Um dies sicherzustellen, war eine „Zusammenarbeit von ärztlicher, pflegender und sozialer Fürsorge“ (ADCV) unabdingbar.

Salomon gelang in dieser Zeit eine deutliche institutionelle Annäherung der Tätigkeitsfelder des Arztes und der Sozialen Arbeit (Reinicke 2008). Sie plädierte für eine Kenntnisnahme medizinischer Aspekte in der Fürsorge und in der Umkehrung für eine Medizin, die soziale Behandlung wertschätzt.

„Man begriff, daß die Beratung durch den Arzt erst durch die nachgehende Fürsorge wirksam gemacht werden kann; daß die Ermittlung der Fürsorgerin in der Häuslichkeit des Patienten oft nicht nur die Ursachen der Krankheit aufdeckt, sondern die Maßnahmen des Arztes wesentlich beeinflusst“ (Salomon 1927, S. 5).

Alice Salomons Beitrag für methodisches Handeln

Bereits in ihren ersten Schriften wurde ihr Bemühen sichtbar, den hilfsbedürftigen Menschen in seiner wirtschaftlichen Lage, seiner Gesundheit und seiner Sittlichkeit zu erfassen und „die Beziehung des Menschen zur Umwelt zu studieren, nicht nur um den Menschen zu verstehen, sondern auch um Heilmittel für die Schäden und Schwierigkeiten zu finden, die in Zukunft die einzelnen Menschen befallen können“ (Salomon 1927, S. 51). Eine theoretische



Alice Salomon, Begründerin der professionellen Sozialen Arbeit in Deutschland

sche wie methodische Aufbereitung dieses Ansatzes erfolgte in Salomons Methodenbuch „Soziale Diagnose“, in dem sie analog zu Mary Richmonds „Social Diagnosis“ (1917) die Erhebung sozialer Daten als Voraussetzung für methodisches Handeln von Fürsorger*innen proklamierte. In ihrem Buch veranschaulichte sie die Entwicklung der sozialen Fürsorge und entwarf logisch schlussfolgernd einen Leitfaden, der eine soziale Diagnose und den weiteren Handlungsbedarf beschrieb. Eine Diagnose sollte durch Ermittlungen, die nicht auf das individuelle Handeln der Klient*innen beschränkt waren, erstellt werden.

Die erste Unterredung mit den Klient*innen, die Ermittlung in der Hausgemeinschaft und anderen Auskunftsquellen sowie die Analyse von Dokumenten und schriftlichen Auskünften ermöglichten den Fürsorger*innen, sich ein umfassendes Bild von Klient*innen zu machen. Die diagnostische Zusammenfassung der Fürsorger*innen sollte folgende inhaltliche Aspekte umfassen:

- „1. die Darlegung des Notstandes, der sozialen Schwierigkeit;
2. die Darlegung der besonderen Umstände und der Eigenart der Person, durch die der Fall sich von anderen unterscheidet;
3. die Darlegung der Ursachen, die den Notstand herbei geführt haben, soweit sie ihrer Bedeutung festzustellen sind,
4. die Möglichkeiten der Hilfe und die Hemmungen, mit denen bei der Hilfstätigkeit zu rechnen ist, soweit sie in der Person des Klienten, in seiner unmittelbaren Umgebung oder in der übrigen Umwelt liegen“ (Salomon 1927, S. 47).

Der daraus abgeleitete Handlungsbedarf zielte auf Anpassungshilfen für die Klient*innen als auch für deren Umwelt. Die „Funktion des Helfens“ lag für Salomon in der Hilfe für den notleidenden Menschen, „sich in der gegebenen Umwelt einzuordnen, zu behaupten, zurecht zu finden – oder daß man die Umwelt des Menschen so gestaltet, verändert, beeinflusst, daß er

sich darin bewähren, seine Kräfte entfalten kann“ (Salomon 1928, S. 28).

Salomons Ausarbeitung und Herleitung der Sozialen Diagnose unter Berücksichtigung aller individuellen, gesellschaftlichen und umweltnahen Faktoren wurde zur Grundlage von „Theorie und Methode Sozialer Arbeit“ (Geißler-Piltz, Mühlum und Pauls 2005, S. 131).

In Zusammenarbeit mit Siddy Wronsky gelang es Salomon in den 1920er- und 1930er-Jahren durch Zusammenstellung von „Fürsorgefällen“ für Unterrichtszwecke in Wohlfahrtsschulen, einen Beitrag zu leisten, um „Menschen für rechtes und wirksames soziales Handeln auszubilden“ (Wronsky und Salomon 1926, S. VI). Die Darstellung der Fälle sollte die Auszubildenden zur kritischen Reflexion anregen, „ob die Methoden des Fürsorgers richtig waren, ob die Methoden der Behandlung den beabsichtigten Erfolg erzielten, ob überhaupt menschlichen Nöten mit den Mitteln, Gesetzen und Einrichtungen beizukommen ist, über die wir bisher verfügen“ (ebenda, S. III).

Interessant ist, dass Salomon und Wronsky den Begriff „Behandlung“ für die Bezeichnung der Fürsorgearbeit verwenden, obwohl er eher dem medizinischen Verständnis entsprach. In der Auswertung der Akten aus der Fürsorgearbeit versuchten die Autorinnen, die Tätigkeit des Fürsorgers aus Sicht eines person-in-environment-Ansatzes zu diskutieren. So finden sich hier Fälle aus der Gesundheitsfürsorge, die aus heutiger Perspektive deutlich von einem „bio-psycho-sozialem Grundverständnis von Gesundheit, Störung, Krankheit und Behinderung [...] [ausgingen] und die psychosoziale Diagnostik, Beratung und Behandlung der Menschen im Kontext ihrer Lebenswelt“ (Definition Klinische Sozialarbeit, DGSA 2020) verorteten. So resümierte auch Wronsky, dass die soziale Diagnose eine Antwort auf die Frage ist, „welche aufbauenden Stoffe und welche schaffenden Kräfte in dem zu behandelnden Individuum zu finden sind, um seine Eingliederung in die soziale Umwelt zu ermöglichen“ (Wronsky 1930, S. 12).

ANZEIGE

Masterstudiengänge Soziale Arbeit

KatHO NRW

Aachen | Köln | Münster | Paderborn

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

Vielfalt und Spezialisierung

Die KatHO NRW bietet den Masterstudiengang Soziale Arbeit an vier Standorten mit sechs verschiedenen Vertiefungsgebieten an:

- Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit (Aachen)
- Bildung und Teilhabe (Aachen)
- Innovationsmanagement in der Sozialen Arbeit (Köln)
- Netzwerkmanagement in der Sozialen Arbeit (Münster)
- Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (Paderborn)

Die Studiengänge bereiten auf Tätigkeiten speziell im Handlungsfeld Sozialer Arbeit und Gesundheit vor und schließen mit dem Titel „Master of Arts in Social Work (M.A.)“ ab. Der Abschluss berechtigt zur Promotion und zur Tätigkeit im höheren Dienst.

Das Studium ist praxisnah, handlungsorientiert und befähigt zur Leitung von Organisationen. Der Fokus liegt auf anwendungsbezogener Forschung.

Studierende aller Vertiefungsgebiete erweitern ihre Kompetenzen in Methoden empirischer Sozialforschung und lernen, komplexe Fragestellungen zu erforschen sowie innovative Methoden für Praxisfelder zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren.

Bewerbungszeitraum: 1. Dezember 2020 bis 15. Mai 2021

Weitere Informationen unter www.katho-nrw.de



Foto: André Zelck

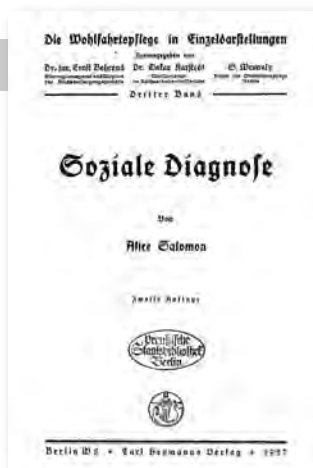
Alice Salomons Beitrag für die Klinische Sozialarbeit

Heute gehört die psychosoziale „Behandlung/Therapie“ fest in die Soziale Arbeit und lässt sich nicht mehr nur der „medizinisch-klinischen Behandlung und den ihr nahestehenden Professionen – insbesondere Klinischen Psychologie und Psychotherapie“ zuordnen (Geißler-Piltz; Mühlum und Pauls 2005, S. 146).

