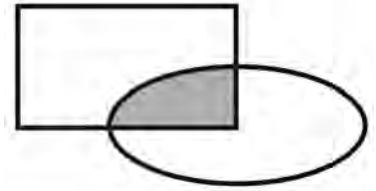


# KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS  
UND FORSCHUNG



15. Jg. ■ Heft 2 ■ April 2019

## Inhalt

**Themenschwerpunkt:  
Clinical Social Work International**

**3 Editorial**

**4 Klinische Kompetenzen und  
Klinische Sozialarbeit in den USA**

*Interview mit Prof. Fritz MacDonald*

**6 Klinische Sozialarbeit: Stand der  
Entwicklungen in Deutschland**

*Silke Birgitta Gahleitner*

**9 Klinische Sozialarbeit:  
Perspektiven aus der Schweiz**

*Matthias Hüttemann und Simon Süsstrunk*

**13 Der österreichische Blick auf die  
Klinische Soziale Arbeit**

*Stand der Entwicklung, Verortung und Perspektiven  
Elisabeth Steiner und Heinz Wilfing*

**16 Helping the "Child-in-Environment"**

*A Humanistic Framework for Clinical Social Work and  
Social Therapy with Children*

*Helmut Pauls*

**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**



## Zu den Autor\*innen dieser Ausgabe

**Frederick F. MacDonald**, em. Prof. Dr. School of Social Work der Western Michigan University, Kalamazoo, Michigan, USA und im Masterprogramm für Klinische Sozialarbeit der Hochschule Coburg und Berlin, Familientherapeut in freier Praxis und bei einem Träger der freien Jugendhilfe, Mitherausgeber der Mitgliederzeitschrift des Verbandes der Amerikanischen Psychotherapeuten (Annals of the American Psychotherapy Association) und der Zeitschrift für Soziologie und Sozialfürsorge (Journal of Sociology & Social Welfare). Kontakt: frederick.macdonald@wmich.edu

**Elisabeth Steiner**, Prof. (FH) Mag. Dr., DSA, Sozialarbeiterin, Klinische- und Gesundheitspsychologin, Studiengangsleiterin des Masterstudiengangs „Sozialraumorientierte und Klinische Soziale Arbeit“ und Leiterin des „Kompetenzzentrums für Soziale Arbeit“ an der FH Campus Wien. Kontakt: elisabeth.steiner@fh-campuswien.ac.at

**Heinz Wilfing**, Prof. (FH) Dr., DSA, Sozialarbeiter, Klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut. Praxis in Sozialpsychiatrie und Suchttherapie sowie Leitungsfunktionen im Bereich sozialberuflich akademischer Bildung. Aktuelle Lehrtätigkeit an der Donau Universität Krems und der Fachhochschule Vorarlberg. Kontakt: dr.heinz.wilfing@chello.at

**Silke Birgitta Gahleitner**, Prof. Dr. phil. habil., Dipl.-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, Dipl.-Psychologin, Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit, Beratung und Therapie an der Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH). Kontakt: gahleitner@ash-berlin.eu

**Helmut Pauls** is Professor Emeritus of Psychology, Counseling and Clinical Social Work at Coburg University for Applied Science/Germany and a licensed psychotherapist. He directed the first Masters Programme in Clinical Social Work in Germany and is visiting lecturer in Vienna/Austria and Olten/Switzerland in cooperation with Coburg University for Applied Sciences and Alice-Salomon-University Berlin. Kontakt: helmutpauls@mac.com

**Matthias Hüttemann**, Prof. Dr., Dozent an der Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit. Kontakt: matthias.huettemann@fhnw.ch

**Simon Süssstrunk**, Master of Arts in Sozialer Arbeit, M.A. (FHNW), Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit. Kontakt: simon.suessstrunk@fhnw.ch

**Anne Loschky**, Dipl.-Psychologin, derzeit Lehrbeauftragte und freie Referentin. Kontakt: anne.loschky@posteo.de

**Gerhard Klug**, M.A. Klinischer Sozialarbeiter, Dipl.-Sozialpädagoge (FH) und Fachsozialarbeiter für Klinische Sozialarbeit, tätig im Amt für Kinder, Jugend und Familie der Stadt Augsburg. Kontakt: gerhard.klug@gmail.com

## Wissenschaftlicher Beirat

**Prof. Dr. Peter Buttner**, Hochschule München

**Prof. Dr. Peter Dentler**, Fachhochschule Kiel

**Prof. Dr. Matthias Hüttenmann**, Fachhochschule Nordwestschweiz Olten, Schweiz

**Prof. Dr. Johannes Löhner**, Hochschule Landshut

**Prof. Dr. Albert Mühlum**, Bensheim

**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 Anotonia Lammell  
Ingo Müller-Baron, Karlheinz Ortmann

### 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) 521 106 7817 (Büro Bielefeld)  
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

3/2019 **Subjektive Gesundheit**  
(Redaktionsschluss: 15.03.2019)

4/2019 **Abhängigkeitserkrankungen**  
(Redaktionsschluss: 15.06.2019)

## Fortbildungen und Tagungshinweise

### „Meanings of Quality of Social Work Education in a Changing Europe“ vom 4. bis 7. Juni in Madrid

Die EASSW (European Association of Schools of Social Work) veranstaltet ihre Konferenz 2019 unter dem Thema „Bedeutung der Qualität der Sozialarbeit in einem sich wandelnden Europa“. Die Konferenz findet vom 4. bis 7. Juni 2019 in Madrid, Spanien, an der Universidad Complutense de Madrid (Faculty of Social Work) statt. Die Konferenz setzt sich zum Ziel, ein internationales Forum für Debatten über Innovationen, Anliegen, Herausforderungen und Praktiken in der Sozialarbeitsbildung zu sein. Die Bedeutung von Qualität der Bildung in der Sozialen Arbeit in einem sich wandelnden Europa ist dabei zentrales Thema.

Weitere Informationen unter:  
[www.ucm.es/eassw2019](http://www.ucm.es/eassw2019)

### 9. Fachtagung der Klinischen Sozialarbeit in Kiel vom 17. bis 18. Mai

Die Fachhochschule Kiel, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, richtet am 17. und 18. Mai 2019 die 9. Fachtagung der Klinischen Sozialarbeit aus. Das Schwerpunktthema der Fachtagung lautet: „Gemeinsam gesund – Strategien und Interventionsmöglichkeiten Klinischer Sozialarbeit in sozialen Netzwerken“. Mit der 9. Fachtagung der Klinischen Sozialarbeit lädt die Fachhochschule Kiel im Rahmen von 50 Jahren Fachhochschulbildung in Deutschland und 100 Jahren professionalisierter Ausbildung Sozialer Arbeit in Kiel ein. Weitere Informationen unter: [www.fh-kiel.de](http://www.fh-kiel.de)

### 9th International Conference on Social Work in Health and Mental Health, 22.–26. July

Die Universität von York im Vereinigten Königreich, veranstaltet vom 22. bis 26. Juli 2019 die 9. Internationale Konferenz Sozialer Arbeit in Gesundheit und psychischer Gesundheit. Ziel ist es, den Besuchern und Interessent\*innen Anregungen zu geben wie zukünftig Soziale Arbeit in Gesundheits- und psychiatrischen Diensten gestaltet werden kann. Neben Fachwissen aus aller Welt werden die besten Forschungs- und innovativen Interventionskonzepte aus der Sozialarbeit vorgestellt. Weitere Informationen unter: <http://icsw2019york.org>

### DVSG-Bundeskongress vom 14. bis 15. November in Kassel

Der diesjährige Bundeskongress der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) findet am 14. und 15. November 2019 im Kongress Palais Kassel statt. Zum Schwerpunktthema „Gesundheit für alle!? Benachteiligungen erkennen – Handlungsspielräume nutzen“ stehen soziale und gesundheitliche Ungleichheiten sowie die Beiträge der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit im Mittelpunkt der Diskussionen. Begleitet wird der Kongress durch eine Fachausstellung. Weitere Informationen unter:  
[www.dvsg-bundeskongress.de](http://www.dvsg-bundeskongress.de)

### DGSA nimmt Stellung zum Referentenentwurf zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

Der Vorstand der DGSA hat sich zum Referentenentwurf zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 3. Januar 2019 mit einer Stellungnahme im Zuge der Beratung des Gesetzesentwurfs an Bundesminister Jens Spahn positioniert. Die DGSA bedauert, dass in § 7 die sozialarbeitswissenschaftlichen Kenntnisse nicht aufgenommen wurden und fordert vom Gesetzgeber, zusätzlich zum vorgesehenen Direktstudium eine Möglichkeit für Absolvent\*innen von Bachelor- und Masterstudiengängen der Sozialen Arbeit bzw. der Sozialpädagogik zu eröffnen, in das Masterstudium gemäß § 9 des Gesetzes über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz, PsychThG), Referentenentwurf, einzusteigen. Aus Sicht der DGSA benötigen Psychotherapeut\*innen nicht nur klinisch psychologische Wissen und psychotherapeutisches Können, sondern auch umfassende pädagogische und sozialarbeiterische Kenntnisse über soziale Wirkfaktoren sowie über Einflussmöglichkeiten, etwa mittels Sozialberatung, Sozialtherapie oder auch sozialraumorientierter Konzepte. Diese Kompetenzen, die bislang weitgehend über ehemalige Diplom-Studiengänge und heutige Bachelor- und Masterstudiengänge der Sozialen Arbeit/Sozialpädagogik grundlegend erworben wurden und werden, sind unerlässlich, um, darauf aufbauend, eine psychotherapeutische Kompetenz zur Prävention und Behandlung von „psychischen Störungen“ zu entwickeln. Download der Stellungnahme unter: [www.dgsa.de](http://www.dgsa.de)

**C**linical Social Work International – in dieser Ausgabe möchten wir einen Streifzug durch die internationale Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit unternehmen. Die vielen Entwicklungsschritte der Klinischen Sozialarbeit stellen eine Erfolgsgeschichte dar und wurden bereits vielfach nachgezeichnet (siehe hierzu insbesondere Heft 3, Jahrgang 11 dieser Reihe). Über ihr Selbstverständnis und ihre Grundorientierung sowie die Abgrenzung (zur Psychotherapie) gibt es keine Unklarheiten, ebenso über die angewandten Methoden sowie den Umgang mit den Begriffen der Sozialen Diagnose und Sozialen Therapie. In ihrem Bestreben, zu einem klar definierten Bezugsrahmen sozial-klinischer Eigenbestimmung zu gelangen, hat die Klinische Sozialarbeit die soziale Dimension in dem machtvollen und in vielen Bereichen kurios anmutenden Gebilde „Gesundheit“ gut und zunehmend selbstbewusst besetzt. Insbesondere zählt hierzu die überaus facettenreiche Literaturauswahl, die den Zirkel der sich selbst reproduzierenden Grundlagenarbeiten dabei längst verlassen hat. Die Gründung vieler Masterstudiengänge und die regen Forschungsaktivitäten, die auf Hochschul- und wissenschaftlicher Ebene koordiniert und weiterentwickelt werden, sprechen dabei für sich.

Allerdings scheint der Aktionsradius der praktizierenden und der auf verbandlicher Ebene organisierten Akteur\*innen nach der euphorischen Gründungsphase erschöpft und in vielen Bereichen nicht ausreichend. Doch gerade im Definitionskampf um das Behandlungsprimat der Sozialen Ebene und im Verteilungskampf um begrenzte Ressourcen, genügt es nicht, alle Anstrengungen der Hochschulebene zu überlassen. Hier sind die „Scientist Practitioner“ gefragt, die bestehende Praxiswelt so zu gestalten und zu prägen, dass jene viel zitierten sozial-klinischen Fachkompetenzen sichtbar werden. Das Engagement der DVSG und DGSA, die vorliegende Fachzeitschrift weiter zu unterstützen und sich sowohl für die Publikation als auch für die Förderung der Klinischen Sozialarbeit zu bekennen (vgl. Kurlermann und

Müller-Baron 2015), ist dabei ein guter Ansatz. Viele Beiträge aus der Praxis finden hier ihren Platz. Doch das alleine reicht nicht. Von den Praktiker\*innen wie auch von den im Berufsverband European Centre for Clinical Social Work (ECCSW) organisierten Vertreter\*innen sind stärkere Impulse notwendig, um von innen heraus die Praxis selbstbewusster und trennschärfer zu gestalten. Als mögliche Gestaltungsfaktoren seien genannt: die Weiterentwicklung des Zertifizierungsverfahrens (insbesondere) über die deutschen Grenzen hinaus, eine verstärkte Akquise von sozial-klinisch fundierten Praktiker\*innen, Netzwerkarbeit und Kooperation mit Fort-/Weiterbildungsinstituten sowie den Anstellungsträgern. Noch lässt der Einbezug der Wohlfahrtsverbände in die berufspolitische Profilschärfung auf sich warten.

Die Klinische Sozialarbeit geht ihre eigenen Wege und hat mit unterschiedlichen Herausforderungen zu kämpfen. Mit dieser Ausgabe möchten wir einen internationalen Abriss der Entwicklungen aufzeigen, wohl wissend, dass dieser „internationale Blick“ begrenzt erscheint. Zu Beginn stimmen wir mit einem **Interview mit Frederick F. MacDonald**, emeritierter Professor an der School of Social Work der Western Michigan University (USA), in die Thematik ein. Als Klinischer Sozialarbeiter stellt MacDonald entlang politischer und gesellschaftlicher Zusammenhänge dar, wie diese Bezüge die Ausbildung sowie Charakteristik Sozialer Arbeit und Klinischer Sozialarbeit wesentlich beeinflusst haben und wie sie die Arbeitsrealität Klinischer Sozialarbeiter\*innen heute noch prägen. Die in der Ausbildung vermittelten klinischen Kompetenzen verbunden mit den (benötigten) persönlichen Erfordernissen werden von ihm dargelegt und zeigen eine interessante und nachvollziehbare Entwicklungslinie. Mit **Silke Birgitta Gahleitner** folgt der Blick auf Deutschland. Sie stellt, ausgehend von den Erfordernissen einer Spezialisierung und Höherqualifizierung Sozialer Arbeit, die theoretische und fachwissenschaftliche Verortung für eine behandelnde Sozialarbeit dar und zeigt wesentliche Entwicklungen in den akade-

mischen, verbandlichen und publizistischen Bereichen sowie anstehende Herausforderungen auf. **Matthias Hüttemann und Simon Süssstrunk** beleuchten die Personalsituation im Gesundheitswesen sowie die Situation und aktuelle Entwicklung der Fachverbände in der Schweiz. Die Verortung der „Klinischen Sozialarbeit“ und ihre Deutung als Begriff und Methode (Soziale Therapie) erfolgt vor dem Hintergrund landesspezifischer Gegebenheiten. Die Autoren messen der Wirkungsforschung eine erhebliche Bedeutung zu und zeigen beispielhaft, wie Wirksamkeitsnachweise aussehen können. Der letzte lokale Beitrag stammt von **Elisabeth Steiner und Heinz Wilfing**, die mit ihrem Beitrag den Blick nach Österreich lenken. Einleitend verweisen beide Autoren auf die Notwendigkeit einer spezialisierten Fachsozialarbeit und markieren dabei gesellschaftliche Veränderungen und fachliche Herausforderungen als Ausgangspunkt gesundheitsrelevanter Problemstellungen. Sie beschreiben entlang historischer und aktueller Entwicklungslinien die Etablierung und Verortung der Sozialarbeit in Österreich. Mit dem letzten Beitrag von **Helmut Pauls** wird ein sozial-klinischer (Interventions-)Ansatz vorgestellt. Pauls greift die Bezüge und Kernelemente Klinischer Sozialarbeit auf und überführt diese in einen klinisch-sozialarbeiterischen Interventionsrahmen. Er zeigt, wie ein humanistisch geprägter und erfahrungsorientierter Bezugsrahmen für eine Soziale Therapie mit Kindern und deren Familien aussehen kann. Dabei integriert er in seinem Beitrag eine kurze Entwicklungsskizze der Klinischen Sozialarbeit als Fachdisziplin und zeigt die Herausforderungen, denen sie sich als behandelnde Profession zu stellen hat.