Rückblickend fasst Crefeld die Entwicklungen der Sozialen Arbeit unter Führung der Pionierinnen Richmond für den englischsprachigen Raum und Salomon und Wronsky für den deutschsprachigen Raum als soziale Hilfe zusammen, die als „psychosoziale Hilfe [verstanden wurde] – im Vordergrund sollte nicht die materielle Hilfe, sondern die Befähigung der Klient*innen stehen, ihre Probleme soweit wie möglich selbst zu bewältigen“ (Crefeld 2002, S. 26).

Die Kontinuität in der Entwicklung, die theoretische Fundierung und die zunehmende Ausdifferenzierung der Sozialen Arbeit in der 1920er-Jahren fand mit dem Zerfall der Weimarer Republik und der Machtergreifung der Nationalsozialisten ein vorläufiges Ende. Während in den USA „Clinical Social Work“ sich weiter zu einer eigenständigen methodisch unterlegten Arbeitsform der Sozialen Arbeit entwickeln konnte, gerieten Salomons Ansätze einer behandelnden Sozialen Arbeit in Vergessenheit. Das sozialpolitische Klima der 1970er- und 1980er-Jahre ermöglichte eine (Neu)entdeckung Salomonscher Ansätze, und zunehmend wurden die Erfolge der Clinical Social Work in Deutschland wahrgenommen und die Klinische Sozialarbeit entwickelt. 2001 startete an der Fachhochschule Coburg in Anlehnung an die Clinical Social Work der Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit und wurde in Kooperation mit der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin erweitert und schließlich 2005 akkreditiert (Geißler-Piltz; Mühlum und Pauls 2005). Im Curriculum der Masterstudiengänge Klinische Sozialarbeit, die an weiteren Hochschulen eingeführt wurden, erlebten Salomons Schriften und insbesondere ihr Werk

Soziale Diagnose, Soziale Therapie, zwei einflussreiche Schriften von Alice Salomon



„Soziale Diagnose“ eine umfangreiche Akzeptanz und Verbreitung, die die weitere Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit und die Etablierung einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit mitbestimmten.

Alice Salomons Werke als Beitrag für die aktuelle Professionsentwicklung

Alice Salomon hat die Soziale Arbeit durch ihr Schaffen, ihre Veröffentlichungen und ihr Engagement in der Gesellschaft positioniert und ihr zur Anerkennung durch andere Fachdisziplinen, wie Medizin und Psychologie, verholfen. Ihre in gemeinsamer Arbeit mit Siddy Wronsky in den 1920er- und 1930er-Jahren erfolgte Konzeptionierung einer behandelnden Sozialen Arbeit ermöglichte eine Annäherung ärztlicher, pflegender und sozialer Fürsorge, die heute einmal mehr Berechtigung erfährt.

Der hier nur angedeutete historische Exkurs beschreibt wertschätzend Alice

Salomons grundlegenden Beitrag für die Klinische Sozialarbeit und zeigt, auf welche Wurzeln wir uns mitunter besinnen sollten. Salomons Werke repräsentieren einen wesentlichen Teil der Identität Klinischer Sozialarbeit. Ihr Anspruch an wissenschaftliche Fundierung sowie Theorie- und Praxisorientierung haben nach wie vor eine hohe Aktualität, insbesondere da „viele ihrer Forderungen und Ausführungen bis heute uneingelöst“ sind (Gahleitner et al. 2013, S. 7). So erhält in Deutschland die Weiterentwicklung und weitere wissenschaftliche Fundierung der Sozialen Diagnostik vor dem Hintergrund des Bundesteilhabegesetzes und der damit einhergehenden weiteren Etablierung des bio-psychosozialen Modells der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) eine hohe Bedeutung für die Professionsentwicklung der gesamten gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit (Dettmers 2019).

Literatur:

- Archiv des Deutschen Caritasverbandes e.V. (ADCV): ADCV 319:4 D01/04 Fasz. 01: Salomon, A. (ohne Datum): **Soziale Krankenhausfürsorge**.
- Braches-Chyrek, R. (2013): **Jane Addams, Mary Richmond und Alice Salomon. Professionalisierung und Disziplinierung Sozialer Arbeit**. Opladen und Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Crefeld, W. (2002): **Klinische Sozialarbeit-nur des Kaisers neue Kleider?**. In: Dörr, M. (Hg.): **Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontrovers**. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- Dettmers, S. (2019): **Förderung sozialer Teilhabe gestalten. Chancen und Herausforderungen ICF-orientierter Diagnostik**. In: FORUM sozialarbeit + gesundheit (3), S. 6–9.
- DGSA, o.J., o.S.: **Sektion Klinische Sozialarbeit**. Online verfügbar: <https://www.dgsa.de/sektionen/klinische-sozialarbeit/> (22.03.2020)
- Gahleitner, S. B.; Hahn, G.; Glemser R. (2013): **Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 5**. Köln: Psychiatrie-Verlag

Geißler-Piltz, B.; Mühlum, A.; Pauls, H. (2005): **Klinische Sozialarbeit**. München und Basel.

Lambers, H. (2018): **Theorien der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich**. 4., überarb. und erw. Auflage. Opladen und Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Richmond, M. (1917): **Social Diagnosis**. Russell Sage Foundation: New York. Online verfügbar: <https://archive.org/details/socialdiagnosis00richiala/page/510/mode/2up> (22.03.2020)

Salomon, A. (1927): **Soziale Diagnose**. 2. Auflage. Berlin: Carl Heymanns Verlag.

Salomon, A. (1928): **Leitfaden der Wohlfahrtspflege**. 3. Auflage. Leipzig und Berlin: Verlag und Druck von B.G. Teubner.

Reinicke, P. (2008): **Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Geschichte, Dokumente, Lebensbilder**. Freiburg: Lambertus Verlag GmbH.

Wronsky, S.; Salomon, A. (1926): **Soziale Therapie. ausgewählte Akten aus der Fürsorge-Arbeit**. Berlin: Carl Heymanns Verlag.

Wronsky, S. (1930): **Methoden der Fürsorge**. Berlin: Carl Heymanns Verlag.

Große Erkenntnisgewinne durch das Aufeinanderbeziehen von Theorie und Praxis

Masterstudium Klinische Sozialarbeit: Erfahrungen und Perspektiven

Juliane Wahren

In der Sozialen Arbeit mit belasteten und traumatisierten Frauen und Kindern habe ich 2004 begonnen, als Projektleiterin einer Beratungsstelle zur Vermeidung geschlechtsspezifischer Gewalt sowie einer Frauenzufluchtswohnung bei offensiv'91 e. V. zu arbeiten. Schnell wurde dabei deutlich, dass ich mehr Handwerkszeug brauchte, als im vorab absolvierten Diplomstudiengang Sozialarbeit/Sozialpädagogik vermittelt worden war und ich meine persönlichen Grenzen besser würde schützen müssen. Daher bewarb ich mich für den berufs begleitenden Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit an der Katholischen Hochschule Berlin (KHSB) und wurde angenommen. So saß ich die nächsten zweieinhalb Jahre als jüngste Masterstudentin im neuen Studiengang. Nachdem in jedem Fach eine Vorstellungsrunde erfolgte und jede*r den Grund für das Studium benennen sollte, sagte ich aus Spaß, dass ich promovieren wolle.