Wir wünschen viel Freude mit dieser Ausgabe und freuen uns auf Rückmeldungen oder Anregungen.

*Für die Redaktion  
Gerhard Klug*

**Quellen:**

Kurlermann, U.; Müller-Baron, I. (2015): **Zwischen Generalisierung und Spezialisierung: Zeitschrift „Klinische Sozialarbeit“ als Baustein fachpolitischer Entwicklung**. In: Klinische Sozialarbeit, 11, 3, S. 15–16.

# Klinische Kompetenzen und Klinische Sozialarbeit in den USA

Interview mit Prof. Fritz MacDonald, School of Social Work – Western Michigan University, Kalamazoo, Michigan, USA; von Anne Loschky und Gerhard Klug

**KlinSa:** Fritz, du unterrichtest hier an der Western Michigan University in Kalamazoo seit über 20 Jahren Sozialarbeiter\*innen und arbeitest als Familientherapeut in freier Praxis. Was würdest du sagen, müssen sich Sozialarbeiter\*innen hier in den Vereinigten Staaten an Wissen und persönlichen Fähigkeiten erwerben?

**F. MacDonald:** Um zu verstehen, welche Ausbildungsziele wir verfolgen, muss man sich die politische Situation der Sozialarbeit in den Vereinigten Staaten vergegenwärtigen: Sozialarbeiter\*innen hier haben ein niedriges Einkommen von 30.000 US-Dollar im Jahr. Damit verbunden sind ein niedriger sozialer Status und in der Regel – wie bei fast allen Leuten hier – ein unsicherer Arbeitsplatz. So kann es sein, dass man in einem Jahr in einem Feld und im nächsten in einem anderen Feld Sozialer Arbeit Beschäftigung findet. Sozialarbeit ist ganz eng mit dem politischen System verbunden. Seit 1996 die staatliche Unterstützung für Erwerbslose gestrichen wurde, sind Sozialarbeiter\*innen oft mehr damit beschäftigt zu organisieren, wie eine Familie einigermaßen durch den Winter kommen kann, als dieser Familie mit Beratung und Unterstützung zur Seite zu stehen. Regierungsprogramm ist die sehr konservative Ideologie des Neoliberalismus, nach der jeder selbst sehen soll, wo er bleibt.

Um gut vorbereitet zu sein, müssen Sozialarbeiter\*innen das politische System und die gesellschaftlichen Fragen studieren und verstehen. Wenn eine Gesellschaft wie die unsere kein soziales Sicherungssystem mehr hat, so gibt es auch keinen Bezugspunkt für die Soziale Arbeit, keinen festen Rahmen. Das bedeutet, dass ein Schwerpunkt unserer Ausbildung hier ist, die Studierenden dazu zu befähigen, ihre eigene professionelle Identität zu ent-

wickeln, ein eigenes politisches und soziales Selbstverständnis. Damit kann man nicht erst im Job anfangen.

**KlinSa:** Welche persönlichen Fähigkeiten braucht man, um zurecht zu kommen?

**F. MacDonald:** Vor allem die Fähigkeit die Ambivalenz und Ambiguität, diese Situation auszuhalten. Wenn du dich entschieden hast, Sozialarbeiter\*in zu sein, hast du eine Vorstellung von deiner Arbeit. Du möchtest Menschen verstehen und ihnen helfen. Du realisierst sehr genau, was ihre Bedürfnisse sind und welche Hilfestellungen Familien brauchen. Und gleichzeitig bist du Teil einer Gesellschaft, die den Familien diese Unterstützung und Hilfe vorenthält. Das sind Momente, in denen du deine Arbeit hasst, obwohl du sie eigentlich gerne machst.

**KlinSa:** Kann diese Vorbereitung wirklich im Rahmen einer Ausbildung geleistet werden?

**F. MacDonald:** Wir haben diesen Anspruch an unsere Ausbildung. Diese Fähigkeiten musst du dir während der Ausbildung erwerben und du musst bereits während des Studiums deine Identität als Sozialarbeiter\*in entwickelt haben und auch wissen, dass du dich mit Kolleg\*innen in einem Netzwerk zusammenschließen musst, damit du die Möglichkeit für professionellen Austausch hast und an dieser Identität weiter arbeiten kannst. Sonst bist du sehr schnell verloren oder es entsteht das Gefühl der Leere und ein Zustand des Ausgebranntseins (burn-out).

**KlinSa:** Was ist darüber hinaus wichtig?

**F. MacDonald:** Die Fähigkeit zuhören zu können und Spaß am Kommunizieren zu haben, sollten eine Art natürliches Talent sein. Darauf aufbauend können wir die anderen Fähigkeiten in der Ausbildung unterrichten

und entwickeln. Wir machen immer wieder deutlich, dass wir Menschen nur verstehen können, wenn wir sie wahrnehmen in ihrer Verbindung zu ihrer Familie, zu anderen Menschen, zu ihrer Umwelt, ihrer Kultur.

**KlinSa:** Wir besuchen ja dein Seminar „Familientherapie und Sozialarbeit“ und sind beeindruckt vom theoretischen Niveau gekoppelt mit dem Praxisbezug. Wir glauben nicht, dass man ein solches Niveau bei uns findet.

**F. MacDonald:** Das Studium ist bei uns direkt mit der Praxis verzahnt. In den letzten beiden Jahren, wenn man den Masterdegree erwirbt, hat man an 3 Tagen Unterricht und arbeitet an 2 Tagen in seiner Praxisstelle. In meinem Seminar bezieht sich beispielsweise der Praxisteil der beiden Hausarbeiten auf eine Familie, mit der man im Praktikum arbeitet. Ich denke schon, dass wir unsere Studierenden gut vorbereiten. Wir müssen sie für ein breites Tätigkeitsfeld vorbereiten und sie müssen damit zurechtkommen, sich auf dem „Markt“ zu verkaufen oder auch in privater Praxis zu arbeiten.

**KlinSa:** Könnte man sagen, du versuchst nicht nur den Student\*innen Wissen zu vermitteln, sondern auch ihre Persönlichkeit zu entwickeln und zu bilden?

**F. MacDonald:** Ja, das ist das, was ich und meine Kollegen wollen. Das heißt in erster Linie, dass die Studierenden lernen, auch auf sich selbst zu schauen. Wirklich sich selbst und das, was sie mitbringen, zu verstehen. Diese Selbstachtsamkeit und auch die Erkenntnis, dass man die eigene Persönlichkeit, die eigenen Regeln und individuellen Werte, aber auch schwierige Gefühle oder Verletzungen aus der eigenen familiären Geschichte erkennen muss, um Familien in helfender Weise begegnen zu können, das steht im Zentrum meiner Bemühungen als Lehrer.

**KlinSa:** Es hat uns beeindruckt, dass die Student\*innen als Abschlussarbeit ihre eigene

**familiäre Geschichte im Sinne einer Familienrekonstruktion erarbeiten müssen. Du hast ihnen geholfen, indem du ihnen gegenüber deine eigene Geschichte, dein Genogramm, deine familiären Traumata und Mythen geöffnet und so persönlich aus deinem Leben erzählt hast.**

**F. MacDonald:** Wenn du dies nicht von dir selbst weißt, wenn du deine blinden Flecken nicht kennst, nicht weißt, welche familiären Konstellationen oder Besonderheiten deine Gefühle berühren können, wie willst du dann anderen helfen können, wenn du nicht fähig bist, unmittelbar den Abstand zu deiner Betroffenheit zu finden? Ich erkenne mehr und mehr, dass das nicht ausreicht. Wir müssen uns auch die Ebene unserer Spiritualität und die unserer Klienten bewusst machen. Sie bestimmt unser Handeln und Sein mit.

**KlinSa:** *Wenn wir es richtig verstanden haben, gibt es hier keine Trennung zwischen Sozialarbeit und Psychotherapie? Auch Sozialarbeiter\*innen können eine staatliche Lizenz erwerben und sich in freier Praxis niederlassen.*

**F. MacDonald:** Die Grenzen – so, wie ich sie in Deutschland kennengelernt habe – sind wirklich künstlich. Es geht um die klinischen Fähigkeiten, die wir haben, anderen zu helfen: Hier sollten alle Professionen gleichberechtigt zusammenarbeiten wie ein Team. Alles andere ist dysfunktional. Wenn die Professionen nicht zusammenarbeiten, bedeutet das familientherapeutisch gesprochen, dass du den Klienten triangulierst und ihm keine Entwicklungsmöglichkeiten und -chancen gibst. Auch die Krankenversicherung macht hier keinen Unterschied. Sie empfiehlt Patient\*innen für Psychotherapie und Beratung an Sozialarbeiter\*innen oder Psycholog\*innen. Oft sogar eher zu Sozialarbeiter\*innen, weil sie wissen bzw. annehmen, dass diese mehr die sozialen Beziehungen und Umgebung beachten werden, auch mal einen Hausbesuch machen oder sich mit den Lehrer\*innen treffen usw.

**KlinSa:** *Siehst du unterschiedliche Ausgangspunkte zwischen beiden Kontinenten?*

**F. MacDonald:** Ein Bachelor-Abschluss in Sozialer Arbeit hat sich in den USA niemals hoher Anerkennung erfreut.

Ein Master-Abschluss hingegen wurde immer hoch angesehen und beinhaltet als Schwerpunktsetzung unter anderem die psychische Gesundheit. Sozialarbeiter\*innen mit Master-Level waren immer selbstständig und frei in ihrer Arbeit und konnten häufig von einer Arbeitsstelle oder Position zur anderen wechseln, je nach angebotenen Gehalt oder anderen Leistungen. Der MSW-Abschluss ist ein freistehender Abschluss. Er gehört zu keiner anderen Disziplin. Seine Gründung war eine Reaktion auf das Ende des Zweiten Weltkriegs und die Rückkehr von Männern und Frauen, die aufgrund eines Kriegstraumas eine Therapie und Beratung benötigten. Masterabsolvent\*innen in Sozialer Arbeit MSWs waren nie eingebunden in großen Verwaltungsstrukturen/-apparaten. Sie hatten die Möglichkeit, über Jahrzehnte unabhängig zu arbeiten.

**KlinSa:** *Die Soziale Arbeit hat sich seit den 1920er-Jahren in den Vereinigten Staaten und Europa sehr verschieden entwickelt. Lassen sich, bezogen auf die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit, generelle Unterschiede zwischen den beiden Kontinenten feststellen? Wenn ja, welche?*

**F. MacDonald:** Wir unterscheiden im Allgemeinen nicht zwischen einem klinischen Master-Abschluss in Sozialer Arbeit und einem Master-Abschluss. Sie sind gleich. Wir haben keine Master in Klinischer Sozialarbeit. Jeder Master-Abschluss in Sozialer Arbeit bereitet auf Beratung und Psychotherapie vor. In den USA reicht jeglicher College-Bachelor-Abschluss, um in einer staatlichen Sozialbehörde zu arbeiten. Um eine gute Fachkraft im öffentlichen Dienst zu werden, ist keine spezielle vorherige Ausbildung nötig. Die Ausbildung findet vor Ort statt.

**KlinSa:** *Hast du den Eindruck, dass es neben gemeinsamen Konzepten wie das Person-In-Environment-Modell andere Modelle oder Konzepte gibt, die nebeneinander existieren? Beispielsweise das Problem-Solving-Modell oder andere?*

**F. MacDonald:** In den USA basiert alles auf der allgemeinen Systemtheorie. Das heißt, es liegt eine ökologische/ökosoziale Systemperspektive zugrunde, die eine ganzheitliche Bewertung

oder Betrachtung einschließt und keinem einzelnen Diagnostikverfahren unterliegt. Sie ist stärken- und ressourcenorientiert, nicht pathologisch. Die Theorie der „Sozialen Konstruktion“ (social construction theory) ist auch sehr wichtig, um die Wahrnehmung des Klienten von sich und seiner Welt zu verstehen. Die Traumatheorie ist ebenso bedeutend. Alles in den Vereinigten Staaten beruht darauf, dass es „nachweisbar“ ist, aber niemand hat klar definiert, was dies wirklich bedeutet. Nachweisbarkeit ist zu einem Zauberwort geworden, je nach Institution und Disziplin mit verschiedenen Bedeutungen und Auslegungen. Für mich bedeutet das klientengeleitete und keine modellorientierte Praxis der Sozialen Arbeit. In jeder Ausbildungsstätte der Sozialarbeit werden Mikrokompetenzen (micro skills) vermittelt, das heißt grundlegende Gesprächsführungsfähigkeiten.

**KlinSa:** *Uns ist keine wirkliche institutionelle Vernetzung und Kooperation der europäischen und amerikanischen CSW-Community bekannt, woran könnte das liegen?*

**F. MacDonald:** Die erste Hürde ist die Sprache und die zweite ist, dass die Sozialarbeit in diesem Land so anders aussieht und hauptsächlich auf Master-Niveau liegt. In den USA sind die meisten sehr damit beschäftigt, ihre eigene selbstständige Praxis alleine oder als Teil einer Gruppe interdisziplinärer privater Praktiker\*innen zu führen, die direkt mit privaten Versicherungsgesellschaften abrechnen. Es gibt jedoch eine internationale Organisation der Sozialen Arbeit, die mir aber nicht sehr aktiv erscheint (<https://www.ifsw.org/>).

**KlinSa:** *Du unterrichtest ja auch in Deutschland. Wenn du die Wahl hättest, Dinge auszutauschen, was würdest du auswählen?*

**F. MacDonald:** Ich würde euer soziales Sicherungssystem mit hier herbringen und euch unser Engagement in der Freiwilligenarbeit mitbringen. Und: Bei euch gibt es eine Menge Bürokraten, das ist schlecht. Es ist wichtig, gute Supervisoren und gute Führungskräfte im sozialen Bereich zu haben. Daran könntet ihr noch ein bisschen arbeiten.

# Klinische Sozialarbeit: Stand der Entwicklungen in Deutschland

Silke Birgitta Gahleitner

**B**esonders schwierige Situationen und der Umgang mit schwer belasteten Personen verlangen ... eine besonders hohe Beratungskompetenz“, konstatierte Mühlum (2001, S. 16) in seinen – damals in der Sozialen Arbeit noch sehr umstrittenen – Argumenten für die Entwicklung einer klinisch geprägten Fachsozialarbeit. Das vorherrschende generalistische Selbstverständnis der Sozialen Arbeit wurde daraufhin zunehmend infrage gestellt: „Der Weg zur Fachsozialarbeit ... führt über eigene Masterstudiengänge und die Entwicklung von Standards ... und mündet in die Qualifikationsstufe Fachsozialarbeit“ (Mühlum 2008, S. 4). Die fachliche Vertiefung erhöht die spezifische Handlungskompetenz und befähigt zu Forschung im eigenen Feld. Argumentiert wurde mit der (Post-)Moderne, mit der zunehmenden Gefährdung immer größerer Bevölkerungsgruppen durch Ungleichheit in Gesundheit und Teilhabe und daraus entstandenen sozialen Problemlagen mit einem Mehrbedarf an psychosozialer Unterstützung (Hanses und Homfeldt 2008; Sennett 2000).

Seither hat sich die Teilhabeproblematik im Bereich der Gesundheit und Lebenschancen weiter verschärft, die Globalisierung verstärkt eine Gemengelage mentaler und sozialer Probleme, die sich auf das Befinden der Menschen und das soziale Zusammenleben auswirken (Keupp, i. V.; RKI 2013). Die damals so empörenden Überlegungen erscheinen uns heute selbstverständlich. Die Forderung nach der Spezialisierung und Höherqualifizierung sozialberuflichen Handelns, um den veränderten Anforderungen personbezogen, lebensweltlich und gesellschaftlich gerecht werden zu können (Mühlum 2005; Mühlum und Gahleitner 2008), sogar nach Qualifikationsstufen, ist an vielen Stellen bereits vollzogen. Soziale Arbeit – insbesondere Klinische Sozialarbeit – ist längst damit

befasst, im ständigen Umbruch einer rastlosen Moderne benachteiligte und beeinträchtigte Menschen in der Bewältigung zu unterstützen.