Einmal im Monat wurde ich von meiner Arbeitgeberin für drei Tage von der Arbeit freigestellt. Die Kosten für das Studium trug ich selbst. Fortan beschäftigte ich mich in Seminaren und unzähligen Referaten mit bio-psycho-sozialer Gesundheit, theoretischen Grundlagen, Anamnese, Diagnose und Behandlung, Traumatalogie, Krisenintervention, lernenden Organisationen, sozialer Gerontologie, „hard-to-reach“-Klientel und multidimensionalen Problemlagen. Es wehte ein Pioniergeist durch die Räume der Hochschule. Prof. Ortman wurde nicht müde zu sagen: „Sie sind die Pionier*innen!“. Daneben half die hervorragende Auswahl der Dozent*innen, neben 35 Wochenstunden in der Praxis das Studium in

der Regelstudienzeit zu beenden. Das Aufeinanderbeziehen von Theorie und Praxis brachte große Erkenntnisgewinne hervor und führte zur Professionalisierung im Projekt Beratungsstelle und Frauenzufluchtswohnung. Die Diskussionen mit Kommiliton*innen und gemeinsame Gruppenarbeiten vermittelten Einblicke in andere Arbeitsfelder. Freundschaften entstanden. Mir wurde bewusst, dass es auch andere gibt, die sich ebenso brennend für dieselben Themen interessieren wie ich. Das hatte ich so bisher noch nicht erlebt.

Die Masterarbeit im Jahr 2006 zum Thema Klinische Sozialarbeit und häusliche Gewalt weckte mein Interesse, mich tiefergehend mit einer Thematik auseinanderzusetzen. So beschloss ich, zum Thema „Zur Bedeutung sozialer Unterstützung für die Gesundheit von gewaltbetroffenen Frauen in Zufluchtswohnungen“ tatsächlich zu promovieren. Durch den Masterabschluss konnte ich besser mit Klient*innen mit biopsychosozialen Problemlagen umgehen und bekam die „schwierigen Fälle“ übertragen.

In den Jahren 2010 bis 2012 war ich Stipendiatin im Promotionskolleg „Soziale Professionen und Menschenrechte“ an der KHSB Berlin. Lehraufträge, zum Teil mit Bezug zur Klinischen Sozialarbeit, an diversen Hochschulen folgten. Das Stipendium, das Masterstudium und die Unterstützung durch offensiv'91 e. V. trugen maßgeblich dazu bei, dass ich 2014 die Doktorarbeit beenden konnte und 2015 den akademischen Grad Dr. phil. mit dem Gesamtprädikat magna cum laude (sehr gut) verliehen bekam. Somit war ich die erste Promovendin aus dem Masterstudiengang Klinische So-

zialarbeit und aus dem Promotionskolleg der KHSB. Ohne das Masterstudium hätte ich sicher nicht promoviert.

Im Mai 2017 erteilte mich der Ruf an die Fachhochschule Dresden, wo ich Professorin für allgemeine Sozialpädagogik und Studiengangsleiterin für Soziale Arbeit und Sozialmanagement, Sozialpädagogik und Management wurde. Es folgten zwei Jahre als Vertretungsprofessorin für Soziale Einzelfallhilfe, Sozialmanagement und Ethik in der Sozialen Arbeit an der Hochschule Görlitz. Die Lehrinhalte knüpften teilweise an die des Masterstudiums an, beispielsweise Krankheitsbilder und Behandlungsformen. Klinische bzw. gesundheitsbezogene Soziale Arbeit werden mich weiter begleiten. Die Sensibilisierung der Studierenden für gesundheitsfördernde soziale Aspekte ist in Zeiten steigender Anforderungen und komplexerer Fragestellungen wichtiger denn je.

Fokussierung auf ein Thema bei Anwendung wissenschaftlicher Methoden

Masterstudium Klinische Sozialarbeit: Erfahrungen und Perspektiven

Anke Heinze

Für den ersten Masterstudiengang „Klinische Sozialarbeit“ an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB) wurden 2004 bei dem Träger, bei dem ich bereits seit über einem Jahrzehnt beschäftigt war, Interessent*innen gesucht. Für die damalige Geschäftsführung war es selbstverständlich, Mitarbeiter*innen zu fördern. Gut ausgebildete Mitarbeiter*innen mit fundierter sozialarbeiterischer wie auch psychotherapeutischer Expertise, waren meinem Arbeitgeber traditionell wichtig, um die bestmögliche Begleitung für psychisch kranke Menschen in ihrem Lebensalltag zu gewähren.

Die breite inhaltliche Ausrichtung des Studiums, die einerseits fachspezifisch, wissenschaftlich und andererseits an Management und Führung von Organisationen ausgerichtet war, eröffnete den potenziellen Absolvent*innen die Möglichkeit, nach erfolgreichem Abschluss des Studiums, eine Leitungsfunktion zu übernehmen. Die Ausrichtung auf Managementprozesse in Organisationen war damals für Studierende in der Fachrichtung Soziale Arbeit neu. Das interessierte mich, da sich für mich mit solch einem Studium neue berufliche Optionen eröffneten.

So wurden von unserem Träger neben mir drei weitere Mitarbeiter*innen ausgewählt, um sich für das Studium zu bewerben. Wir erhielten finanzielle und arbeitszeitliche Förderungen in Form von Freistellungen von der Arbeit für die Präsenztage an der Hochschule und die anteilige Übernahme der Studiengebühren. Ich freute mich über die Zusage der KHSB.

Die Hochschule strebte mit der erfolgreichen Durchführung des ersten Masterstudiengangs für Klinische Sozialarbeit die Akkreditierung des Studiengangs an. Eine Drucksituation für alle

Beteiligten, erfolgreich zu sein und zudem bei einem hohen fachlichen Niveau, das durch die Lehrenden eingebracht und auch von uns gefordert wurde. Für mich waren die intensive Arbeit in den Fachgruppen, die regelmäßige Erbringung von Prüfungsleistungen eindrucklich. Dabei etablierte sich eine intensive Zusammenarbeit in den Arbeitsgruppen bei gleichzeitiger vertiefter Auseinandersetzung mit den Studieninhalten.

Besonders wertvoll sollte sich für meine praktische Arbeit die ausführliche Auseinandersetzung mit Krankheitsbildern, mit deren Diagnostik und psychodynamischen Entwicklungskonzepten erweisen. Hilfreich waren hier beispielsweise das Salutogenetische Modell nach Antonovsky oder auch die ausführliche Auseinandersetzung mit von traumabedingten Erkrankungen, deren Folgen und Behandlungsmöglichkeiten.

Im Arbeitsalltag ermöglichten mir die Theorie- und Verstehens-Modelle, die Problem- und Konfliktlagen der Klient*innen in einem breiteren Prozess zu reflektieren und diese theoretisch wie auch fachlich zu verorten. Dieser Background war in der Folge hilfreich, um Übertragungsprozesse zu minimieren und zu verstehen sowie Klient*innen in ihrer gesamten Lebenswirklichkeit im Fokus der Aufmerksamkeit als Helfer*in zu sehen, sie auf ihren Wegen zu begleiten und Hoffnung auf Veränderung zu bewahren.

Aus meiner praktischen Tätigkeit in der ambulanten Psychiatrie, waren mir die Modelle von alternativen Behandlungsansätzen bekannt, beispielsweise die Konzepte der Milieutherapie, der Soteria und des Need-adapted Treatment aus Skandinavien. Diese Modelle bekamen im Studium eine wissenschaftliche Theorie – das bio-psycho-soziale Behandlungsmodell. Endlich

stand meinem Arbeitsfeld eine wissenschaftliche Theorie zur Verfügung, die nicht nur die einseitige biologistische tradierte Behandlung von Menschen mit psychischer Erkrankung favorisierte, sondern die ganzheitliche Betrachtung von deren Lebenswirklichkeiten. Sowie die Determination der biografischen, sozialen und biologischen Aspekte der individuellen Persönlichkeit berücksichtigte. Heute spiegelt sich die Theorie des bio-psycho-sozialen Behandlungsmodells im Bundesteilhabegesetz wider. Aber die Möglichkeiten in der gesetzlichen Regelfinanzierung von alternativen Behandlungsmöglichkeiten, wie Behandlungen in Krisenpensionen als Alternative zur stationären psychiatrischen Krankenhausbehandlung, stehen aus.