Dennoch ist dies kein Anlass, sich zurückzulehnen. Im Folgenden wird die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit in Deutschland kurz skizziert, eine Bestandsaufnahme vorgenommen, und abschließend werden einige Perspektiven aufgezeigt (vgl. hier und im Folgenden ausführlicher Gahleitner, Pauls, i. V.).

## Verortung

Klinische Sozialarbeit als „professionell beratende und behandelnde Soziale Arbeit in den psychosozialen Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens“ (Pauls und Gahleitner 2011, S. 521) engagiert sich seit rund 25 Jahren im Sinne der Förderung, Verbesserung und des Erhalts der biopsychosozialen Gesundheit (zur Entstehungsgeschichte Feinbier, 1997; Mühlum 2001; Wendt 1995). Das Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Beeinträchtigung ist biografisch und milieugeprägt und setzt in Kontrast zur Klinischen Psychologie und Psychiatrie sowie zu den aktuellen Entwicklungen der Psychotherapie (Ohling 2015) an sozialen Aspekten an. Auf dem Boden des biopsychosozialen Modells (urspr. Engel 1979; vgl. Übersicht Gahleitner, Hintenberger und Leitner 2015) als theoretischer Basis bedient sich Klinische Sozialarbeit Theorien, die der Methodik psychosozialer Diagnostik und Intervention in ambulanten und stationären Kontexten zugrunde liegen.

Zielsetzung dabei ist „eine kompetente Verknüpfung von Wissenschaft und Handlungspraxis als Kennzeichen einer originären sozialarbeiterischen Berufsidentität“ (Mühlum und Gahleitner 2008, S. 49). Sozialarbeiter\*innen müssen folglich nicht nur über ein großes Repertoire an (bezugswissenschaftlichen) Wissensbeständen verfügen, sondern

dieses für ihre Berufspraxis kritisch reflektieren sowie auf sozialarbeiterische Anforderungen und Zielgruppen beziehen. Neben dem biopsychosozialen Modell ist hier unter anderem auf Theoriebestände der Entwicklung und Sozialisation sowie des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses (u. a. Pauls 2004/2013), der Bindung, Beziehung und sozialen Einbettung (u. a. Gahleitner 2017), der Beratung und Sozialtherapie (u. a. Deloie 2011; Pauls und Stockmann, Reicherts 2013; Ortmann 2018; Lammel und Jungbauer, Trost 2015; Lammel und Pauls 2017) und der Diagnostik (u. a. Buttner et al. 2018) zu verweisen.

Die Arbeitsfelder sind vielgestaltig, Grundlage der Hilfe sind immer dialogische und kooperative Vorgehensweisen in den jeweiligen fall- und situationsspezifischen Bezügen, also die Person in ihrer Lebenswelt (vgl. Richmond 1917) bzw. die „person-in-environment“ (Germain und Gitterman 1980, S. 3). Ausdrückliche Zielgruppe sind multiproblembelastete Klient\*innen, die häufig als „hard to reach“ beschrieben wurden (Brackertz 2007; Labonté-Roset et al. 2010). Die Debatte um diese Begrifflichkeit betont jedoch zunehmend die Verantwortung des Hilfesystems, strukturelle Barrieren im Hilfezugang zu beseitigen. Die Klientel wird daher immer häufiger als „seldom heard“ (u. a. Doel 2012; Kelleher et al. 2014) bezeichnet. Damit wird auf die Bemühungen verwiesen, Menschen, deren Vertrauen in andere und in Institutionen durch zahlreiche Abbrüche zerstört wurde, angemessene Hilfen zu bieten (vgl. Gahleitner et al. 2018).

## Entwicklungen

Die wissenschaftliche Entwicklung und der Bedarf aus der konkreten Praxis hat an zahlreichen Stellen in Deutschland, Österreich und der Schweiz zum Aufbau von Aus-, Fort- und Weiterbildungs-gängen geführt (vgl. Coburg, Berlin,

Hamburg, München, Landshut, Aachen, Nordhausen, Nordwestschweiz, Wien und Vorarlberg). Auf Basis von „progressive[n] Levels der professionellen Kompetenz in Klinischer Sozialarbeit“ (Pauls und Gahleitner 2008) wurden professionelle Kompetenzstandards in Klinischer Sozialarbeit für die Berufspraxis erstellt. Zielsetzung war die Schaffung eines Rahmens zur Integration und Verknüpfung von Aus-, Fort- und Weiterbildungen, Praxiserfahrungen und den neuen Bachelor- und Masterabschlüssen mit einem Schwerpunkt in psychosozialer Fallarbeit unter dem Dach der Klinischen Sozialarbeit (aktuelle Abschlüsse: Clinical Practitioner, Clinical Social Worker und Clinical Mentor beim European Center for Clinical Social Work, vgl. [www.eccsw.eu/zertifizierung.pebble.html#Kriter](http://www.eccsw.eu/zertifizierung.pebble.html#Kriter)). Durch die zahlreichen Studienstandorte wurde die wissenschaftliche Entwicklung vorangetrieben. Aus dem Kreis der Masterabsolvent\*innen resultieren immer mehr Promovierende und sind zum Teil bereits in die nächste Generation an den Hochschulen integriert. Das aktuelle Professionsverständnis Klinischer Sozialarbeit kann dabei als reflexionstheoretisch-empirisch charakterisiert werden, als eine Synergie aus wissenschaftlicher empirisch gestützter Kompetenz und hermeneutischer Kompetenz (Mühlum und Gahleitner 2008). Dies ist auch deshalb erfreulich, weil Klinische Sozialarbeit damit an die ursprüngliche Tradition von Sozialarbeitsforschung anschließt, die durch den Einfluss von Salomon und Wronsky (Salomon und Wronsky 1926) von Beginn an klinisch geprägt war. Innerhalb der Überblicksbände zur geleisteten Forschung in der Sozialen Arbeit finden sich zahlreiche klinisch geprägte Projekte (Überblick Gahleitner 2012). Insbesondere aber in der fachspezifischen Zeitschrift „Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Forschung und Praxis“ wurde in den vergangenen beiden Jahrzehnten eine Reihe von Projekten publiziert (u.a. Hahn 2007; Wunderer 2015; Dettmers 2014). Zusätzlich dazu entstanden vereinzelt Forschungsgruppen zu bestimmten Themenkomplexen (für den Psychatriebereich u.a. Sommerfeld et al. 2016; zur Arbeit mit traumatisierten

Menschen u.a. Gahleitner et al. 2018). Ein – wenn auch bereits wieder zu überarbeitendes – Forschungsverzeichnis der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) und der „Sektion Klinische Sozialarbeit“ der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) bietet eine Bestandsaufnahme der Forschung im Gesundheitsbereich Sozialer Arbeit.

### Perspektiven

Die ursprünglich hervorgehobene Bezugnahme auf die Clinical Social Work in den USA (Hahn und Pauls 2008) ist für die heutige Klinische Sozialarbeit zwar historisches Fundament, die deutsche und europäische Klinische Sozialarbeit haben jedoch ein eigenes Profil entwickelt. Die erste Generation der Studiengänge ist inzwischen mehrfach reakkreditiert. Den zugehörigen Verbleibstudien und Absolvent\*innenbefragungen lässt sich eine große Zufriedenheit entnehmen. Insbesondere der Zuwachs an fachlichen Kompetenzen in Diagnostik wie Intervention und Veränderungen im Berufsleben wie eine Verbesserung der beruflichen Person, ein fachlicher Gewinn in der alltäglichen Praxis, die Übernahme verantwortungsvoller Aufgaben und auch explizite Verbesserungen der Position und des Gehalts werden von den Absolvent\*innen betont (Ortmann und Gahleitner 2017), obwohl insbesondere an der Gehaltsstruktur der Masterabschlüsse noch gearbeitet werden muss. Insgesamt jedoch bescheinigen diese Untersuchungen den Studiengängen Ausbaufähigkeit.

Heutige Studierende können sich auch nicht mehr über einen Mangel an Literatur beklagen. Handbücher und Lehrbücher sind zahlreich auf dem Markt (u.a. Buttner et al. 2018; Ortmann und Röh 2008; Ortmann 2018; Pauls 2004/2013), Buchreihen wurden und werden initiiert (Reihe Klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bände 1–7). Auch die jährlich stattfindenden Fachtagungen sorgen für regen fachlichen Austausch und die Bündelung zentraler Diskussionen. Die langjährige Zeitschrift „Klinische Sozialarbeit“ und der ZKS-Verlag stellen für Studierende ein umfangreiches Programm als Printver-

sionen und Netzpräsenz bereit. Angesichts des steilen Aufstiegs ist eher Konsolidierung angesagt. Bis heute existieren nur vereinzelt Forschungsförderungsprogramme zum Thema in größerem Umfang. Innerhalb der Community der Sozialen Arbeit gibt es nach wie vor große Widerstände gegen den Bereich der Klinischen Sozialarbeit. Soziale Arbeit insgesamt sollte ihre bedeutsame Rolle im Sozial- und Gesundheitssystem selbstbewusster vertreten und in die jeweiligen Konzeptbildungen einbringen (Stichwort Leitliniendiskussionen).

Hier gibt es noch viel zu tun, zumal die berufspolitischen Vereinigungen im Bereich der gesamten Sozialen Arbeit weit hinter anderen Verbänden, wie beispielsweise aus der Psychologie oder Pflege hinterherhinken. Die Klinische Sozialarbeit macht hier leider keine Ausnahme.

Um beispielsweise auf Augenhöhe mit anderen Professionen zu kommunizieren, muss die Klinische Sozialarbeit ihre Konzepte jedoch auch noch viel weitreichender wissenschaftlich fundieren, den Erfolg ihrer Maßnahmen empirisch belegen, aber auch selbstbewusst im Forschungsbereich auftreten. Dies zeigt unter anderem die anhaltende Diskussion um Evidenzbasierung und erkenntnistheoretische Vorgehensweisen in diesem Forschungs- und Praxisbereich (vgl. Gahleitner und Pauls, i. V.). Die Position zwischen den Stühlen der Gesundheits- und Sozialwissenschaften ist daher bisher nur bedingt bequemer geworden. Aus praktischen Bedarfen heraus wiederum müssen Initiativen zügig und nachhaltig neue Konzepte einfordern. Ein Beispiel ist der Bereich der Sozialtherapie, dem sich die „Sektion Klinische Sozialarbeit“ der DGSA ([dgsainfo.de/sektionen/klinische\\_sozialarbeit](http://dgsainfo.de/sektionen/klinische_sozialarbeit)) als Forum der wissenschaftlichen Gemeinschaft angenommen hat. Die Konzeptbildung ist fortgeschritten und eine Reihe aktueller Publikationen sind entstanden (Deloie und Lammel 2017; Kröger 2018; Mayer 2018; Pauls et al. 2013; Ortmann et al. 2017; Ortmann 2018). Zusammenfassend lässt sich mit Sommerfeld (2010) resümieren: „Die Perspektiven ... sind hervorragend“ (S. 39), aber es gibt noch verdammt viel zu tun!