Zudem haben die Studieninhalte für das Management von Organisationen einen Einblick auf die Komplexität institutioneller Prozesse gegeben. Sie waren eine erste theoretische Orientierung, mussten aber in der Praxis Erweiterung und Vertiefung finden.

Das Erlernen der inneren Fokussierung auf ein Thema bei gleichzeitiger Anwendung von wissenschaftlichen Methoden wirkt sich nachhaltig auf mein berufliches Handeln aus, beispielsweise positiv beim erfolgreichen Entwickeln und Umsetzen konzeptioneller Ideen und der Antragstellung zur Finanzierung durch öffentliche Geldgeber.

Insgesamt haben die komplexen Studieninhalte erheblich zu einer Stärkung meiner beruflichen Persönlichkeit und deren Professionalisierung beigetragen. Sie haben sicherlich auch eine wesentliche Rolle bei meiner weiteren beruflichen Karriere gespielt. Mittlerweile arbeite ich in einer führenden Position bei einem ambulanten psychiatrischen Träger als Regionalleiterin in Berlin.

Lernstoff für die Praxis

Masterstudium Klinische Sozialarbeit: Erfahrungen und Perspektiven

Katrin Blankenburg

Soziale Arbeit im Kontext der gesundheitsbezogenen Praxis war und ist für mich das, was ich immer machen wollte. Bereits im Diplomstudium an der Alice-Salomon-Hochschule in Berlin wählte ich im Hauptstudium das Thema „Psychosoziale Folgen von Arbeitslosigkeit“ zu meinem Vertiefungsschwerpunkt. Seit Ende der 90er-Jahre arbeitete ich als Diplom-Sozialarbeiterin in Arbeitsfeldern der medizinischen Rehabilitation, im öffentlichen Gesundheitsdienst und im Krankenhaussozialdienst einer somatischen Fachklinik.

Insbesondere durch die stärkere Ökonomisierung des Gesundheitswesens wurden Behandlungsbedingungen für Menschen sowie der Arbeitsalltag für Sozialarbeiter*innen immer schwieriger. Diese immer deutlicher werdenden Tendenzen gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit beschäftigten mich. Gleichzeitig konnte ich trotz aller Widrigkeiten täglich erleben, wie Interventionen Sozialer Arbeit den Menschen bei der Wiederherstellung und/oder dem Erhalt funktionaler Gesundheit halfen. Ebenso war mir klar, dass Sparmaßnahmen nicht immer die Entschuldigung dafür sein konnten, dass in der Praxis kein Platz für mehr Fachlichkeit Sozialer Arbeit war. Zudem wurde mir immer mehr bewusst, dass die fachliche Souveränität der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen für einen tatsächlich gelingenden Alltag von Personen und ihren Netzwerken zwingend erforderlich ist. Was also brauchte ich für mehr fachliche Souveränität: mehr fachliches Wissen zu den Bedingungen, die meine Arbeit wirklich bestimmten. So benötigte ich vor allem dringend Expertise in Forschungszugängen. Ich wollte erfahren, wie Soziale Arbeit mit erkrankten Menschen oder denen, die in ihrer Lebenswelt nicht gesund blei-

ben (können), wissenschaftlich begründet wird oder werden kann. Die Hochschule Koblenz bot 2011 bereits ihren zweiten Durchgang eines konsekutiven Masterstudiengangs mit dem Vertiefungsschwerpunkt „Klinische Sozialarbeit“ an und so bewarb ich mich. Für das Studium in Koblenz entschied ich mich aus verschiedenen Gründen. Hauptgrund war, dass die Hochschule in diesem Masterstudiengang einen Schwerpunkt auf Praxisforschung legte, inklusive der Durchführung eines eigenen Handlungsforschungsprojektes. Plausibel für meine damalige berufliche Situation war, dass ich das Studium online mit überschaubaren Präsenzzeiten neben meiner Arbeit absolvieren konnte und es bezahlbar war. Ich bewarb mich und wurde nach einem persönlichen Auswahlgespräch angenommen. Mein Arbeitgeber hatte kein Interesse, mich zu unterstützen, und ich versprach mir vom Studium auch keine unmittelbaren positiven Auswirkungen auf meinen weiteren beruflichen Werdegang. Vielmehr begab ich mich ohne konkrete Zukunftsvorstellungen wissbegierig, selbstbestimmt und mit genügend Überstunden und Bildungsurlaub ausgestattet, real und virtuell auf meinen Weg ins Masterstudium.

Es war ein sehr gutes Studium mit Professor*innen, die mit hoher fachlicher Expertise und großem Engagement die Student*innen für die Sache der Klinischen Sozialarbeit begeisterten. Die Inputs der Lehrenden fügten sich für mich zu einem fachlichen Gesamtbild, was mein Denken nachhaltig schulte und mein Wissen erheblich erweiterte. Endlich taten sich die Ressourcen auf, die ich dringend zum handlungstheoretischen Verständnis meiner Arbeit benötig(t)e, die im Alltag von und in der Arbeit mit Menschen sowie die zum Verständnis der

Dynamiken in Arbeitsprozessen interprofessioneller Teams sowie innerhalb von Organisationsstrukturen und gesellschaftlicher Verhältnisse wirk(t)en. Ebenso war und ist bis heute der Austausch zwischen den Studierenden ein wichtiger Baustein.

Seit meinem Abschluss im August 2014 ist viel passiert. Ich arbeite weiterhin als Sozialarbeiterin in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit, allerdings in neuen Zusammenhängen und mit erweiterten fachlichen Perspektiven. Mit einem mehr praxisbezogenen Fokus baue ich mit einem Teil meiner Arbeitszeit eine der neuen ambulanten Teilhabeberatungsstellen (EUTB) für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und (drohenden) Behinderungen mit auf. Mit einem mehr konzeptionellen und forschungsorientierten Fokus bin ich zudem seit 2017 als Referentin der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) tätig. In diesem Fachverband kann ich mein Wissen in vielen entscheidenden Fachkontexten und -gremien einbringen. Die DVSG bringt Praxis und Theorie gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit zusammen, indem sie Forschungsaktivitäten Sozialer Arbeit initiiert und aktiv unterstützt. Hier bin ich bei der Erarbeitung wissenschaftlich fundierter Konzepte und Instrumente für die Praxis, wie beispielsweise dem Expertenstandard „Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung (PEOPSA)“ beteiligt. Seine Umsetzung in die Praxis kann ich durch die Mitwirkung an entsprechenden Fortbildungen der DVSG fördern. Der Kreis zwischen wissenschaftlicher Fundierung und qualitativer Praxis schließt sich. Das Masterstudium hat sich also gelohnt und war für mich erst der Anfang – das Lernen hört nie auf!

Gesundheitsbezogene Register als Chance für Praxis und Forschung der Klinischen Sozialarbeit

Thomas Friedli & Brigitte E. Gantschnig

Gesundheitsbezogene Register sind eine systematische, organisierte Sammlung von einheitlichen Daten einer Gruppe von Menschen, die durch eine bestimmte Erkrankung, einen Zustand, eine Exposition oder eine medizinische Leistung definiert ist (Steck et al. 2019). Sie können für klinische (beispielsweise zum Identifizieren von Subgruppen von Klient*innen), für wissenschaftliche (beispielsweise zur Programmevaluation) und/oder für gesundheitspolitische Zwecke (beispielsweise für Präventionsstrategien) herangezogen werden. Der langfristige Nutzen eines Registers hängt von seiner Qualität, respektive der Qualität seiner Daten ab. Um eine hohe Qualität zu gewährleisten, müssen die Daten repräsentativ für die Zielgruppe des Registers sein. Zudem müssen die Datensätze vollständig (ca. 95 %), zuverlässig und methodisch korrekt erhoben werden (ebd.).