## Literatur:

- Brackertz, N. (2007): **Who is hard to reach and why?** (Reihe: ISR Working Paper, Band 7). Hawthorne, Australia: The Swinburne Institute for Social Research. Online verfügbar unter: [http://library.bsl.org.au/jspui/bitstream/1/875/1/Whois\\_htr.pdf](http://library.bsl.org.au/jspui/bitstream/1/875/1/Whois_htr.pdf) (07.12.2018)
- Buttner, P.; Gahleitner, S. B.; Hochuli Freund, U.; Röh, D. (Hg.) (2018): **Handbuch Soziale Diagnostik** (Reihe: Hand- und Arbeitsbücher, Band 24). Berlin: Deutscher Verein.
- Delejo, D. (2011): **Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit: Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden** (Reihe: Therapie & Beratung). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Delejo, D.; Lammel, U. A. (2017): **Sozialtherapeutische Grundrichtungen**. In: Lammel, U. A.; Pauls, H. (Hg.): Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung. Dortmund: vml, S. 100–115.
- Dettmers, S. (2014): **Soziale Teilhabe bei Menschen nach einem Schlaganfall**. Eine explorative qualitative Analyse sozialer Netzwerke. Opladen: Budrich.
- Doel, M. (2012): **Social work: the basics** (Reihe: The basics). London: Routledge.
- Engel, G. L. (1979): **Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin**. In Keupp, H. (Hg.): Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse München: Urban & Schwarzenberg, S. 63–85 (englisches Original erschienen 1977).
- Feinbier, R. J. (1997): **Klinische Sozialarbeit**. Ein Prolog. Sankt Augustin: Asgard-Verlag Hippe.
- Gahleitner, S. B. (2012): **Forschung in der Sozialen Arbeit: Eine Bestandsaufnahme**. In: Gahleitner, S. B.; Kraus, B.; Schmitt, R. (Hg.): Über Soziale Arbeit und über Soziale Arbeit hinaus. Ein Blick auf zwei Jahrzehnte Wissenschaftsentwicklung, Forschung und Promotionsförderung. Lage: Jacobs, S. 59–76.
- Gahleitner, S. B. (2017): **Soziale Arbeit als Beziehungsfach**. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen. Weinheim: Beltz Juventa.
- Gahleitner, S. B.; Gerlich, K.; Heiler, R.; Hinterwallner, H.; Schneider, M.; Völschow, Y. (2018): **Psychosoziale Arbeit mit traumatisierten Frauen aus Gewaltverhältnissen**. Ergebnisse aus einer Studie zum Thema Menschenhandel mit dem Zweck sexueller Ausbeutung. Kröning: Asanger.
- Gahleitner, S. B.; Hintenberger, G.; Leitner, A. (2013): **Biopsychosozial – zur Aktualität des interdisziplinären Modells in Psychotherapie, Beratung und Supervision**. Resonanzen, Jg. 1, Heft 1, S. 1–14. Online verfügbar unter: <https://www.resonanzenjournal.org/index.php/resonanzen/article/view/188/245> (07.12.2018)
- Gahleitner, S. B.; Pauls, H. (i. V.): **Klinische Sozialarbeit: State of the Art, Entwicklungen und Perspektiven**. socialnet lexikon.
- Germain, C. B.; Gitterman, A. (1980): **The life model of social work practice**. New York: Columbia University Press.
- Hahn, G. (2007): **Rückfallfreie Sexualstraftäter. Protektive Faktoren bei ehemaligen Maßregelpatienten**. Klinische Sozialarbeit, Jg. 3, Heft 2, S. 10–11.
- Hahn, G.; Pauls, H. (2008): **Bezugspunkte Klinischer Sozialarbeit**. In: Gahleitner, S. B.; Hahn, G. (Hg.): Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder (Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 1). Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 22–43.
- Hanses, A.; Homfeldt, H. G. (Hg.) (2008): **Lebensalter und Soziale Arbeit**. 6 Bände. Baltmannsweiler: Schneider.
- Kelleher, C.; Seymour, M.; Halpenny, A. M. (2014): **Promoting the participation of seldom heard young people: A review of the literature on best practice principles** (Reihe: arrow@dit, Band 14-1). Dublin: Irish Research Council in partnership with the Department of Children and Youth Affairs. Online verfügbar unter: <https://arrow.dit.ie/aaschslrep/25/> (07.12.2018)
- Keupp, H. (i. V.): **Die Normalität der Krise oder die Krise der Normalität. Krisenpotenziale im globalisierten Netzwerkkapitalismus**. In: Ortiz-Müller, W.; Scheuermann, U.; Gahleitner, S. B.; Gutwinski, S. (Hg.): Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte (3., überarb. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kröger, C. (2018): **Zur Bedeutung tiefenpsychologischer und verhaltensorientierter Konzepte für sozialtherapeutische Beratungsprozesse**. In: Beratung Aktuell, Jg. 19, Heft 3, S. 37–51. Online verfügbar unter: <https://www.active-books.de/kategorien/buch/532-beratung-aktuell-32018-junfermann-verlag/> (07.12.2018)
- Labonté-Roset, C.; Hoefert, H.-W.; Cornel, H. (Hg.) (2010): **Hard to reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit**. Berlin: Schibri.
- Lammel, U. A.; Pauls, H. (Hg.) (2017): **Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung**. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Lammel, U. A.; Jungbauer, J.; Trost, A. (Hg.) (2015): **Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit. Grundpositionen – Forschungsbefunde – Praxis-konzepte**. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Mayer, M. (2018): **Professionalisierungswege und Charakteristika psychosozialer Beratung**. In: Beratung Aktuell, Jg. 19, Heft 3, S. 52–65. Online verfügbar unter: <https://www.active-books.de/kategorien/buch/532-beratung-aktuell-32018-junfermann-verlag/> (25.11.2018)
- Mühlum, A. (2001): **Wie viel Spezialisierung braucht – und verträgt – die Soziale Arbeit?** Forum Sozial, Jg. 2, Heft 1, S. 12–15.
- Mühlum, A. (2008): **Auf dem Weg zur Profession: Klinische Sozialarbeit – Fachsozialarbeit**. In: Klinische Sozialarbeit, Jg. 4, Heft 1, S. 4–5. Online verfügbar unter: <https://zks-verlag.de/wp-content/uploads/Zeitschrift-2008-1.pdf> (07.12.2018)
- Mühlum, A. (2005): **Gestufte Fachlichkeit. Strukturwandel der Sozialen Arbeit im intraprofessionellen und gesellschaftlichen Kontext**. In: psychosozial, Jg. 28, Nr. 101, Heft III, S. 9–15.
- Mühlum, A.; Gahleitner, S. B. (2008): **Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit – Professionstheoretische Annäherung und professionspolitische Folgerungen**. In: Gahleitner, S. B.; Hahn, G. (Hg.): Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder (Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 1). Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 44–59.
- Ohling, M. (2015): **Soziale Arbeit und Psychotherapie. Veränderung der beruflichen Identität von SozialpädagogInnen durch Weiterbildung in psychotherapeutisch orientierten Verfahren** (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe). Weinheim: Beltz Juventa.
- Ortmann, K. (2018): **Soziale Arbeit als Beratung**. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ortmann, K.; Gahleitner, S. B. (2017): **„Kein Mensch konnte etwas mit dem Studiengang anfangen“. Einblick in die ältesten Studiengänge Klinische Sozialarbeit in Berlin und**
- Coburg aus AbsolventInnen-Perspektive**. In: Klinische Sozialarbeit, Jg. 13, Heft 2, S. 7–8.
- Ortmann, K.; Röh, D. (Hg.) (2008): **Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven**. Freiburg: Lambertus.
- Ortmann, K.; Röh, D.; Ansen, H. (2017): **Sozialtherapie als Handlungskonzept der Klinischen Sozialarbeit**. In: Lammel, U. A.; Pauls, H. (Hg.): Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung. Dortmund: verlag modernes lernen, S. 27–45.
- Pauls, H.; Gahleitner, S. B. (2008): **Progressive Levels der professionellen Kompetenz in Klinischer Sozialarbeit**. In: Klinische Sozialarbeit, Jg. 4, Heft 1, S. 6–12. Online verfügbar unter: <https://zks-verlag.de/wp-content/uploads/Zeitschrift-2008-1.pdf> (07.12.2018)
- Pauls, H.; Gahleitner, S. B. (2011): **Klinische Sozialarbeit**. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit (7., überarb. Aufl.). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, S. 521–522.
- Pauls, H. (2013): **Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung** (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe; 3., unveränd. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa (Erstaufgabe erschienen 2004; letzte überarb. Aufl. erschienen 2011).
- Pauls, H.; Stockmann, P.; Reicherts, M. (Hg.) (2013): **Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil**. Freiburg: Lambertus.
- Richmond, M. E. (1917): **Social diagnosis**. New York: Russell Sage Foundation. Online verfügbar unter: <https://archive.org/download/social-diagnosis00richiala/socialdiagnosis00richiala.pdf> (07.12.2018)
- Robert Koch Institut (RKI) (Hg.) (2013): **Sozio-ökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)** [Themenheft]. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 56, Heft 5/6. Online verfügbar unter: <https://www.degs-studie.de/deutsch/ergebnisse/degs1/degs1-basispublikation.html> (07.12.2018)
- Salomon, A. (1926): **Soziale Diagnose** (Reihe: Die Wohlfahrtspflege in Einzeldarstellungen, Band 3). Berlin: Heymann.
- Sennett, R. (2000): **Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus** (vollst. Taschenbuchausg.). Berlin: Siedler (englisches Original erschienen 1998).
- Sommerfeld, P. (2010): **Entwicklung und Perspektiven der Sozialen Arbeit als Disziplin**. In: Gahleitner, S. B.; Effinger, H.; Kraus, B.; Miethe, I.; Stövesand, S.; Sagebiel, J. (Hg.): Disziplin und Profession Sozialer Arbeit. Entwicklungen und Perspektiven. Opladen: Budrich, S. 29–44.
- Sommerfeld, P.; Dällenbach, R.; Rüeegger, C.; Hollenstein, L. (2016): **Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis**. Wiesbaden: Springer VS.
- Wendt, W. R. (1995): **Die klinische Sozialarbeit braucht ein Profil**. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Jg. 142, Heft 10, S. 256–257.
- Salomon, A.; Wronsky, S. (1926): **Soziale Therapie. Ausgewählte Akten aus der Fürsorge-Arbeit. Für Unterrichtszwecke zusammengestellt und bearbeitet**. Berlin: Heymann.
- Wunderer, E. (2015): **Praxishandbuch Soziale Arbeit bei Menschen mit Essstörungen**. Weinheim: Beltz Juventa.



# Klinische Sozialarbeit: Perspektiven aus der Schweiz

Matthias Hüttemann und Simon Süsstrunk

In diesem Beitrag werden zunächst die Personalsituation „sozialer Berufe“ im Gesundheitswesen und die Entwicklung von (thematisch relevanten) Fachverbänden in der Schweiz skizziert. Vor dem Hintergrund landesspezifischer Beobachtungen werden dann einige Positionierungen zu allgemeinen Themen Klinischer Sozialarbeit vorgenommen. In diesem Sinne wird der Begriff der Klinischen Sozialarbeit bestimmt, und mit Sozialtherapie und Wirkungsforschung werden 2 aktuelle Brennpunkte der deutschsprachigen Debatte beleuchtet, bevor abschließend ein kurzer Ausblick erfolgt.

## Zur Personalsituation „sozialer Berufe“ im Gesundheitswesen

Berechnungen auf Grundlage von Daten des schweizerischen Bundesamtes für Statistik (BFS) haben ergeben, dass rund 25.000 der insgesamt etwa 90.000 Berufstätigen in „sozialen Berufen“ im Gesundheitswesen tätig sind (etwa 25%). Unter „soziale Berufe“ werden sowohl grundständig ausgebildete Sozialarbeiter\*innen gefasst als auch Berufsgruppen, die der Sozialen Arbeit aufgrund der Ausbildung oder des Tätigkeitsbereiches nahestehen. Exakte statistische Aussagen zum Personalbestand gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit können daher nicht getroffen werden. Trotz dieser Unschärfe zeigen die vorliegenden Daten die Relevanz sozialer Berufe im Gesundheitswesen. Im Vergleich zu den rund 400.000 Beschäftigten (2017) in „klassischen“ Gesundheitsberufen (ohne soziale Berufe) (BFS 2017), machen sie mit rund 25.000 Personen einen Anteil von 6 Prozent aus – ausgehend von einem breiter gefassten Verständnis gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit (siehe unten, zum Begriff der Klinischen Sozialarbeit). Es ist anzunehmen, dass Klinische Sozialarbeiter\*innen im engeren Sinne und mit grundständiger (tertiärer) Ausbildung, nochmals deut-

lich weniger sind. Dazu ist auch zu sagen, dass in der Schweiz – unserer Einschätzung nach – das Konzept Klinischer Fachsozialarbeit in den Praxisfeldern zögerlich angeeignet wurde. In der Zwischenzeit ist Klinische Sozialarbeit bekannt, ohne jedoch besondere Produktivität freizusetzen. Das kann unter anderem an der Entwicklung der Fachverbände festgemacht werden.

## Entwicklung von Fachverbänden

Bis 2017 war in der Schweiz in erster Linie der stationäre Bereich der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit in Fachverbänden organisiert. So bestanden der Schweizerische Fachverband Sozialdienst in Spitälern (SFSS) sowie der Verein Clinical Social Work Switzerland (CSWS), jedoch konnten dadurch weniger Professionelle der Klinischen Sozialarbeit erreicht werden als gewünscht. Außerdem hat sich wegen der Vielzahl von Handlungsfeldern und teils unklaren Zuständigkeiten im interprofessionellen Kontext der Wunsch nach einer Bündelung fachlicher Ressourcen entwickelt. Im Frühjahr 2017 wurde deshalb mit Fachpersonen aus den genannten Vorgängerverbänden sowie mit weiteren Professionellen der Schweizerische Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (sages) gegründet. sages vereint derzeit über 100 Organisationen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit und konnte so auch die ambulanten Bereiche des Gesundheitswesens integrieren und die Möglichkeit schaffen, in institutionalisierter Form den fachlichen Austausch zu fördern und die Positionierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen voranzubringen. Die Fachbereiche des Verbandes („Gesundheitsligen“, „integrierte Versorgung“, „Sucht“, „Psychiatrie“, „Rehabilitation“, „Spital“ sowie „Forschung und Bildung“) spiegeln die Breite der Handlungsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen in der Schweiz wider.

## Zum Begriff Klinischer Sozialarbeit

Der Begriff der Klinischen Sozialarbeit scheint in der professionellen Praxis in der Schweiz (bisher noch) keine durchschlagende Wirkung erzielt zu haben, wird im Feld (mittlerweile) aber verstanden, und in der Sache zeichnet sich die Entwicklung einer gesundheitsbezogenen Fachsozialarbeit ab. Dieser Hintergrund soll als Anlass dienen, in Verbindung mit den begrifflichen Varianten oder Alternativen „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“ und „gesundheitsbezogene Sozialarbeit“ den Begriff der Klinischen Sozialarbeit kurz zu charakterisieren.

Um Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit zu definieren, leuchtet uns nach wie vor die Kombination arbeitsfeldspezifischer und handlungsmethodischer Spezialisierung am meisten ein: Die Arbeit mit Menschen, die behandlungsbedürftige gesundheitliche Beeinträchtigungen haben, erfordert eine spezialisierte Wissensbasis und vertiefte methodische Kompetenzen (vgl. Hüttemann, Rüegger und Wüsten 2015). Der Begriff „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“ stellt demgegenüber das gesellschaftliche Funktionssystem ins Zentrum. Dadurch wird eine konkretere Verortung geleistet, die strategisch funktional sein kann. Auf der anderen Seite erfolgt dadurch auch eine Begrenzung. Die Soziale Arbeit hat es nicht nur im Gesundheitswesen mit gesundheitlich beeinträchtigten Klient\*innen zu tun. Auch in Beratungsstellen, Betreutem Wohnen, Heimkontexten und Arbeitsintegration können gesundheitliche Beeinträchtigungen für die Soziale Arbeit hochrelevant sein. Umfassender ist der Begriff „gesundheitsbezogene Sozialarbeit“; hier stellt sich eher die Frage, ob der Begriff zu weit greift, um hinreichend spezifische Aktivitäten zu beschreiben. Gesundheit und Krankheit können mit Antonovsky als Kontinuum verstanden

werden, wobei auch gute Gründe für ein „doppeltes Kontinuum“ sprechen, das Gesundheit und Krankheit als relativ unabhängig voneinander betrachtet (vgl. Willutzki 2013): Gesundheitlich beeinträchtigte Menschen können demnach ein hohes Maß an Wohlbefinden und Lebensqualität realisieren. Zusammenfassend schlagen wir vor, Klinische Sozialarbeit einerseits von Prävention und Gesundheitsförderung abzugrenzen (in Analogie etwa zur Unterscheidung von klinischer Psychologie und Gesundheitspsychologie) und insofern weniger umfassend als „gesundheitsbezogene Sozialarbeit“ zu verstehen. Andererseits umfasst Klinische Sozialarbeit nach unserem Verständnis auch die Unterstützung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen außerhalb des Gesundheitswesens.

## Herausforderung Sozialtherapie

Zu den Methoden Klinischer Sozialarbeit, die aufgrund der Bezeichnung „Therapie“ einen starken Bezug zum Gesundheitswesen aufweisen, zählt die Sozialtherapie. In der Schweiz tragen etliche Organisationen „Sozialtherapie“ oder ähnliches im Namen. Diese Namensgebungen gehen auf die Blüteperiode der Sozialtherapie in den 60er- und 70er-Jahren zurück. Spezifische konzeptionelle Implikationen sind damit in der Praxis nicht (mehr) verbunden. Seit einigen Jahren wird Sozialtherapie nun in der deutschsprachigen Klinischen Sozialarbeit verstärkt wieder diskutiert, beispielsweise in den entsprechenden Themenheften dieser Zeitschrift. Dabei bringt die Ausgestaltung der Sozialtherapie offenbar spezifische Herausforderungen mit sich. Der Bezug zum Gesundheitswesen dürfte eine zentrale externe Bedingung sein, die die Etablierung der Sozialtherapie erschwert.

Denn die soziale Perspektive im Gesundheitswesen wurde in den vergangenen Jahrzehnten an den Rand gedrängt, und bio-medizinische Perspektiven, damit auch (im Sinne evidenzbasierter Medizin) enggeführte wissenschaftliche Anforderungen an Diagnosen und Therapien dominieren in einer Weise, dass ein anders ausgerichtetes Gesundheitswesen kaum noch vor-

stellbar scheint. Ausgeprägte soziale Ungleichheit, (soziale) Deprivation, Einsamkeit (Spitzer 2018), unfaire Kommunikation (beispielsweise Mobbing), Nicht-Anerkennung (Bereswill, Equit und Burmeister 2018), Hass (Encke 2016) und Gewalt beispielsweise stellen Sozial-Pathologien (Pauls 2011, S. 117 ff.) mit gravierenden gesundheitlichen Folgen dar, sind aber an die geltenden medizinischen Klassifikationssysteme (ICD10, DSM V) kaum anschlussfähig. Unter den gegenwärtigen Bedingungen des Gesundheitssystems scheint eine Klinische Sozialarbeit, die sich therapeutisch versteht, vor die zweifelhafte Wahl gestellt, sich entweder geltenden Standards anzupassen und sich stark selbst zu begrenzen. Damit wird allerdings nur ein Bruchteil der gesundheitsrelevanten Phänomene erfasst und sozial-professionell bearbeitbar. Oder aber das Gesundheitssystem wird – die Tradition fundamentaler Gesellschaftskritik in der Sozialtherapie fortsetzend – grundlegend in Frage gestellt. Damit wäre die Klinische Sozialarbeit aufgrund der herrschenden gesellschaftlichen Kräfteverhältnisse weitgehend zur Bedeutungslosigkeit verurteilt.

Als ein Hoffnungsschimmer kann in dieser (hier stark vereinfacht und zugespitzt dargestellten) Lage betrachtet werden, dass das Gesundheitssystem in seiner gegenwärtigen Form an Grenzen stößt und in die Krise geraten ist. Im Zuge der Reflexion über die zukünftige Ausrichtung und Gestaltung des Gesundheitssystems werden Begriffe wie „Lebensqualität“, „Alltagsorientierung“, „ungleiche Gesundheitschancen“ in Verbindung mit einem biopsychosozialen Verständnis von Krankheit und Gesundheit in bislang ungekanntem Ausmaß in gesundheitspolitischen Debatten verwendet – gerade auch in der Schweiz (BAG 2013; SAGW 2013). Dass Überlegungen dieser Art stark auch durch die Kostenexplosion im Gesundheitswesen motiviert erscheinen, heißt nicht, dass darin keine Chancen für die Klinische Sozialarbeit bestehen.

Um diese Gelegenheitsstruktur zu nutzen, sind auch fachinterne Herausforderungen zu bewältigen. Eine wichtige,

hier exemplarisch ausgewählte Aufgabe ist, den Gegenstandsbereich der Sozialtherapie zu bestimmen. Eine grobe Charakterisierung kann zunächst dahingehend erfolgen, das meso-soziale Aggregierungsniveau des Sozialen als typisch anzunehmen. Vermittlungen von <<Handlung>> und <<Struktur>>, Individuum und Gesellschaft, die die Soziale Arbeit generell ausmachen, vollziehen sich in meso-sozialen Räumen, *zwischen* mikro- und makrosozialer Ebene. Obwohl die mikro- und makrosozialen Ebenen sozialtherapeutisch relevant sind und durchlässige Grenzen dazu bestehen, trägt der meso-soziale Fokus zur Abgrenzung des Gegenstandsbereichs und damit auch zur Profilbildung bei. Sozialtherapie sollte sich – trotz unstrittig gegebener Anschlussstellen – einerseits von Psychotherapie und andererseits vom Anspruch der Gestaltung des Politischen hinreichend unterscheiden. Letztere Abgrenzung war vor allem in der Vergangenheit, erstere ist eher in der Gegenwart nicht durchgängig klar. Geeignete theoretische Konzepte, die zur näheren Bestimmung des Gegenstands der Sozialtherapie beitragen können, sind u. a. „Lebenslage“ (vgl. Hahn und Pauls 2015; Sieper und Petzold 2011), „soziale Netzwerke“ (Berkman und Krishna 2014; Fischer und Kosellek 2018) und „Lebensführung“ (Sommerfeld et al. 2011; Sommerfeld et al. 2016).

Neben der sozialtheoretischen Eingrenzung sind auch die eher interventionspraktischen Zugänge geeignet, den Gegenstand der Sozialtherapie zu präzisieren. Für die Entwicklung von Verfahren, Methoden und Instrumenten ist dabei die Zusammenarbeit von Disziplin und Profession unerlässlich. Dies gilt für eine Methode wie die Sozialtherapie, die sich im ausgeprägten Wissens-Macht-Dispositiv des Gesundheitssystems behaupten möchte, in besonderem Maße. Für Sozialarbeitende, die in klinischen Feldern tätig sind, ist die Arbeit, die geleistet wird, oft schwer auf den Begriff zu bringen, kann nicht gut gemessen und dargestellt werden. Daraus resultieren Aufgaben in Aus- und Weiterbildung, aber auch für die Forschung und Theoriebildung. Ein Forschungsbereich, der in

Wissenschaft und Praxis von besonderer Aktualität ist, ist die Wirkungsforschung.

### Zukunftsfeld Wirkungsforschung

Im Jahr 2012 lud das Institut Soziale Arbeit und Gesundheit der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, im Gesundheitsbereich Sozialer Arbeit tätige Fach- und Führungskräfte zu einem Workshop ein, um sich fachlich auszutauschen und mögliche Themenbereiche für die Kooperation von Wissenschaft und Praxis zu identifizieren. Ohne thematische Vorgaben wurden dabei Interessen gesammelt, die die Praxisvertreter\*innen in Verbindung mit der Hochschule haben. Im Bereich Forschung kristallisierte sich Wirkung als favorisiertes Themenfeld heraus. Der Zusammenhang dieses Interesses wurde deutlich: „Wir werden gemessen durch die Ökonomen“, brachte es eine Teilnehmerin auf den Punkt. Im Zuge der stupenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens gerät Soziale Arbeit zunehmend unter Legitimationsdruck. Unse-

re Position ist: Wenn Disziplin und Profession es nicht gemeinsam schaffen, definierte Interventionen und fachlich angemessene Wirkungsindikatoren zu entwickeln und zu implementieren, Daten im Sinne eines Monitorings zu sammeln und auszuwerten, sowie fachlich angemessene Wirksamkeitsnachweise zu erzielen und gegen extern zu vertreten, werden weiterhin und folgenreich fachfremde Maßstäbe an die Klinische Sozialarbeit angelegt werden. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wird derzeit am Institut Soziale Arbeit und Gesundheit eine Wirkungsstudie („ALIMEnt“, vgl. Hüttemann, Solèr, Süssstrunk und Sommerfeld 2017) durchgeführt, und es sind weitere Aktivitäten und Vernetzungen zu diesem Themenfeld geplant. Die Studie ist primär qualitativ ausgerichtet, hat aber auch einen quantitativen Teil. Im Folgenden sollen 2 ausgewählte Zwischenergebnisse kurz vorgestellt werden. Eines bezieht sich auf die Leistungserbringung, den Interventionskontext, das andere auf die Outcomes. Der Aspekt, der in Bezug auf den

Interventionskontext berichtet werden soll, wurde bei einer Einrichtung der Suchthilfe rekonstruiert. Menschen mit schweren Suchtkrankheiten haben in ihrer Biografie typischerweise massive Defizite, Belastungen und Störungen und im Zuge ihrer „Karriere“ rezidivierende Interventionen, Maßnahmen und Sanktionen erfahren. Diese schwer beeinträchtigen Menschen werden in der untersuchten Einrichtung erfolgreich begleitet. Erfolg bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Klient\*innen in der Einrichtung verbleiben, längerfristig stabilisiert werden können und ein zufriedenstellendes bis gutes Maß an Lebensqualität erreichen. Als ein zentraler Wirkfaktor auf der organisationalen Ebene wurde rekonstruiert, dass die Organisation ein umfassendes, vernetztes Spektrum an Angeboten bereithält, das nahezu alle Lebensbereiche der Klient\*innen abzudecken vermag. Somit wird ein dichtes (aber auch differenziert nutzbares) Milieu erzeugt, das zu den bisherigen, prekären Sozialisationserfahrungen ein stabilisierendes

Anzeige

## MASTER KLINISCHE SOZIALARBEIT

### Berufsbegleitender postgradualer Masterstudiengang

#### Voraussetzungen:

berufsqualifizierender Abschluss eines Hochschulstudiums, mindestens einjährige einschlägige Berufspraxis

#### Studienumfang:

90 Credits

#### Studienkosten:

z. Zt. 7.000,- Euro

#### Bewerbungsschluss:

1. Juli 2020

#### Studienbeginn:

WS 2020/21

#### Kontakt/Informationen:

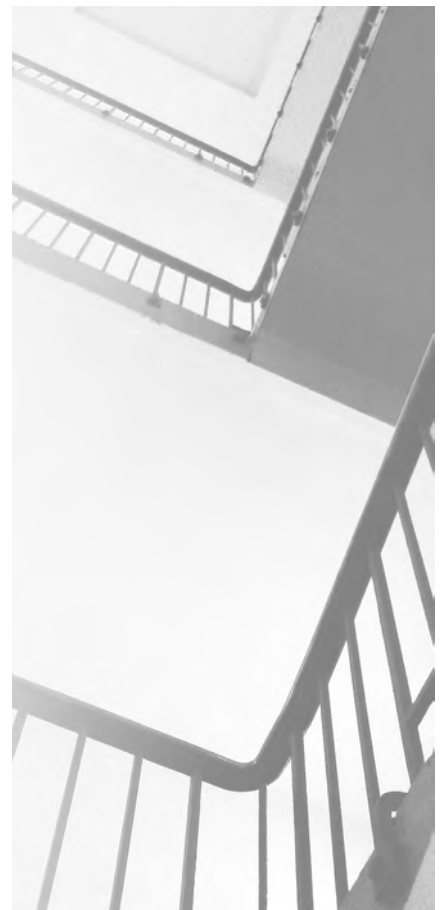
Katholische Hochschule für Sozialwesen  
Köpenicker Allee 39-57  
10318 Berlin

#### Ansprechpartnerin:

Margit Wagner  
Tel. +49 (0)30. 50 10 10 - 47  
margit.wagner@khsb-berlin.de



[www.khsb-berlin.de](http://www.khsb-berlin.de)

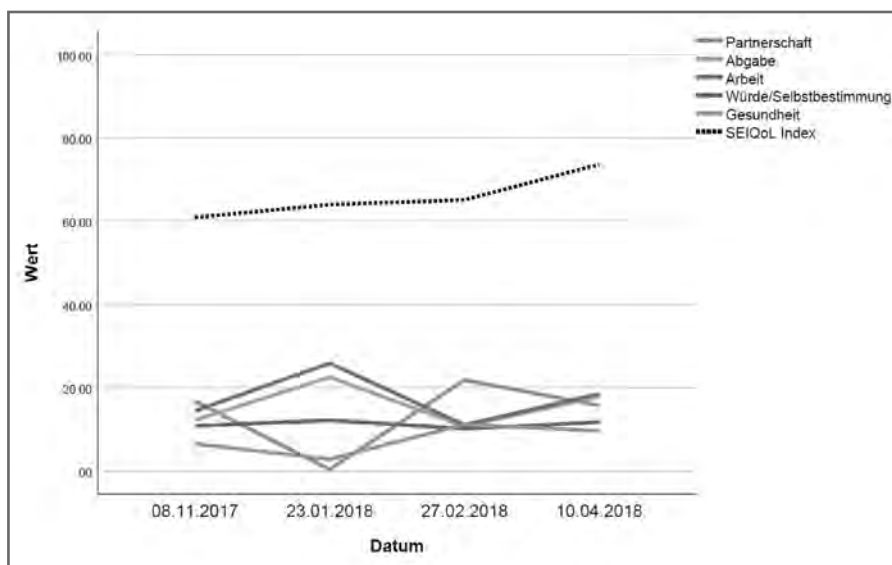


und korrigierendes Gegengewicht aufzubauen vermag. Voraussetzungen für dieses Angebot sind:

- günstige politische, gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen auf kantonaler Ebene, die
- zu einer quantitativ und qualitativ aufwendigen Personalentwicklung genutzt wurden, die
- in einem durch Partizipation, Kooperation und Arbeitszufriedenheit geprägten Betriebsklima umgesetzt werden.

Deutlich wird in der Rekonstruktion, dass die Kompetenzen in der direkten Praxis (die aus Sicht der Forschenden methodisch durchaus Entwicklungspotenzial aufweisen) im Verbund mit Vernetzung, intra- und interprofessioneller Kooperation und Milieubildung und unter den Voraussetzungen bestimmter Rahmenbedingungen Hebelwirkungen erzielen. Dies lässt sich als eine charakteristische Figuration annehmen, wie in der Klinischen Sozialarbeit Wirkungen hervorgebracht werden. Die Leistungen, die für ein solch komplexes Angebot erbracht werden müssen, sind absolut betrachtet kostspielig, aber als (hoch)effiziente Mittelallokation einzuschätzen, wenn die Kosten vorheriger Maßnahmen für die Klient\*innen mitbetrachtet werden.

Abbildung: Entwicklungsverlauf der Lebensqualität (SEIQoL) eines Klienten der Suchthilfe



Zur Messung der Outcomes bei den Klient\*innen werden in der Studie 2 Instrumente – SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life; O’Boyle et al. 1993) und OxCAP (Oxford Capabilities Questionnaire; Simon et al. 2013) – eingesetzt, und zwar längsschnittlich zu 4 Erhebungszeitpunkten in einem halben Jahr. OxCAP ist ein Fragebogen zur Lebensqualität mit festgelegten 17 items; beim SEIQoL werden 5 persönlich bedeutsame Dimensionen von Lebensqualität von der befragten Person individuell benannt und in Bezug auf Zu-

friedenheit und subjektive Bedeutung eingeschätzt. OxCAP kann insofern eher als objektiver, SEIQoL eher als subjektiver Zugang zum grundsätzlich beide Aspekte umfassenden Konstrukt „Lebensqualität“ aufgefasst werden. In der vorliegenden, nicht repräsentativen Untersuchung verhalten sich die Indices beider Instrumente in den bisher ausgewerteten Entwicklungsverläufen ähnlich. Am Beispiel des Entwicklungsverlaufs eines Klienten soll die anwendungsbezogene Relevanz vor allem des SEIQoL aufgezeigt werden (siehe Abb.).

## Literatur:

BAG, Bundesamt für Gesundheit (2013): **Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates**. Bern: Eigenverlag.

Bereswill, M.; Equit, C.; Burmeister, C. (Hg.) (2018): **Bewältigung von Nicht-Anerkennung. Modi von Ausgrenzung, Anerkennung und Zugehörigkeit**. Weinheim: Beltz Verlag.

Berkman, L. F.; Krishna, A. (2014): **Social Network Epidemiology**. In: Berkman, L. F.; Kawachi, I.; Glymour, M. (Hg.): *Social Epidemiology*. Oxford University Press, S. 234–289.

BFS, Bundesamt für Statistik (2017): **Beschäftigungsstatistik – Beschäftigte nach Wirtschaftsabteilung, Beschäftigungsgrad und Geschlecht**. Interaktive Tabellen STAT-TAB. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.

Emcke, C. (2016): **Gegen den Hass**. Frankfurt am Main: Verlag S. Fischer.

Fischer, J.; Kosellek, T. (2018): **Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen**. Weinheim: Beltz Verlag.

Pauls, H.; Hahn, G. (2015): **Sozialtherapie**. In: Lammel, U. A.; Jungbauer, J.; Trost, A. (Hg.): *Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit. Grundpositionen, Forschungsbefunde, Praxiskonzepte*. Dortmund: Verlag modernes lernen, S. 29–44.

Hüttemann, M.; Rügger, C.; Wüsten, G. (2015): **Klinische Sozialarbeit**. In: Aebi, D.; Benz Bartoletta, P.; Meier Kressig, M.; Riedi, A. M.; Zwilling, M. (Hg.): *Handbuch Sozialwesen Schweiz*, 2. Auflage, S. 334–339.

Hüttemann, M.; Solèr, M.; Süsstrunk, S.; Sommerfeld, P. (2017): **Wirkungsforschung und -evaluation in der Klinischen Sozialarbeit**. In: *Klinische Sozialarbeit*, Jg. 13, Heft 3, S. 4–6.

O’Boyle, C. A.; Browne, J.; Hickey, A.; McGee, H. M.; Joyce, C. R. B. (1993): **The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL): a Direct Weighting procedure for Quality of Life Domains (SEIQoL-DW)**. Administration Manual. Dublin: Department of Psychology. Royal College of Surgeons in Ireland.

Pauls, H. (2013): **Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung**. 3. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.

Petzold, H.; Sieper, J. (2011): **Soziotherapie/ Sozialtherapie – ein unverzichtbares Instrument gegen soziale Exklusion und für die psychosoziale Hilfeleistung in „prekären Lebenslagen“**. In: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, 3/2011.

SAGW, Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (2013):

## Gesundheitsforschung. Perspektiven der Sozialwissenschaften

Simon, J.; Anand, P.; Gray, A.; Rugkåsa, J.; Yeeles, K.; Burns, T. (2013): **Operationalising the capability approach for outcome measurement in mental health research**. In: *Social Science & Medicine*, Jg. 98, S. 187–196.

Sommerfeld, P.; Solèr, M.; Süsstrunk, S. (2019, im Erscheinen): **Lebensverlauf, Kontext, Zeit und Wirkung sozialarbeiterischer Intervention**. In: *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit*, Jg. 13, Nr. 25/26, 1/2019.

Sommerfeld, P.; Hollenstein, L.; Calzaferrri, R. (2011): **Integration und Lebensführung**. Wiesbaden: Springer Link.

Sommerfeld, P.; Dällenbach, R.; Rügger, C.; Hollenstein, L. (2016): **Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie**. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer VS.

Spitzer, M. (2018): **Einsamkeit. Die unerkannte Krankheit**. München.

Willutzki, U. (2013): **Ressourcen: Einige Bemerkungen zur Begriffsklärung**. In: Schemmel, H.; Schaller, J. (Hg.): *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, S.61–82.

Im Untersuchungszeitraum ist beim Klienten ein Anstieg der individuell eingeschätzten Lebensqualität zu beobachten. Dieser Trend zeigt sich auch im OxCAP. Anhand des SEIQoL wird nun die Dynamik in den persönlich bedeutsamen Lebensbereichen deutlich. Die Stabilisierung der Lebensqualität wird erreicht, indem Einbußen von Lebensqualität in einem Lebensbereich (Partnerschaft) durch Verbesserungen in anderen Bereichen (Arbeit, Methadon-Abgabe) kompensiert werden. Solche Beobachtungen werden den Untersuchungsteilnehmenden im abschließenden Interview zurückgemeldet, werden von diesen nach unseren bisherigen Erfahrungen gut verstanden und führen

zu aufschlussreichen Erläuterungen der Klient\*innen. Datenerhebungen und -auswertungen dieser Art sind damit interventionspraktisch in hohem Maß bedeutsam, für Forschung und Evaluation ergiebig, sowie für Management, Steuerung und Wirksamkeitsnachweise im politischen Kontext anschlussfähig.