Methodisches Vorgehen

Basierend auf unseren Erfahrungen im Aufbau und in der Führung eines interprofessionellen Registers am Inselspital (Universitätsspital) Bern für Personen mit chronischem Schmerz überprüften wir mittels SWOT-Analyse (Waibel & Käppeli 2010) förderliche und hinderliche Umwelt- und Programmfaktoren. Die SWOT-Analyse ist ein strategisches Instrument zur Unternehmens- oder Programmentwicklung mittels zusammenfassender Bewertung der internen Stärken (Strengths) und Schwächen (Weaknesses) sowie der externen Chancen (Opportunities) und Risiken (Threats). Aufbauend auf unserer Analyse formulierten wir Empfehlungen für die Anwendung in der interprofessionellen Praxis. Der Fokus dieses Beitrages liegt auf der Klinischen Sozialarbeit.

Stärken und Chancen

Unsere SWOT Analyse offenbarte für den Aufbau und die Führung von gesundheitsbezogenen Registern interne Stärken der Klinischen Sozialarbeit und externe Chancen im gesundheitspolitischen Umfeld, die wir nachfolgend kurz beschreiben.

Interne Stärken: Klinische Sozialarbeiter*innen bringen eine einzigartige Perspektive auf Gesundheit und Krankheit ein. Nimmt man den Anspruch der WHO ernst, Gesundheit als biopsychosoziales, funktionales Geschehen zu verstehen (World Health Organization 2005), braucht es diese Perspektive auf soziale Kontextfaktoren, Herausforderungen der Lebensführung und gesellschaftliche Partizipation, um das Geschehen umfassend begreifen und erforschen zu können. Die Klinische Sozialarbeit ermöglicht es durch ihre Expertise, dass die für diese Perspektive relevanten Fragen und Assessments in gesundheitsbezogenen Registern implementiert, fachlich korrekt erhoben und ausgewertet werden.

Die externen Chancen sind eher professionsübergreifend. Argumentative externe Chancen unterstützen die Bemühung um den Aufbau und die Pflege eines interprofessionellen Registers dadurch, dass sie die notwendige institutionsinterne Überzeugungsarbeit fördern. Als argumentative externe Chancen erachten wir in der Schweiz beispielsweise die nationale Strategie Gesundheit 2030 (Der Bundesrat 2020), die unter anderem die fehlende Transparenz hinsichtlich Kosten und Qualität der Leistungen in der Gesundheitsversorgung thematisiert, die demografische Entwicklung unserer Gesellschaft, die neue innovative Versorgungsmodelle erfordert (ebd.) und das Interesse von Kostenträgern, wirksame und kostenwirksame

Interventionen zu finanzieren (Der Bundesrat & Bundesamt für Gesundheit 2016). Praktische externe Chancen sind beispielsweise die Teilhabe- und Lebensführungsziele unserer Klient*innen, die eine ideale Basis für ein Register liefern und deren Erreichung durch ein Register optimal evaluiert werden kann.

Schwächen und Risiken

Unsere SWOT Analyse verdeutlichte ebenfalls interne Schwächen und externe Hindernisse. Diese umfassen einen gewissen Widerstand gegen die komplexe Planung, Umsetzung und Evaluation von gesundheitsbezogenen Registern und das Festhalten an Gewohntem (beispielsweise in Bezug auf Prozesse oder Methoden) – auch innerhalb unserer Profession. Dies unter anderem aufgrund fehlender Strukturen und knapper Ressourcen im professionellen Alltag. Beim Aufbau und bei der Führung interprofessioneller Register kann auch das unterschiedliche Interesse der einzelnen an einer Intervention beteiligten Professionen eine Schwäche darstellen, beispielsweise wenn Assessments durch fehlendes Interesse mangelhaft erhoben werden.

Als externe Hindernisse sehen wir festgesetzte Machtansprüche und -verhältnisse einzelner Leitprofessionen und Institutionen, die Innovation grundsätzlich eher erschweren. Außerdem ist es eine große Herausforderung für die Planung und den Aufbau von gesundheitsbezogenen Registern, Drittmittel zu akquirieren, weil es bislang – zumindest in der Schweiz – an entsprechenden Fördergefäßen mangelt. Des Weiteren ist die Einhaltung des Schweizerischen Datenschutz- und Humanforschungsgesetzes eine Selbstverständlichkeit, die viel Zeit in Anspruch nimmt.

Beteiligung von Sozialarbeiter*innen an Registern

Wenn wir uns als Profession und Professionsangehörige aktiv an der Entwicklung und der Führung von Registern beteiligen, gibt es einiges, von dem wir uns verabschieden müssen. Mit dem Commitment zu einem systematischen und einheitlichen Vorgehen innerhalb eines definierten Untersuchungskollektivs ist ein individuelles Vorgehen nur noch eingeschränkt möglich. Der Einsatz von nicht-standardisierten Assessments oder die Evaluation zu flexiblen Erfassungszeitpunkten ist durch die Anforderungen an die Registerführung nicht mehr möglich. Außerdem braucht die aktive Beteiligung an gesundheitsbezogenen Registern insbesondere durch die Datenerfassung Zeit, die bei anderen Tätigkeiten eingespart werden muss.

Doch die Chancen, die die aktive Beteiligung an einem Register für die Klinische Sozialarbeit als Profession und für die Professionsangehörigen bietet, sind groß. So werden neben biomedizinischen Inhalten auch soziale Kontextfaktoren, Teilhabeindikatoren und Lebensqualität selbstverständliche Teile von gesundheitsbezogenen Registern. Dies ermöglicht es der Klinischen Sozialarbeit, die Qualität und Nachhaltigkeit professioneller und interprofessioneller Interventionen langfristig zu überprüfen, zu erhöhen und zu sichern (Scheidegger 2014). Des Weiteren kann die Auswertung von Registerdaten zum Verstehen von Zusammenhängen zwischen Krankheiten, sozialen Einflussfaktoren, Teilhabe und Lebensqualität beitragen. Nicht zuletzt können Registerdaten dazu genutzt werden, die Nachwuchs- und Karriereförderung von Sozialarbeiter*innen im Arbeitsfeld der Forschung zu verstärken (beispielsweise durch den Zugang für Masterarbeiten oder Promotionen). Die Mitwirkung in Aufbau und Pflege eines Registers unterstreicht zudem die hohe Innovationskraft der Klinischen Sozialarbeit und ist ein weiteres Beispiel dafür, dass unsere Profession bestrebt ist, Praxis und Forschung Hand in Hand weiterzuentwickeln. Sozialarbeiter*innen bringen

sich durch das Mitwirken an Registern sichtbar als Expert*innen für die soziale Dimension von Gesundheit in den interprofessionellen Diskurs ein.

Dazu muss die Klinische Sozialarbeit neue Wege gehen und Schritte ins Unbekannte wagen. Ein erster solcher Schritt kann beispielsweise darin bestehen, abzuklären, welche Register bereits existieren. Das «Forum medizinische Register Schweiz» (FMH Generalsekretariat 2020) oder das Deutsche Registerportal (Panholzer et al. 2015) geben eine Übersicht über die derzeit erfassten Register in den beiden Ländern. Der nächste Schritt wäre es einzuschätzen, an welchen Registern wir uns als Sozialarbeiter*in, als Sozialarbeits-Team oder als Verband beteiligen wollen, können oder müssten und welche sozialarbeitsrelevanten Assessments implementiert werden können oder entwickelt und validiert werden müssen.

Weiter erachten wir es als unabdingbar, dass wir uns als Profession und als Professionsangehörige theoretisches, technisches, rechtliches, prozessbezogenes und wissenschaftliches Wissen zum Thema Aufbau und Führung von gesundheitsbezogenen Registern aneignen. Denn ein unsorgfältig geführtes Register ist nicht nur nutzlos, sondern führt bei der Interpretation der Daten auch zu falschen Schlüssen (Steck et al. 2019) und schadet dem Renommee der am Register beteiligten Organisationen und Professionen. Nicht zuletzt müssen wir auch neue zeitliche und finanzielle Ressourcen erschließen, um uns an bestehenden Registern zu beteiligen oder ein sozialarbeiterisches Qualitäts- und/oder Krankheitsregister zu initiieren, aufzubauen und zu führen.

Aufgrund der Möglichkeiten, die ein Register bietet, empfehlen wir trotz dieser Herausforderungen dringend, dass sich Sozialarbeiter*innen in Praxis und Forschung aktiv an der Entwicklung und Führung von Registern beteiligen. Denn diese werden in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen (von Greyerz 2018).