#### Ausblick

Soweit wir es überblicken, sind die Herausforderungen und Chancen für die Klinische Sozialarbeit in der Schweiz ähnlich gelagert wie in Deutschland und Österreich. Dass es im Unterschied zu diesen Ländern in der Schweiz (bisher noch) keinen konsekutiven Master-Studiengang in Klinischer Sozialar-

beit gibt, könnte einer der Gründe dafür sein, dass Klinische Sozialarbeit in der Schweiz in der professionellen Praxis (bisher) keine prägende, identitätsstiftende Wirkung entfaltet zu haben scheint. Unseres Erachtens ist der Begriff Klinische Sozialarbeit gut geeignet. Wichtiger als die Bezeichnung ist aber, dass die anspruchsvolle Arbeit an und in der sozialen Dimension von Gesundheit von wissenschaftlich und methodisch hoch qualifizierten Fachpersonen Sozialer Arbeit ausgeübt wird. Die Option, diese Qualifikation auch in der Schweiz durch einen konsekutiven Master-Studiengang erreichen zu können, stellt insofern ein Desiderat dar.

## Der österreichische Blick auf die Klinische Soziale Arbeit

Stand der Entwicklung, Verortung und Perspektiven

Elisabeth Steiner und Heinz Wilfing

**D**ie Veränderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen führen zu einer Zunahme chronisch kranker, seelisch potenziell gefährdeter Personen in mehrfach belastenden Lebenssituationen. Dies erfordert eine spezialisierte psycho-soziale Behandlung, die sich disziplinar in der klinischen Behandlung verankert. Es herrscht weitgehend Konsens darüber, dass neben der oft rein somatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung eine „Ergänzung durch eine sozialtherapeutische Perspektive“ erforderlich ist, „die den Anspruch an komplexe Problemwahrnehmung und integrative Problembearbeitung, theoretisch, methodisch und praktisch einlöst“ (Lammel und Pauls 2017, S. 7). Hier setzt Klinische Sozialarbeit mit ihren spezifischen Zugängen ein.

Wie sich Klinische Soziale Arbeit aktuell verortet, auf welche historische Entwicklung sie in Österreich zurückgreift, wo sie disziplinar nach nunmehr 10-jährigem Ausbildungsangebot auf Master-

niveau steht und welche Perspektiven sie auf mehreren Ebenen entwickeln kann, soll in Folge dargestellt werden.

#### Historische Entwicklung aus österreichischer Perspektive

Auf die Gefahr hin, einer fachhistorischen Anmaßung bezichtigt zu werden, sei hier die These postuliert, dass die Klinische Sozialarbeit, auch in ihrer Form als Clinical Social Work in den USA, ihren Ursprung in Wien hat. Es wird nicht verwundern, dass sich bei der Suche nach den Anfängen schnell ein Bezug zu Freud findet: „Vielleicht kommt noch einmal ein Amerikaner auf den Einfall, es sich ein Stück Geld kosten zu lassen, um die social worker seines Landes analytisch zu schulen und eine Hilfstruppe zur Bekämpfung der kulturellen Neurosen aus ihnen zu machen“ (Freud 1926, S. 307).

Otto Rank, Sekretär der Psychoanalytischen Vereinigung und früher Anhänger und Wegbegleiter Freuds, betonte später in den USA die Bedeutung des „Agierens“ (vgl. Titscher 1994). In heutiger Terminologie meint dies ein inter-

venierendes Handeln, ausdrücklich auch durch nichtärztliche Professionen, was Ranks eigener Biografie entsprach. Der gelernte Kaufmann studierte im zweiten Bildungsweg Philosophie und Psychologie, er war somit kein Sozialarbeiter im Sinne einer spezifisch-professionellen Ausbildung, wie sie als „Akademie für Soziale Verwaltung“ schon damals in Wien existierte. Auch viele seiner späteren Gefolgsleute wiesen andere akademische Vorbildungen auf, ehe sie sich mit Konzepten einer (klinischen) sozialen Arbeit zu befassen begannen.

Diese Entwicklungslinie, auf Freuds Initiativen basierend, wurde fortgeführt. Die aktuelle Situation in Österreich lässt weiterhin einen Bezug zu diesen historischen Wurzeln erkennen. Der Ansatz einer behandelnden Sozialarbeit hat in der Folge jedoch gegenüber anderen europäischen Ländern einen längeren Entwicklungszeitraum in Anspruch genommen. Die nationalsozialistische Herrschaft pervertierte in Deutschland wie im angeschlossenen

Österreich die Soziale Arbeit zu einem menschenverachtenden Selektionssystem. Die unmittelbare Nachkriegszeit musste basale existenzielle Versorgung bei extremem Ressourcenmangel in den Vordergrund stellen. Auch waren viele der initiativen Persönlichkeiten vertrieben und exiliert, wenn nicht gar ermordet. Erst in einem teilweisen Rückfluss psychosozialer Inhalte aus den USA fanden primär behavioristische, aber auch tiefenpsychologisch geprägte Ansätze und deren Weiterentwicklungen wieder eine Verankerung in den Ausbildungscurricula der Sozialen Arbeit.

Die Entwicklung der Theorie- und Methodenbestände der Klinischen Sozialen Arbeit hat frühere Wissensbestände teilweise verdrängt und durch integrativere Zugänge ersetzt oder ergänzt, was sich in den neu akkreditierten Studiengängen Sozialer Arbeit niederschlägt. Anlässlich der Einführung der Bologna-Studienarchitektur im Ausbildungsbereich der Sozialen Arbeit und damit der Überführung der 4-jährigen FH-Studiengänge zu einem 3-jährigen Bachelorstudiengang und zu 2-jährigen Masterstudiengängen, wurde eine breit angelegte empirische Studie von Mayrhofer und Raab-Steiner (2007) zu „Wissens- und Kompetenzprofilen von SozialarbeiterInnen. Berufspraktische Anforderungen, strukturelle Spannungsfelder und künftige Herausforderungen“ von der FH Campus Wien KOSAR GmbH durchgeführt. Die zentralen Ergebnisse und die Argumentation für die Positionierung und Etablierung eines Masterstudiengangs unterstützten explizit eine vertiefte Qualifikation der Klinischen Sozialen Arbeit ab 2007 an der FH Campus Wien. Es bestand einerseits hohe Zustimmung und Einigkeit über Schwerpunktsetzungen speziell im „Psychosozialen Bereich“ und bei „Gesundheit und Krankheit“ seitens der befragten Praktiker\*innen (n=282) und andererseits die Forderung nach einer „vertieften Ausbildung“ auf Klient\*innen-ebene von leitenden Entscheidungsträger\*innen (n=96) und Sozialarbeiter\*innen auf operativer Ebene (n=184). Somit wurde auch die Bedarfslage nach Fachkräften mit vertiefenden Qualifi-

kationen bzw. Kompetenzen in Klinischer Sozialer Arbeit postuliert und gefordert. Im Besonderen konnten die Ergebnisse des quantitativen Studienteils in Richtung einer Spezialisierung der Sozialen Arbeit im Bereich der Klinischen Sozialen Arbeit angesehen werden und ein Bedarf an akademisch qualifizierten Absolvent\*innen nachgewiesen werden. Der Masterstudiengang mit den beiden Vertiefungsrichtungen „Sozialraumorientierte und Klinische Soziale Arbeit“ startete 2007 an der FH Campus Wien. Die Fachhochschule Vorarlberg erarbeitete ein vergleichbares Studienmodell und setzt seit 2009 einen Masterstudiengang mit ebenfalls 2 Vertiefungsrichtungen „Klinische Soziale Arbeit“ und „Interkulturelle Arbeit“ um.

Eine spezielle Herausforderung in der Ausbildung in der „vertiefenden Fachdisziplin Klinische Soziale Arbeit“ besteht darin, dass die Masterprogramme der Fachhochschulen in „Klinischer Sozialer Arbeit“ in hohem Ausmaß auch von Studierenden frequentiert werden, die im Sinne des „Bologna“-Systems einen BA-Abschluss zunächst in einer anderen Studienrichtung erworben haben. Diese Heterogenität wird von den Studierenden als Chance zu interdisziplinärem Austausch und somit als deutlicher Mehrwert erlebt.

### **Professionsbezogene Verortung**

„Klinische Sozialer Arbeit als integrierter professioneller Ansatz zur Verbesserung der psychosozialen Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt (...) ist beratende und behandelnde Soziale Arbeit in den Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens“ (Pauls 2013, S. 17). Sie sieht sich in der interdisziplinären Zusammenarbeit primär mit Zielgruppen konfrontiert, die sich in Multiproblemlagen befinden und deren Bedarfslagen ein theoriegeleitetes, fundiertes Wissen zur Intervention mit Intention der Veränderung sowohl der psychosozialen Lebensweise als auch der Lebenslage (person in environment) erfordern. Dies stellt in Abgrenzung zu anderen Disziplinen wie Medizin, Psychotherapie und Psychologie sicherlich einen spezifischen einzigartigen Ansatz und ein Alleinstellungsmerkmal dar. Die Entwicklung

der letzten 10 Jahre mit einer Schärfung des Ausbildungsprofils von Klinischen Sozialarbeiter\*innen weist in Richtung Sozialtherapie als „Behandlungsansatz, der die verschiedenen Formen sozialer und psychosozialer Interventionen einer breit angelegten beratend-begleitend-intervenierenden Methodologie in unterschiedlichen Arbeitsfeldern zuordnet“ (Lammel und Pauls 2017, S. 8). Er muss weiter forciert werden, um den komplexen Bedarfslagen der Nutzer\*innen Klinischer Sozialer Arbeit gerecht zu werden.

Nun stellt sich die Sachlage in Österreich im Vergleich zu Deutschland aufgrund der berufspolitischen Diskussionen und fehlender Berufsgesetzgebung für „Soziale Arbeit“ ein wenig differenzierter und komplexer dar. Die geltende grundsätzliche Berechtigung von Sozialarbeiter\*innen zur Ausbildungszulassung bzw. Ausübung der Psychotherapie stellt vordergründig durchaus eine als fortschrittlich erlebbare rechtliche und praktische Gegebenheit dar. Eine größere Zahl von Sozialarbeiter\*innen in Österreich verfügt auch über eine entsprechende Eintragung in das Zulassungsverzeichnis des Gesundheitsministeriums und übt die Psychotherapie in freier Praxis aus. Vielfach gilt die Berechtigung als Bonus, fallweise auch schon als Voraussetzung für eine Tätigkeit im Kontext psychosozialer Institutionen. Mögen sich in dieser Weise psychotherapeutisch tätige Sozialarbeiter\*innen auch mit einiger Berechtigung als „klinisch“ verstehen, so ist andererseits doch zu konstatieren, dass es sich derzeit dabei oftmals um ein „Verlassen“ der Sozialen Arbeit und um einen „Umstieg“ in eine zwar verwandte, letztlich aber eigenständig andere Disziplin handelt, als die sich die Psychotherapiewissenschaft zunehmend versteht. Für Psychotherapiewissenschaft besteht in Österreich auch die Besonderheit einer eigenen privaten Universität, der Sigmund Freud Universität (SFU), die darüber hinaus auch medizinische, psychologische und juristische Studien anbietet – ein Angebot an Sozialer Arbeit könnte noch folgen. Nun ist dies kein neues Phänomen, da gerade in den 1970er- und 80er-Jahren eine starke Therapeuti-

sierung der Sozialarbeit aufgrund fehlender eigener Methodenzugänge zu beobachten ist. In dieser Zeit wurde eine anscheinend doch grundlegende Verunsicherung im methodischen Selbstverständnis von Sozialarbeiter\*innen gelegt. Dem kann wahrscheinlich auch nur konsequent mit der Verbreitung und Etablierung der Klinischen Sozialen Arbeit im Praxisfeld entgegengearbeitet werden.

Psychologische und psychotherapeutische Konzepte haben so Eingang in das methodische Inventar der Sozialen Arbeit gefunden: Tiefenpsychologisch-psychodynamische, kognitiv-behaviorale, humanistische und in steigendem Ausmaß systemische Ansätze unterstützen Handlungsvollzüge der Sozialen Arbeit. Das Konzept einer systemisch orientierten Sozialen Arbeit wird in Österreich intensiv beforscht (Arbeitsgemeinschaft Systemische Sozialarbeit, ASYS) und findet breiten Eingang in die Praxis. „Our experiences have reinforced to us that there is a powerful fit between social work and systemic approaches and that the integration of these approaches offers enhanced possibilities for supporting children and their families“ (Koglek und Wright 2013, S. 71).

Gesetzeslage und inhaltlich unterschiedlich dimensionierte Handlungsansätze werden aber auch in Österreich kritisch gegen eine Integration therapeutischer Methoden in die Soziale Arbeit vorgebracht: In der Realität seien zwar Schnittstellen und Überschneidungen der Bereiche Therapie und Soziale Arbeit nicht zu leugnen, doch sei der Behandlungsanspruch der Klinischen Sozialarbeit in Frage zu stellen. Wie schon früher in Deutschland wird Sozialarbeit zur „Mäßigung“ aufgefordert (Ruttart 2013). Mit Lohner (2013) ist allerdings zu betonen, dass derartige Eingrenzungen wenig hilfreich erscheinen – auch die österreichische Praxis zeigt, dass der sozialfokussierte Blick auch in die Behandlung von Störungen einzubringen ist und der Sozialen Arbeit derart ein relevanter Platz im klinischen Kontext zukommt. Gesundheitswissenschaftliche Forschung zeigt, dass „psychosoziale Integration und soziale Unterstützung“ (Pauls 2013, S. 32) als essenzielle Fak-

toren für Gesundheit angesehen werden können. Daraus leitet sich wieder ein Behandlungsansatz ab.

Tätigkeitsbereiche der Klinischen Sozialarbeit sind solche, die direkt den Gesundungsprozess von Patient\*innen sowie Klient\*innen (kurativ, rehabilitativ) mit klinisch sozialarbeiterischen Mitteln unterstützen bzw. präventiv Gesundheit fördern und erhalten. Im Mittelpunkt von klinisch-sozialarbeiterischer Behandlung stehen schwer belastete, beeinträchtigte, sozial-kommunikativ eingeschränkte, gefährdete und/oder psychisch und somatisch kranke, behinderte und leidende Menschen. Insbesondere werden dabei Klient\*innen in den Fokus genommen, deren Gesundheitsprobleme eng mit sozialen und persönlichen Verhältnissen verknüpft sind.

Tätigkeitsfelder, Institutionen und Einrichtungen, in denen bereits jetzt Sozialarbeiter\*innen wirken und mit klinisch sozialarbeiterischen Aufgaben konfrontiert sind oder in denen sie in Zukunft tätig werden könnten, sind unter anderem ambulante sozialpsychiatrische Dienste, Beratungs- und Serviceeinrichtungen im gesundheitlichen Bereich, Schulen, Justizanstalten, Kriseninterventionszentren und Rehabilitationszentren. Hier wird die Klinische Soziale Arbeit in der direkten Beziehungsarbeit in Form Sozialer Therapie aktiv, die sich am biopsychosozialen Paradigma und einem salutogenen Konzept orientiert. Zusätzlich zu den etablierten Branchen und Feldern Klinischer Sozialarbeit werden weitere erschlossen und hinzugefügt, wie Kinderschutz, Frauenhäuser, psychosoziale Student\*innenberatung, Migrant\*innenberatung, Berufsrehabilitation und insbesondere Arbeit mit der älteren Generation.

Das „Setting“ klinisch sozialer Angebote war auch in Österreich in einem längeren Entwicklungsprozess zu modifizieren. Das für klassisch therapieorientierte Angebote geschützte Ambiente von Praxen, Beratungsstellen, Ambulanzen und anderen Einrichtungen einer „Komm-Struktur“ war wiederholt zu verlassen. Die Klient\*innen sind auch in deren sozialräumlichen Wohn- und Freizeitbereichen zu kontaktieren.

## Entwicklungen

Vereinzelt haben sich in Österreich geplante Anwendungsbereiche Klinischer Sozialarbeit nicht im erwarteten Ausmaß realisiert: Das „Entlassungsmanagement“ in Krankenanstalten wird weitgehend von Pflegekräften auf Basis kurzfristiger Case-Management-Konzepte wahrgenommen. Andere Anwendungsbereiche haben sich hingegen neu erschlossen: So etwa der Einsatz klinisch orientierter Sozialarbeiter\*innen im Bereich von Arbeitsmarktpolitik und beruflicher Reintegration (Wilfing 2018). Zusätzlich werden

### Literatur:

Freud, S. (1926): **Die Frage der Laienanalyse. Gesammelte Werke.** Band 14. London: Imago Publ., S. 307.

Galuske, M. (2007): **Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung.** 7. ergänzte Auflage. Weinheim und München: Beltz Juventa.

Heekerens, H.-P. (2016): **Psychotherapie und Soziale Arbeit.** Coburg: ZKS Verlag.

Hurrelmann, K. (2010): **Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung.** Weinheim und München: Juventa.

Lammel, U. A.; Pauls, H. (Hg.) (2017): **Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung.** Dortmund: Verlag modernes lernen.

Lohner, J.: **Die Klinische Sozialarbeit geht ihren Weg.** Neue Praxis, np, 1/2013, S. 65–69.

Mayerhofer, H.; Raab-Steiner, E. (2007): **Wissens- und Kompetenzprofile von SozialarbeiterInnen. Berufspraktische Anforderungen, strukturelle Spannungsfelder und künftige Herausforderungen.** Schriftenreihe des Departments für Soziale Arbeit, Band 3, Wien: FH-Campus.

Koglek, R.; Wright, S. (2013): **Hackney – Systemic Approaches to Social Work Practice.** In: Milowiz, W.; Judy, M. (eds.): STEP Systemic Social Work Throughout Europe. Insights. Lifelong Learning Programme, European Commission, S 71. Online abrufbar unter: [www.asys.ac.at/step/](http://www.asys.ac.at/step/)

Ohling, M. (2015): **Soziale Arbeit und Psychotherapie.** Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Pauls, H. (2013): **Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung.** 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Ruttart, T. (2013): **Less is more – Plädoyer für eine „gemäßigte“ Klinische Sozialarbeit.** Neue Praxis, np, 1/2013, S. 70–71.

Titscher, G.: **Otto Rank.** In: Frischenschlager, O. (Hg.) (1994): Wien, wo sonst. Die Entstehung der Psychoanalyse und ihrer Schulen. Wien: Böhlau.

Wilfing, H. (2018): **Integration von Jugendlichen ins Arbeitsleben – Perspektiven von Medizin, Sozialarbeit und Politik.** In: Filzmayer, P.; Hainzl, C.; Krcal, E.; Plaikner, P. (Hg.): Politik und Sozialmedizinische Versorgung. Wien: Facultas.

im Handlungsfeld Kinder, Jugend und Familie durch die Ausbildung auf Masterniveau mit Schwerpunktsetzung Klinische Soziale Arbeit laufend Kinder- und Familienzentrierte Sozialtherapeut\*innen ins Praxisfeld drängen. Zusehends steigt die Anzahl von Bewerber\*innen an den Fachhochschulen. Die Positionierung im Feld scheint schnell voranzugehen und schlägt sich auch darin nieder, dass bei Stellenausschreibungen bereits vereinzelt explizit der Abschluss in Klinischer Sozialer Arbeit auf Masterniveau gefordert wird. Ein Anstieg von Absolvent\*innen der Masterstudiengänge in leitenden Positionen ist wahrzunehmen und führt zu besserer Bezahlung. Dies lässt sich

durch die höhere fachliche Expertise erklären, für die sich sichtlich ein hoher Bedarf in der Sozialen Arbeit findet. In Österreich muss weiterhin fachlich (inklusive Forschung) und besonders berufspolitisch gearbeitet werden, um die Klinische Soziale Arbeit im „therapeutischen Feld“ zu positionieren. Ein wichtiger Schritt für die Positionierung der Klinischen Sozialen Arbeit im wissenschaftlichen Kontext war auch die Gründung der Arbeitsgemeinschaft „Klinische Soziale Arbeit“ im Rahmen der „Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit“ 2012. Diese soll unter anderem zur Verbreitung und Generierung wissenschaftlicher Kenntnisse genutzt werden können.

Um sich in der interdisziplinären Fachlandschaft zu behaupten, muss Forschung mit ihren sozialarbeitsspezifischen Zugängen weiterentwickelt werden. Exemplarisch seien unterschiedlichste klinisch-soziale Interventionsformen genannt, die be- und erforscht werden sollten und deren spezifische Aspekte in Bezug auf wirkende (heilende) Faktoren validiert werden müssen. Die „Klinische Soziale Arbeit“ in Österreich wird sich nur dann weiter entwickeln können, wenn der „klinische Habitus“ bei den Praktiker\*innen vermehrt durch die Implikation von Forschungsergebnissen und die eigenständige Gewinnung dieser ergänzt und befruchtet werden wird.

## Helping the "Child-in-Environment"

### A Humanistic Framework for Clinical Social Work and Social Therapy with Children

Helmut Pauls

A comprehensive humanistic conceptualization of clinical social work must include a psychosocial treatment approach for the neglected high-risk population of hard-to-reach children, parents and families. This approach is committed to working with individuals in their social environments whose lives have been profoundly affected by social issues. In Germany this kind of work with children and adolescents is generally found in youth welfare, child guidance clinics and residential care. It aims to help individuals manage and cope with their complicated and stressful lives. It includes a multi-modal treatment approach that reflects and influences the societal situation affecting the emotional, behavioral, and mental life of the child and the whole family system within the social environment (Reichert 2015). Although many of the children and adolescents have persistent mental health disorders and have frequently been in the mental health system for a long time, many of them have not received social therapy to date. The

general prevalence and severity of mental disorders of children in the care of youth welfare is underestimated (Koeckeritz 2006; Schmid et al. 2008; Pauls 2008). Some research studies indicate that social support measures and classical social work interventions such as relieving the burden on the family as a whole cannot replace therapy and counseling for the parents, caregivers and teachers, and clinical conflict mediation (Kindler and Spangler 2005). This evidence suggests that clinical social work professionals within the youth welfare system should receive training in social therapy skills such as monitoring mental health from the moment a child is first admitted to the youth welfare system and offer a consistent protective holding environment.

#### Clinical social work challenges

Clinical social work in Germany and Europe is a relatively new discipline of social work which became established in the 1990s. In 1994 the author founded an institute for child and youth services (IPSG – Institut für psycho-soziale

Gesundheit – linked to Coburg University of Applied Sciences) where clinical social workers qualified by education and experience provide social-therapy based diagnostic and psychosocial treatment services to children, adolescents, and families whose psychosocial functioning is severely affected by social and psychological stress or mental health impairment (Pauls 2008; Pauls and Reicherts 2015; Romanowski and Pauls 2014). In the year 2001 the first masters program in clinical social work was offered at Coburg University of Applied Sciences. It was followed by others in Berlin and other cities; also in Switzerland and Austria (Vienna). In 2002 a national certification body was founded (Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, [www.klinische-sozialarbeit.de](http://www.klinische-sozialarbeit.de)), in 2005 a scientific journal (Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung) and soon afterwards a new institution at European level (ECCSW – European Center for Clinical Social Work). The practice of clinical social work focuses on people's life spaces where the inner



and outer worlds meet and confront each other. Working within a person-in-environment perspective means supporting a client's adaptive strengths and social resources as well as reducing systemic and social stress, interpersonal deficits, impairments and maladaptive cognitive and emotional self regulation (Dorfman 1996; Gahleitner 2005; Pauls 2008, 2013; Lammel and Pauls, 2015).

To manage these demanding challenges within clinical social work beyond the classical "talking cure" of counseling and psychotherapy, our experiential approach requires a broadened and differential methodology. This includes an emphasis on the experiential 'being with' the child in her/his life situation and recognizing the individual, familial, and environmental systems of which the child is part. Thus, social therapy in the form of clinical social work responds to the necessity of going beyond the classical humanistic psychotherapy and counseling concepts of supporting awareness and encouraging growth. It includes the activities and techniques of guiding the child, setting rules and offering personal support, providing orientation and instruction, reparenting, and support for regulating feelings, sensations, and behavior. Moreover, social therapy provides direct help with addressing diverse social needs and environmental stresses from a systemic perspective. This is a biopsychosocial perspective. Applegate and Shapiro (2005, S. 157) described this approach as follows: "The biopsychosocial integration offers a rigorously conceptualized and research-based explanatory framework for understanding how the clinical relationship works. For social work this formulation validates and privileges the quiet, sustaining, and supportive relational backdrop to the range of interventions, from assisting individual clients with emotional problems, to advocating with others on their behalf, to gaining cooperation of others toward modifying aspects of clients' external environments. The emphasis on attachment dynamics as key to successful intervention puts as much, if not more, emphasis on the experience of 'being with' the client than on 'doing for' him or her." Because

people lead their lives in multiple and complex environmental contexts (Bronfenbrenner 1979), maintaining an attitude of respect and supporting clients as they find ways to deal with their problems is a crucial condition for a successful change process, and promotes the development of a professional bond and a relationship of perception and listening (Gahleitner 2017). In Germany, youth services, health services and the social work profession are currently challenged by increasing numbers of hard-to-reach families with multiple psychosocial problems. These include families with children and adolescents who have no education or social support. They suffer from various psychopathological symptoms and mental disorders, in particular pervasive developmental disorders, PTSD and other trauma-related disorders, attachment disorders, and mental or developmental retardation (early studies: Baur et al. 1998; Schmidt et al. 2002; Schmid et al. 2008; Burns et al. 2004; Mount et al. 2004). "These children and adolescents are at a very high risk of developing a chronic mental disorder with subsequent impairment in psychosocial functioning, e.g. school failure, unemployment or a criminal career" (Schmid et al. 2008). In work with these profoundly disturbed children and adolescents the humanistic social therapeutic approach of offering continuity, presence, acceptance and encounter ('being with' in the here-and-now) offers a unique opportunity that includes a strong commitment to clients' strengths, i.e. agency, competence, and resilience. Since experiential approaches understand symptoms and problems in light of the client's efforts to attain a sense of manageability and support, their objectives for intervention include a complex relationship-based re-orientation. This means helping a child with perception disorders to open up to a common focus, offering focused action to a hyperactive child, offering an aggressive child an opportunity for focused difference and confrontation to, helping a regressive child to perceive the here-and-now, backing up an unstable child, helping a traumatized child to heal, offering comfort to a sad and inconsolable child, helping a

depressed child to find the joy of living, holding a neglected child in deep regard (Baulig and Baulig 2002). To liberate the power of the child's resilience and the potency of the prospect of returning to normal development, clinical social workers need to have different conceptualizations and different strategies for working with different problems, including various forms of stress and traumas that are rooted in the children's current situations and environments. Strategies include supporting advantageous environmental conditions, considering children's constitutional vulnerabilities and temperaments, taking into account stress-inducing social environments during early childhood, and enhancing children's emotional, cognitive and verbal/symbolic capacities.

Focusing on the environment, we find that families often have insufficient resources and that the parents themselves suffer from a variety of situational problems, psychological impairments, and social stigmata. Many of these families have been in contact with municipal child and youth services for many years and some of the parents also received support from child guidance services when they were children themselves. As parents they are often very experienced, but "empty-handed" clients, and demoralized. Accumulated practice wisdom and the findings of evaluative research (Beck 2014) show that experiential clinical social work treatment can make a major contribution to helping hard-to-reach children, adolescents and their families.

#### **A humanistic umbrella for clinical social work**

The conceptual framework of humanistic clinical social work is an umbrella that integrates client-centered, gestalt therapy, and emotion-focused counseling and therapy and also includes systemic interventions, social assistance and cognitive and behavioral methods (Pauls and Reicherts 2013; Lammel and Pauls 2017). Such an integrative experiential framework includes active, supportive and managing interventions executed in a directive manner. Working with emotion in such social work settings primarily means taking an

empathic and sensitive approach to the client early on in the intervention in order to attune the helping social interventions to the client's affective situation. However, with most clients in clinical social work therapy settings the course of the interventions differs from that in classical psychotherapy. The social therapist often has to act on different levels, including 'content' beyond the client's awareness and current experience. Social work clinicians also "juggle numerous roles..." (Dorfman, 1996, p. 41). Hence, where children's nervous systems are still at an early (premature) stage of post-natal development and they thus require social input, they are dependent on secure attachment to their caregivers (Brisch, 2006; Petzold, 1996; Grossmann and Grossmann, 2004). Clinical social workers offer personal attendance and social support intertwined with relational and emotional work. As a person-oriented experiential social therapy approach we broaden the available opportunities, ensure continuous care as far as possible and try and help to avoid repeated abrupt or premature terminations of therapy/ruptures of the continuity of the therapeutic relationship. Many of these children are suffering from the multiple detrimental effects of loss of attachment figures both in their families and in the youth welfare services. This kind of person-in-environment conceptualization uses the professional relationship as a protective psychosocial shield and a holding environment (Petzold 1996, 169). It integrates counseling, individual child/parent therapy and support for educational achievement including visiting the family, school, and neighborhood (Pauls and Hüttinger 2005, Pauls 2013, Pauls and Reicherts 2015). As a rule the different actions and levels of intervention start with the fundamental environment-related needs of the child or adolescent: protection and safety, nourishment, warm contact, support and education. The social therapy setting must be able to provide these fundamental functions of active, supportive and caring 'being with' the other. Step by step, with the help of the social work clinician, the child's attachment figures (parents, teachers, educa-

tors, and other mental health and medical professionals) come to understand the significance of psychological and/or physical symptoms, physical postures, perceptions, emotions, thoughts, behaviors and blockages as the child's responses towards his or her social environment – as needs and responses towards other human beings that have been thwarted. The children/adolescents become aware of their own inner emotional and mental impulses which persist as an (often distorted) gesture aimed at making contact with other persons or the environment to which they are related.

Thus, to promote enduring change, social therapists need to be prepared to understand and work effectively with both adaptive and maladaptive core emotional schemes (Greenberg and Watson, 2005). It is therefore not surprising that early empirical studies very clearly indicate that effective psychosocial intervention and social therapy for social work services require clinically trained and experienced practitioners (Beckmann 1996; Kindler and Spangler 2005; McCroskey and Meezan 1998; Schmid et al. 2008; Pauls 2008). In such fields, treatment is based on diagnostic skills (risk assessment, social support, psychosocial stress and conflict, psychological disorders, neglect and abuse, family interactions, social systems and situations), the ability to adapt psychosocial interventions to different players in diverse settings (dealing with diverse, often unpredictable and multisystemic professional episodes), and last, but not least, the ability to understand and interpret clients' feelings and thoughts and to engage in a fundamental process of cognitive and emotional change. Moreover, regardless of theoretical orientation, there is a shared emphasis on the transformational power of the helping relationship (Gahleitner 2017; Applegate and Shapiro 2005).

## Conclusion

Humanistic clinical social work and social therapy combine three major elements into an integral whole.

(1) A holding environment based on a supportive therapeutic relationship that protects and enhances clients' social situations with a view to promo-

ting/providing the necessary basis for the success of any intervention (Winnicott 1965) is essential. Once the holding environment is established and further neglect, hurt, or traumatization are prevented, the child is/becomes able to perceive and accept the offer of the helping relationship and experience the relationship as a place where she/he can feel emotional.

(2) Now, in order to build up and foster a supporting environment, it is possible to deal with following questions (Elliott et al. 2004):

(a) How does the child treat her-/himself: Is she/he highly self-critical? Does she/he have unresolved feelings towards a significant other? How does she/he basically relate to her-/himself (is she/he self-supportive, self-contemptuous, self-interrupting, does she/he invalidate her/his own feelings or reactions, is she/he controlling, punitive, neglectful)?