Danksagung

Die Autorin und der Autor bedanken sich bei allen Klient*innen, die ihr Einverständnis gaben und geben, ihre personenbezogenen Daten im Register für Personen mit chronischem Schmerz zu erfassen. Auch bedanken wir uns bei unseren Kolleg*innen am Inselspital (Universitätsspital) Bern, der Universität und der Clinical Trial Unit Bern und den Beirat*innen des Registers für Personen mit chronischem Schmerz. Des Weiteren danken wir der Fondation Johanna Dürmüller-Bol und Sandoz für die finanzielle Unterstützung des Projektes.

Dieser Artikel ist in ähnlicher Form, aber mit dem Fokus auf die Ergotherapie in der Zeitschrift ERGOTHERAPIE 2/20 des ErgotherapeutInnen-Verbands Schweiz erschienen.

Literatur:

- Der Bundesrat (2020): **Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030**. Online verfügbar: www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2030/gesundheitspolitische-strategie-2030.html
- Der Bundesrat & Bundesamt für Gesundheit (2016): **Unwirksame und ineffiziente medizinische Leistungen sollen reduziert werden**. Online verfügbar: <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen/bundesrat.msg-id-61615.html>
- Panholzer, T.; Semler, S. C.; Ückert, F. (2015): **Deutsches Registerportal – Verzeichnis medizinischer Register und Kohorten in Deutschland**. DocAbstr. 234. Online verfügbar: <https://doi.org/10.3205/15gmds200>
- Scheidegger, D. (2014): **Medizinische Register: jetzt – aber richtig**. In: SAMWbulletin, 3/14, S. 1–4.
- Steck, N.; Hostettler, S.; Kraft, E.; Berlin, C.; Spörri, A.; Zwahlen, M. (2019): **Register in Versorgungsforschung und Qualitätssicherung**. In: Schweizerische Ärztezeitung, 100(5), S. 108–112.
- von Greyerz, S. (2018): **Wo steht die Schweiz aus Sicht Politik/Verwaltung?** Register in der Medizin: Wo steht die Schweiz? Bern. Online verfügbar: https://www.ispm.unibe.ch/e93993/e231248/e622424/e622426/files622428/Veranstaltung_Register_01.02.2018_eng.pdf
- Waibel, R.; Käppeli, M. (2010): **Betriebswirtschaft für Führungskräfte. Die Erfolgsglogik des unternehmerischen Denkens und Handelns** (3rd ed.). Zürich: Versus Verlag.
- World Health Organization (2005): **ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit**. World Health Organization.

Soziale Arbeit in Neuseeland – Eindrücke einer Studentin der Klinischen Sozialarbeit

Christine Richardson

Im Rahmen meines Studiums an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin habe ich 2020 die letzten Monate meines dritten Mastersemesters in Neuseeland verbracht, mit dem Ziel, ein Gefühl für die Soziale Arbeit in diesem Land zu bekommen. Auf den ersten Blick erinnerte mich Neuseeland an Deutschland. Es gibt ein Sozialsystem (Maharey 2000), Soziale Arbeit als Hochschulabschluss und eine Mitgliedschaft bei der International Federation of Social Workers (IFSW). Doch sind sich beide Länder wirklich so ähnlich wie zunächst vermutet? Und vor allem interessierte mich: Wie ist der Stand der Klinischen Sozialarbeit und der Sozialtherapie?

Neben einer Literaturrecherche besuchte ich fünf verschiedene Einrichtungen in der drittgrößten Stadt Christchurch (Straffälligenhilfe, Wohnungslosenhilfe, Familienarbeit, Substanzabhängigkeit, Übergangswohnen) und sprach mit acht Sozialarbeiter*innen aus Auckland sowie Christchurch. Die Ergebnisse der Recherche wurden von mir im Rahmen meines Studiengangs als Prüfungsleistung eingebracht und diskutiert.

Info:

Der berufsbegleitende Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit wird an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen in Berlin (KHSB) seit 2003 angeboten.

Studierende aus verschiedenen Nationen bereichern mit ihren eigenen Erfahrungen in den Herkunftsländern das Denken der Sozialen Arbeit und befruchten die Seminare mit international angelegten Fragestellungen, sodass mittlerweile auch die Multikulturalität im Studiengang angekommen ist.

Die Dozentin Gülzade Düzgün-Suttner, Diplom-Sozialarbeiterin (FH), M.A. Interdisziplinäre Psychosentherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, betreute in diesem Rahmen im Schwerpunkt „Sozialtherapie“ die Studentin Christine Richardson, die von ihren Erfahrungen aus Neuseeland berichtet.

Bikulturalismus als maßgeblicher Unterschied

Die Felder der Sozialen Arbeit in Neuseeland scheinen generell denen in Deutschland ähnlich zu sein. Sozialarbeiter*innen sind für gewöhnlich entweder in staatlichen Organisationen oder aber in Nichtregierungsorganisationen (NGOs) angestellt. Dabei sind Aufgaben der staatlichen Stellen eher administrativer Natur, während NGOs eher im alltäglichen Klient*innenkontakt beschäftigt sind.

Nichtdestotrotz empfand ich beim Betreten der Einrichtungen atmosphärisch einen Unterschied zu Deutschland: ein „Haere Mai!“, also „Willkommen“ in der Sprache der Ureinwohner Neuseelands (Maori) begrüßte die Besucher*innen am Eingang, Flyer wiesen auf spezifische Programme für Maori-stämmige Menschen hin (vgl. beispielsweise He Waka Tapu 2018) und Einrichtungen werben damit, dass sie die Werte der Maori vertreten. Nach kurzer Recherche verstand ich, dass Bikulturalismus zentral ist und sowohl in der Lehre als auch in der Praxis der Sozialen Arbeit einen außerordentlichen Stellenwert einnimmt (siehe Massey University, The University of Auckland, University of Canterbury). Unter Bikulturalismus wird die Ko-Existenz zweier unterschiedlicher Kulturen in einem Land verstanden, was für Neuseeland bedeutet, dass sowohl die Kultur der Pakeha (Neuseeländer*innen mit europäischen Vorfahren) als auch der Maori offiziell anerkannt ist (vgl. Hayward 2012). Sozialarbeiter*innen sollen dazu beitragen, trotz dieser Ko-Existenz eine Gesellschaft zu formen, „[...] in which Maori and Pakeha should have an equal opportunity to contribute towards policy development and decision-making. This should include equal opportunity of access to resour-

ces at all levels of society“ (ANZASW 2014, S. 12).

Um für die Praxis ausreichend geschult zu sein, ist die ausführliche Beschäftigung mit den drei Prinzipien des Waitangi-Vertrages „Partnership, Protection und Participation“ seit 2012 im Bachelor der Sozialen Arbeit vorgesehen (vgl. Walker 2012, S. 66). Weil dieser innerhalb der Sozialen Arbeit in Neuseeland von zentraler Bedeutung ist und beispielsweise in renommierten Zeitschriften wie „Aotearoa New Zealand Social Work“ (vgl. 2020) regelmäßig thematisiert wird, soll sein Hintergrund hier kurz dargestellt werden:

Der „Treaty of Waitangi“ ist ein im Jahre 1840 unterzeichnetes Abkommen zwischen den Maori und der englischen Krone, das die Besitzverhältnisse zwischen beiden Parteien regeln sollte. Problematisch daran waren u.a. Fehler in der Übersetzung, die zu Uneinigkeiten und letztendlich Benachteiligungen der Maoris führten. Deren Auswirkungen bestehen bis heute (vgl. King 2003, S. 151–161).