(b) How does the child treat parents, friends, others? Does the child seem to rely on the input of others in order to cope in constructive ways, or is the child more likely to withdraw into her-/himself?

(c) How does the child allow others to treat her/him? How does it feel, as a clinician, to work with this child? What is the clinician's subjective reaction to the child?

(d) Does the child have access to her/his emotions? What nonverbal coping strategies does the child use when experiencing negative affective states?

(3) In order to work through these issues it is also necessary to facilitate task-oriented work in order to transform emotions and social behaviors within the child's social system. It is very important to be sensitive to signs and markers of the child's feelings and how she/he regulates emotions in the actual situation. Due to the complex array of psychosocial factors and to dysregulations in the parent/caregiver-infant relationship as well as in the broader social network, the children's difficulties often culminate in disturbances in their capacity to regulate their feelings. Clients' regulation of their emotions becomes dysfunctional (underarousal, overarousal, maladaptive accessing of emotion) because lear-

ned patterns of emotion regulation are closely intertwined with a person's attachment style. To gain access to feelings in this kind of work the social work clinician needs to witness and put into words what has happened or still is happening or being done to the child. To help the child feel the emotion and express it the clinician must develop the ability to read some types of cues. Professional helpers also need to feel comfortable with their own emotions and acknowledge that emotions are aspects of problem solving, and also have faith that exploring emotion is a good thing to do. Then there is an opportunity to do specific work with different kinds of interventions invol-

ving different tasks. Once the client has found an understanding and accepting 'significant other' who empathically acknowledges her or his experiences and feelings towards and in the environment, the ground has been prepared for creating a relational and internal self-challenge across diverse domains of emotions, actions and behaviors and situations, and more complex therapeutic practices can begin. In sum, a humanistic social therapy approach used with children and adolescents within clinical social work is much more than a psychotherapeutic approach or a psychological counseling activity. It requires activities that include setting rules and offering sup-

port in everyday life while understanding the subjective meaning of the situation for the client. Empathic attunement to clients' emotional meanings or feelings and work with both the emotional and interpersonal systems and the life situation with its objectives requires diverse forms of intervention, especially when working with difficult and unavoidable demands of the social environment. In this way the interventions include cooperation between the child or adolescent and his or her parents, caregivers, psychiatrists, psychotherapists, teachers, court workers and social workers in order to increase the chances of continuous care, healing, and a normal development.

#### References:

- Baulig, I.; Baulig, V. (2002): **Praxis der Kindergestalttherapie**. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.
- Baur, D.; Finkel, M.; Hamberger, M.; Kühn, A.; Thiersch, H. (1998): **Leistungen und Grenzen von Heimerziehung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen**. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.
- Beckman, P. (1996): **The service system and its effects on families: an ecological perspective**. In: Brambring, M.; Rau, H.; Beelmann, A. (ed): *Early childhood intervention. Theory, evaluation, and practice*. Berlin, New York: Walter de Gruyter, S. 175–195.
- Brisch, K. H. (2006): **Bindungsstörung. Grundlagen, Diagnostik und Konsequenzen für sozialpädagogisches Handeln**. In: *Blickpunkt Jugendhilfe* 3, S. 43–55.
- Bronfenbrenner, U. (1979): **The ecology of the human development: Experiments by nature and design**. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Burns, B. J.; Phillips, S. D.; Wagner, H. R.; Barth, R. P.; Kolko, D. J.; Campbell, Y.; Landsverk, J. (2004): **Mental Health Need and Access to Mental Health**. Services by Youths Involved With Child Welfare: A National Survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, S. 960–970.
- Dorfman, R. A. (1996): **Clinical Social Work. Definition, Practice, and Vision**. New York: Brunner & Mazel.
- Elliott, R.; Watson, J. C.; Goldman, R. N.; Greenberg, L. S. (2004): **Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change**. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gahleitner, S. B. (2017): **Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen**. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Gahleitner, S. B. (2005): **Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung**. München: Reinhardt.
- Greenberg, L. S.; Watson, J. C. (2005): **Emotion-focused therapy for depression**. Washington, DC: American Psychological Association.
- Grossmann, K.; Grossmann, K. E. (2004): **Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit**. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kindler, H.; Spangler, G. (2005): **Wirksamkeit ambulanter Interventionen nach Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Ein Forschungsüberblick**. *Kindesmisshandlung und -vernachlässigung*, Jg. 8, S. 101–116.
- Koeckeritz, C. (2006): **Wirksamkeit ambulanter Jugendhilfe. Bedeutung und Perspektiven einer überfälligen Debatte**. In: Evangelischer Erziehungsverband e.V. (ed): *Wirkungen in den Erziehungshilfen*. Schriftenreihe, Jg. 47, Heft 3, Hannover: Schöneworth Verlag.
- McCroskey, J.; Meezan, W. (1998): **Family-centered services: Approaches and effectiveness**. *The future of children: protecting children from abuse and neglect*. Vol. 8, No.1, S. 54–71.
- Mount J.; Lister A.; Bennun, I. (2004): **Identifying the Mental Health Needs of Looked After Young People**. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, S. 363–382.
- Pauls, H.; Reicherts, M. (2015): **Einzelfallanalysen in der Klinischen Sozialarbeit – Ein Beispiel zur mehrdimensionalen psycho-sozialen Fallarbeit: Petra**. In: Reicherts, M.; Genoud, P. A. (Hg.): *Einzelfallanalysen in der psycho-sozialen Forschung und Praxis*. Weitraamsdorf: ZKS-Verlag, S. 263–284.
- Pauls, H. (2013): **Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung**. (3. Aufl.) Weinheim/München: Juventa.
- Pauls, H. (2008): **Aufgabenstellungen und Bedarf an Klinischer Sozialarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe**. In: Gahleitner, S. B.; Hahn, G. (Hg.): *Jahrbuch der Klinischen Sozialarbeit*. Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 261–136.
- Pauls, H. (2002): **Erfahrungsorientierte Klinische Sozialarbeit in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe – Konzeptionen einer Praxis-einrichtung**. *Gesprächstherapie und Personenzentrierte Beratung*, 3, S. 223–228.
- Pauls, H.; Stockmann, P.; Reicherts, M. (Hg.) (2013): **Beratungskompetenzen für psychosoziale Fallarbeit**. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Pauls, H.; Hüttinger, R. (2005): **Klinische Sozialarbeit in der Praxis der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe: Das Behandlungskonzept des IPSPG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit**. In: Geissler-Piltz, B. (Hg.): *Psychosoziale Diagnostik in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit*. Muenster: LIT-Verlag, S. 101–124.
- Petzold, H. (1996): **Weggeleit, Schutzschild und kokreative Gestaltung von Lebenswelt – Integrative Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologischen Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie**. In: Metzmacher, B.; Petzold, H.; Zaepfel, H. (Hg.): *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis*, Band 1. Paderborn: Junfermann, S.169–280.
- Schmidt, M.H.; Schneider, K.; Hohm, H. (2003): **Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe**. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 219. Stuttgart: Kohlhammer.
- Reicherts, M. (2015): **Emotionale Offenheit und Emotionsregulation in der sozialtherapeutischen Arbeit mit jungen Menschen** (Online-Version). Weitraamsdorf: ZKS Verlag. Online verfügbar unter: <https://zks-verlag.de/emotionale-offenheit-und-emotionsregulation-der-sozialtherapeutischen-arbeit-mit-jungen-menschen-print/> (04.02.2019)
- Romanowski, C.; Pauls, H. (2017): **Sozialtherapeutische Unterstützung der Teilhabefähigkeit psychisch kranker Kinder und Jugendlicher im ambulanten Setting**. In: Lammel, U. A.; Pauls, H. (Hg.): *Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung*. Dortmund: verlag modernes lernen, S. 158–168.
- Schmid, M.; Goldbeck, L.; Nuetzel, J.; Fegert, J. M. (2008): **Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions**. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2:2 Open Access Research. Online verfügbar unter: <https://capmh.biomed-central.com/articles/10.1186/1753-2000-2-2> (04.02.2019)
- Winnicott, D. W. (1965): **The Maturation Processes and the Facilitating Environment**. London: Hogarth Press.

## In Kontakt kommen

### Praxisforschung zu Erstkontakt und Arbeitsbeziehung in der Suchthilfe

Die Wirksamkeit sozialarbeiterischer Interventionen im System der Suchthilfe wird von den Fachkräften der Sozialen Arbeit seit langem auf der Basis erfahrungsbegründeten Wissens diskutiert, empirische Belege hingegen gibt es nur wenige. Gesetzlicher Auftrag der Fachkräfte ist, für Klient\*innen Zugänge zu rehabilitativen Angeboten im System von Suchtbehandlungen und -therapien zu öffnen und Notlagen zu vermeiden. Belegt ist, dass insbesondere durch die Beratung Sozialer Arbeit in ambulanten Suchtberatungsstellen die meisten Klient\*innen diese Hilfen nutzen können. Dass dabei besonders der erste Kontakt für die Entstehung einer Arbeitsbeziehung und für Interventionen im multiperspektivischen Fallverständnis entscheidend ist, thematisiert das Buch „In Kontakt kommen“, das die Forschungsergebnisse im Rahmen einer Dissertation vorstellt. Die Autorin, Rita Hansjürgens, die als Diplom-Sozialarbeiterin selbst langjährige Erfahrungen in der Suchtberatung und im Vorstand der DG SAS gesammelt hat, lehrt seit 2018 als Professorin an der Alice Salomon Hochschule Berlin. In ihrer Forschungsarbeit untersuchte sie, wie es Fachkräften der Sozialen Arbeit im ersten Kontakt einer ambulanten Suchtberatung mit oft multi-komplexen Auftragslagen und in Zwangskontexten (nicht) gelingt, eine Arbeitsbeziehung als Basis einer kooperativen und gelingenden Zusammenarbeit mit Klient\*innen zu errichten. Dem nähert sie sich aus einer rekonstruktiven und theoriegenerierenden Forschungsperspektive.

Einführend werden den Leser\*innen die wenigen vorhandenen Forschungsstände nahegebracht. Die Autorin rekonstruiert, wie eine Beziehung im sozialarbeiterischen Erstkontakt in der Suchthilfe entsteht und analysiert auf der Basis sequenzanalytischer Verfahren Interaktionsprotokolle von Erstgesprächen und leitfadengestützten Interviews mit Fachkräften der Sozialen Arbeit und Klient\*innen der Suchtberatungsstelle. Die Gesamtauswertung erfolgt im Rahmen qualitativer Methoden nach der Grounded Theory.

Die Kontextualisierung des Forschungsfeldes bietet einen guten Einblick in das von Fragmentierung geprägte Verständnis der Kostenträger bezüglich der Legitimation von Interventionen und Zuständigkeiten der Suchthilfe. Sehr gut verständlich plausibilisiert die Autorin, wie empirische Forschung in der Sozialen Arbeit mittels der Analyse von Prozess und Kontext einer Beziehungsentwicklung, also nur als Zusam-

*Rita Hansjürgens (2018): In Kontakt kommen. Analyse der Entstehung einer Arbeitsbeziehung in Suchtberatungsstellen. Baden-Baden: Tectum Wissenschaftsverlag.*

menschau aller Wirkfaktoren hilft, zu erkennen und zu verstehen. Dabei betont sie das professionelle Selbstverständnis Sozialer Arbeit als multiperspektivische Fallarbeit mit Personen in ihrer Umwelt.

Folgend sensibilisiert die Autorin ihre Leser\*innen für die Ursachen der sektorenverschiedenen Hilfelogiken und finanzierungsbedingten Rationalitäten – ein guter Überblick, um die Wirkung von Felddynamiken zu verstehen. Anschließend priorisiert sie die Zugänge Sozialer Arbeit und bezugswissenschaftlicher Theorien in Relevanz zum Forschungsthema und bietet damit eine Einführung in die theoretischen Grundlagen von Beziehungsentwicklung.

In der Darstellung der Fälle werden Ausschnitte des Interviewmaterials vorgestellt, in denen sich Gesprächsmomente mit Entwicklungstendenzen hin zu Vertrauen oder Misstrauen in einer Arbeitsbeziehung darstellen. Orte der lebendigen Arbeit lassen sich hier sehr gut erkennen und auf theoretische Bezüge rückbinden. Ein gelungenes Beispiel, Praxis und Theorie durch Forschung miteinander zu verknüpfen. Zudem gelingt es der Autorin, die Leser\*innen für die Wendepunkte in Beratungen zu sensibilisieren. So wird nach jeder Falldarstellung die Lesart in Bezug zu den Forschungsfragen hergestellt, was den konkreten Fall verstehbar macht und sogleich Wirkungen der Regeln der suchtbetragenen Hilfen in Erstgesprächen nachweist. Implizite und explizite Feldeinwirkungen auf das Entstehen von Vertrauen und Misstrauen zwischen Klient\*innen und Fachkräften sind sehr gut dargestellt. So werden alltagsgelingende Arbeitsformen und Arbeitsweisen der Fachkräfte Sozialer Arbeit im gegebenen Kontext abgebildet.

Im letzten Teil werden die datenbasierten Wirkungsbelege, die die Entwicklung einer „eher vertrauensvollen“ oder „eher misstrauischen Arbeitsbeziehung“ abbilden, gut lesbar zusammengefasst. Das handlungstheoretische Konstrukt einer sich entwickelnden dreidimensionalen Arbeitsbeziehung (Feld, Klient, Fachkraft) nach Hansjürgens unterstreicht, dass die Qualität der Verständigung zum Anliegen, die Möglichkeiten der Realisierung und die wahrgenommene Unterstützung durch die Fachkraft

immer von Inhalt und Kontext aber auch Kooperation und Macht bestimmt werden. Da mittels empirischer Belege bewiesenermaßen Anliegen und Feld immer in Interaktion miteinander stehen, können Systemlogiken beispielsweise auch Exklusion fördern. Die Autorin spricht sich deshalb für eine professionelle Gestaltung einer Arbeitsbeziehung aus, in der im Erstkontakt Felddynamiken neutralisiert und Klientenanliegen fokussiert werden sollten.

Wie kann Praxis in Theorie transferiert werden und wie kann Praxis Forschungsergebnisse für die Fallarbeit nutzen? Rita Hansjürgens gelingt es, mittels empirischer Befunde zu belegen und zu beschreiben, wie sich eine professionelle Arbeitsbeziehung konstruiert (kooperativ in Richtung Vertrauen) und wie Soziale Arbeit im multi-komplexen Fallverständnis, entlang theoretischer Bezüge in Rückbindung auf die Kontextrahmungen, Menschen mit Suchterkrankungen Hilfen zugänglich macht und zuverlässig sichert. Ihre Analyse der Deutbarkeit von Systemlogiken und institutionellen Rahmungen für eine ganzheitliche Betrachtung sozialarbeiterischer Interventionen in Suchtberatungsstellen unterstreicht einmal mehr auch die Bedeutung der Kontextualisierung in Forschung. Ebenso gelingt Qualifizierung der Praxis nur, wenn Theorie die Praxis tatsächlich abzubilden vermag, da Praxis ihr theoretisches Professionswissen im individuellen Feld dann nutzt, wenn dieses Wissen eingebettet in die Rahmung handhabbar, verstehbar und bedeutsam wird.

Die Stärke des Buches liegt in der ganzheitlichen Betrachtung der mehrdimensionalen Befunde, die nur in ihrer Gesamtheit gelesen abzubilden vermögen, wie Erfahrungswissen der Fachkräfte zu handlungstheoretischem Wissen wird, um im Einzelfall im Kontext der individuellen Rahmungen professionell arbeiten zu können. Dieses Buch belegt empirisch an Daten aus der Erstberatung durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit in Suchtberatungsstellen, dass ohne die Herstellung einer kooperativen Arbeitsbeziehung im multiperspektivischen sozialpädagogischen Fallverständnis, Suchthilfen für Menschen unnutzbar werden können. Krisen würden ohne diesen Zugang unbewältigt, Gesundheit dauerhaft beeinträchtigt und Hilfeleistungen zur Rehabilitation und zur Sozialen Teilhabe wirkungslos bleiben.

*Katrin Blankenburg*