Da die Maori im Verständnis der Klinischen Sozialarbeit tatsächlich eine vulnerable und marginalisierte Gruppe Neuseelands darstellen (vgl. Walker 2012, S. 66), ist es nachvollziehbar, dass sich die neuseeländische Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession in ihrer Haltung den Prinzipien des Waitangi-Vertrages verschrieben hat (vgl. ANZASW o. D.). So war 2015 beispielsweise die Lebenserwartung der Menschen europäischer Abstammung bei Geburt um 7,1 Jahre länger als die der Maori (vgl. Statistics New Zealand 2015). Des Weiteren war im Jahre 2016 die Beschäftigungsrate bei Pakeha-Neuseeländer*innen um 7,4 Prozent höher als die der anderen Gruppe (vgl. Statistics New Zealand 2016), während

Maori laut dem Ministry of Health (2019) wiederum „[...]1.6 times more likely to be hazardous drinkers than non-Maori [...]“ sind. Neben der theoretischen Lehre der Prinzipien wirken diese sich beispielsweise auf die Praxis aus, indem es Klient*innen in der Zusammenarbeit möglich sein muss, auf Maori zu kommunizieren.

Themen der Klient*innen

Nachdem ich viel über die Arbeit mit Maori gehört hatte, fragte ich die Sozialarbeiter*innen, ob es denn generell Themen gäbe, die sie bei ihren Klient*innen wiederkehrend beobachten würden. Sie gaben an, dass stetig steigende Mietpreise, vor allem in Städten (vgl. Eaqub, Howden-Chapman & Johnson 2018), zu größer werdender Armut führen und immer mehr Menschen das Social Housing in Anspruch nehmen müssten (vgl. Ministry of Social Development 2020). Angsterkrankungen (vgl. Health Navigator 2020) und Depressionen (vgl. Health Navigator 2019) seien zudem vielseitig beobachtbar. Die Soziale Arbeit müsse zunehmend mit dem sozialen Rückzug der Klient*innen umgehen. Auch der Konsum von Drogen und Alkohol sei laut der befragten Sozialarbeiter*innen gestiegen. Diese Aussage ließ sich statistisch allerdings nicht belegen. Für Neuseeland insgesamt war laut der NZ Drug Foundation (vgl. 2019) lediglich erkennbar, dass der Gebrauch von Cannabis innerhalb der letzten fünf Jahre minimal gestiegen ist, während METHXPERT hervorhebt, dass der Methamphetaminkonsum stetig anschwillt (vgl. METHXPERT o. D.).

Klinische Sozialarbeit scheint in Neuseeland eher unbekannt zu sein

Wie eingangs erwähnt, beschäftigte mich besonders die Frage, inwieweit das Handlungsrepertoire der Klinischen Sozialarbeit in Studiengängen in Neuseeland Anwendung findet. Eine Internet-Recherche ergab, dass es offensichtlich einen Masterstudiengang Klinischer Sozialarbeit in Neuseeland nicht gibt. Auch neuseeländische Autor*innen, die über Klinische Sozialarbeit schreiben, konnte ich nicht ausmachen. Die Interviews blieben für mich also die einzige Mög-

lichkeit, um ein Gefühl dafür zu bekommen, inwiefern diese sozialarbeiterische Richtung in Neuseeland ausgeprägt ist. So fragte ich am Ende der Gespräche mit den Sozialarbeiter*innen, ob sie von Klinischer Sozialarbeit gehört hätten. Alle Befragten verneinten. Einige vermuteten dahinter Soziale Arbeit im Krankenhaus.

Im weiteren Austausch berichtete ich jeweils kurz von klinischer Sozialarbeit als behandelnder Disziplin, die auf einem bio-psycho-sozialen Grundverständnis aufbaut, sowie von Aspekten sozialtherapeutischen Handelns innerhalb dieser Fachsozialarbeit. Auch erwähnte ich, dass wir im Studium über Sozialtherapie sprechen. Einige Unterhaltungen drehten sich daraufhin um Erfahrungen, bei denen die Arbeit mit Klient*innen therapeutische Effekte gehabt haben könnte.

Gleichzeitig winkten manche Sozialarbeiter*innen jedoch ab, Neuseeland sei im Bereich der Sozialen Arbeit einfach noch nicht weit fortgeschritten. Allein die Registrierung als Sozialarbeiter*in werde erst ab 2021 verpflicht-

tend (vgl. Social Workers Registration Board 2020), bis dahin könne sich jede*r so betiteln. Da sei an eine solche Spezialisierung nicht zu denken.

Trotz Gemeinsamkeiten gibt es Unterschiede

Ist neuseeländische Soziale Arbeit also weniger fortgeschritten als deutsche Soziale Arbeit? Um hier eine differenzierte Antwort geben zu können, reichen meine Einblicke nicht aus. Es scheint eine ähnliche Herangehensweise bei Problemstellungen, eine vergleichbare Haltung im Klient*innenkontakt sowie in etwa übereinstimmende Arbeitsfelder zu geben. Zugleich scheint mir Soziale Arbeit in Neuseeland im Rahmen der Registrierung erst seit der letzten Jahre standardisiert, hierbei scheint besonders das Thema Biculturalismus in den Blick genommen worden zu sein. Es wäre interessant, im Rahmen einer ausführlicheren Arbeit nach Aspekten Klinischer Sozialarbeit in den einzelnen Handlungsfeldern Sozialer Arbeit in Neuseeland zu suchen.

Literatur:

ANZASW (o.D. b): **Te Tiriti o Waitangi/ The Treaty of Waitangi**. Online verfügbar: <https://anzasw.nz/te-tiriti-o-waitangi-the-treaty-of-waitangi/> (10.02.2020)

ANZASW (2014): **ANZASW Social Work Practice Standards. Enhancing Competent Social Work Practice**. Online verfügbar: <https://anzasw.nz/wp-content/uploads/Practice-Standard-Publication-Full-Nov-14.pdf> (10.02.2020)

Aotearoa New Zealand Social Work (2020): **Aotearoa New Zealand Social Work. Archives**. Online verfügbar: <https://anzswjournal.nz/anzsw/issue/archive> (13.02.2020)

Eaqub, S.; Howden-Chapman, P.; Johnson, A. (2018): **A Stocktake of New Zealand's Housing**. Online verfügbar: <https://www.beehive.govt.nz/sites/default/files/2018-02/A%20Stocktake%20of%20New%20Zealand%27s%20Housing.pdf> (10.02.2020)

Hayward, J. (2012): **Story: Biculturalism**. Online verfügbar: <https://teara.govt.nz/en/biculturalism/page-1> (17.03.2020)

Health Navigator (2019): **Depression**. Online verfügbar: <https://www.healthnavigator.org.nz/health-a-z/d/depression-overview/> (06.03.2020)

Health Navigator (2020): **Anxiety**. Online verfügbar: <https://www.healthnavigator.org.nz/health-a-z/a/anxiety/> (05.03.2020)

He Waka Tapu (2018): **He Waka Tapu – Ko wai matou**. Online verfügbar: <https://www.hewaka-tapu.org.nz/> (05.03.2020)

King, M. (2003): **The Penguin History of New Zealand**. The Penguin Group London.

Maharey, S. (2000): **Social Welfare in New Zealand**. Online verfügbar: <https://www.beehive.govt.nz/speech/social-welfare-new-zealand> (03.02.2020)

Methexpert (o.D.): **Meth & Drug statistics**. Online verfügbar: <https://www.methxpert.co.nz/new-zealand-drug-and-meth-statistics.html> (18.03.2020)

Ministry of Social Development (2020): **Housing Register**. Online verfügbar: <https://www.msd.govt.nz/about-msd-and-our-work/publications-resources/statistics/housing/index.html> (06.03.2020)

New Zealand Drug Foundation (Hg.) (2019): **State of the Nation 2019. A stocktake of how New Zealand is dealing with the issue of drugs**. November 2019. Online verfügbar: <https://www.drugfoundation.org.nz/assets/uploads/2019-uploads/Policy-pages/State-of-the-Nation-2019.pdf> (06.03.2020)

Social Workers Registration Board (2020): **Legislation**. Online verfügbar: <https://swrb.govt.nz/about-us/legislation/> (05.03.2020)

Statistics New Zealand (2015): **New Zealand Period Life Tables: 2012–14**. Online verfügbar: http://archive.stats.govt.nz/browse_for_stats/health/life_expectancy/NZLifeTables_HOTP12-14/Commentary.aspx (10.02.2020)

Statistics New Zealand (2016): **Employment**. Online verfügbar: http://archive.stats.govt.nz/browse_for_stats/snapshots-of-nz/nz-social-indicators/Home/Labour%20market/employment.aspx#anchor15 (10.02.2019)

Walker, Shayne (2012): **The teaching of Maori social work practice and theory to a predominantly Pakeha audience**. In: Aotearoa New Zealand Social Work 3+4/2012, S. 65–74.

Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe

Ein Sammelband zu 10 Jahren Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention

Thema und Entstehungshintergrund

Die Kinder- und Jugendhilfe hat es in ihren Arbeitsfeldern seit jeher mehr oder minder explizit mit dem Thema Gesundheit zu tun. Der 13. Kinder und Jugendbericht brachte diesen Fokus vor über 10 Jahren explizit in den Jugendhilfediskurs ein und formulierte seinerzeit konkrete Aufgaben für eine salutogene Perspektive. Katrin Liel und Anna Lena Rademaker nahmen diesen runden Geburtstag zum Anlass für einen Sammelband, der mit Unterstützung namhafter Autor*innen die diesbezüglichen Entwicklungen in der Kinder- und Jugendhilfe betrachtet.

Aufbau und inhaltlicher Bezug

Der erste Teil (Teil A) beschäftigt sich konkret mit den Hintergründen des 13. Kinder- und Jugendberichtes und der aktuellen Situation. Der ehemalige Kommissionsvorsitzende Heiner Keupp wirft zunächst einen Blick zurück auf die Anliegen des Berichtes und diskutiert darauf bezogene Entwicklungen und Notwendigkeiten für die kooperative Ausgestaltung von Gesundheitsförderung im Feld. Im anschließenden Beitrag werden einige Ziele des Berichtes evaluiert, sowie die aktuelle Entwicklung aus kinder- und jugendmedizinischer Sicht herausgearbeitet, bevor über die Ergebnisse der KiGGS-Studien zentrale Aspekte der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Langzeitperspektive referiert werden.

Der zweite Abschnitt (Teil B) stellt konkret handlungsrelevante Probleme und Praxisfelder der Kinder- und Jugendhilfe in den Mittelpunkt der Betrachtungen. Dabei werden Themen ausgewählt, die – hier im konkreten Bezug zur Gesundheitsförderung – seit längerem (wie Kinderschutz, wirkungsorientierte Qualitätsentwicklung, die inklusive Lösung, Gesundheitsförderung im Setting Schule, Potenziale der Achtsamkeit, Frühe Hilfen), oder auch seit relativ kurzer Zeit (wie Lebenskohärenz und Selbstwirksamkeit im Zeitalter der Digitalisierung, Gesundheitsförderung bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen) Gegenstand einer breiteren fachlichen Auseinandersetzung im Feld sind. Ein wesentlicher Schwerpunkt der Darstellungen wird auf den Bereich der Gesundheitsförderung im Setting Schule gelegt. In drei „Spotlights“ (S. 122) geht es um die Möglichkeiten und Probleme im konkreten Praxisfeld. Verdeutlicht werden hier die Herausforderungen, mit denen die schulbezogene Soziale Arbeit konfrontiert ist, insbesondere der schwierigen Implementation von Zielbereichen (Gesundheit

Liel, Katrin; Rademaker, Anna Lena (Hg.) (2020): Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim, Basel: Beltz Juventa

für alle), die in der Agenda des betroffenen Teilsystems (Schule) zunächst nicht grundsätzlich hinterlegt sind.

Im dritten Teil (Teil C) wird der Fokus auf strukturelle Erfordernisse der Verbesserung von Gesundheitschancen verlagert. Zunächst steht die Frage im Vordergrund, inwiefern Gesundheitsförderung zu einem fachlichen Standard in der Kinder- und Jugendhilfe werden kann. Die weiteren Beiträge betreffen die Frage nach den Strategien kommunaler Gesundheitsförderung, sowie die zentralen Themen der Kooperation und Netzwerkbildung, der schwierigen Realisierung inklusiver Konzepte auf kommunaler Ebene und die nach wie vor hochbedeutsame Problematik des Aufwachsens in Armutslagen und den damit einhergehenden gesundheitlichen Ausgangschancen. Der Teil schließt mit Überlegungen zur curricularen Integration gesundheitsbezogener Inhalte in das Studium der Sozialen Arbeit. Der letzte Abschnitt (Teil D) fokussiert auf die gesellschaftliche Ebene der Entwicklung von Gesundheitschancen und rundet mit einem kritischen Beitrag zur unkritischen Übernahme von Kooperationspostulaten sowie einer abschließenden Einschätzung der aktuellen Lage und zukünftiger Notwendigkeiten zur Verringerung ungleicher Gesundheitschancen den Sammelband ab.

Diskussion und Fazit

Das Buch zeichnet sich durch einen breiten Zugang zur Gesundheitsthematik für die Kinder- und Jugendhilfe aus, durch den sowohl die Vielzahl an Handlungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten in unterschiedlichen Feldern als auch die Desiderata deutlich werden. Dabei wird in den Beiträgen auch das besondere Potenzial der Jugendhilfe und ihrer lebensweltbezogenen und funktionalen Differenzierungen überschreitend Perspektive deutlich. Dies erscheint gerade mit Bezug zur bekannten Problematik bedeutsam, die auch im Beitrag von Liel und Kaba-Schönstein (Gesundheitsförderung und Prävention bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen) angesprochen wird (S. 139): Dass allgemein gehaltene Gesundheitspräventionsprojekte, beispielsweise im Schulalltag der Heranwachsenden, gerade bei den bereits Be-

nachteiligten mangels lebensweltlicher Anschlussfähigkeit nicht ankommen.

Auch die kritische Auseinandersetzung mit dem Thema Kooperation nimmt in diesem interdisziplinären Feld notwendigerweise viel Raum ein. In Verbindung mit den feldspezifischen Beiträgen erscheint die Infragestellung des teilweise unkritischen Umgangs mit Kooperationsversprechen hochinteressant. Freilich kann es dabei im Sinne der Adressierten nicht um Abschottung gehen. Genauso wenig jedoch um Kooperation um jeden Preis, was im Einzelfall auch die „Preisgabe“ sozialarbeiterischer Grundsatzziele bedeuten kann (Otto/Ziegler, Kooperationsdiskurse in der Kinder- und Jugendhilfe).

Vermissten könnte man weitere Ausführungen zur durchaus thematisierten gleichwohl bislang grundsätzlich wenig explizierten „impliziten Gesundheitsförderung“ (beispielsweise Liel/Rademacher, Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland). Meines Erachtens spielt dieses Thema insbesondere in den Erziehungs- und Eingliederungshilfen eine große Rolle. Hier wäre etwas mehr Licht auf die diesbezüglichen Praxen begrüßenswert, um dieses Feld weiter zu bestimmen und einer kritischen Reflexion zugänglich zu machen.

Der Band bleibt – und dies ist keineswegs als Kritik misszuverstehen – seinem Titel treu. Der gesundheitsbezogene Teilbereich „sozialtherapeutischer“ Potenziale von Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe wird hier nur implizit an einigen Stellen thematisiert. Hierzu wäre sicherlich ein eigener Sammelband möglich.

Grundsätzlich wird über die Beiträge zweierlei deutlich: Zum einen die auch motivational wichtige Einsicht, dass durchaus wünschenswerte Entwicklungen im Sinne konkreter Projekte in der Praxis realisierbar sind. Und zweitens: Soziale Arbeit muss sich in Profession und Disziplin entsprechend ihres Selbstverständnisses weiterhin lautstark zu Wort melden, um die Chancen für ein gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen zu verbessern. Ein wichtiges Buch, das die Entwicklungen, Aufgaben und Potenziale der Jugendhilfe in diesem Themenfeld zeigt und sich über die unterschiedlichen Textsorten und die Breite der thematischen Fokussierungen sowohl als Überblick für Expert*innen, als auch für einführende Veranstaltungen im Studium eignet.

Christopher Romanowski-Kirchner