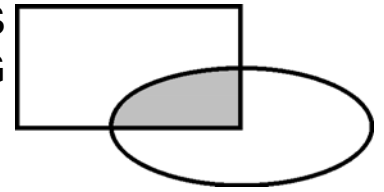


# KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS  
UND FORSCHUNG



6. Jg. ■ Heft 3 ■ Juli 2010

## Inhalt

### Themenschwerpunkt:

### Klinische Fachsozialarbeit – State of the Art 2010

- 3 *Gernot Hahn*  
Fünf Jahre »Klinische Sozialarbeit –  
Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung«.  
Die Entwicklung einer klinischen Fachsozialarbeit
- 8 *Matthias Hüttemann*  
Zur Bedeutung von Forschung in der Klinischen  
Sozialarbeit am Beispiel des »Doppelten Mandats«
- 8 *Silke B. Gahleitner, Peter Buttner & Dieter Röh*  
Psychosoziale Diagnostik
- 9 *Michael Vogt & Silke B. Gahleitner*  
Psychosoziale Beratung – Eine Bestandsaufnahme
- 9 *Heinz Wilfing*  
Sozialraumorientierte Soziale Arbeit
- 10 *Günter Zurhorst*  
Die Bedeutung Klinischer Sozialarbeit für die  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- 11 *Gernot Hahn*  
Forensische Sozialarbeit
- 11 *Uwe Klein*  
Soziale Arbeit und Psychoanalyse
- 12 *Ulrich Binner, Karlheinz Ortmann & Dieter Röh*  
Sozialtherapie als zentrale Methode Klinischer Sozialarbeit
- 2 AutorInnen, Wissenschaftlicher Beirat und Impressum  
2 Literaturtipp und Veranstaltungshinweis (September 2010)

## Herausgeber

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

DEUTSCHE  
GESELLSCHAFT FÜR  
SOZIALE ARBEIT



Forum für Wissenschaft und Praxis



## Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

### Ulrich Binner

Dipl.-Sozialarbeiter, Dozent an der KHSB Berlin, Leiter des Projekts SEVERAM.

Kontakt: [binner@khsb-berlin.de](mailto:binner@khsb-berlin.de)

### Peter Buttner

Prof. für Soziale Arbeit an der Hochschule München, Schwerpunkt Soziale Diagnostik und Klassifikation.

Kontakt: [buttner@lrz.fh-muenchen.de](mailto:buttner@lrz.fh-muenchen.de)

### Silke Birgitta Gahleitner

Prof. für Klinische Psychologie und Sozialarbeit an der ASH Berlin, Psychotherapeutin.

Kontakt: [sb@gahleitner.net](mailto:sb@gahleitner.net)

### Gernot Hahn

Dr. phil., Sozialarbeiter, Sozialtherapeut, Leiter einer forensischen Ambulanz in Erlangen.

Kontakt: [hahn.godot@odn.de](mailto:hahn.godot@odn.de)

### Matthias Hüttemann

Dozent an der FH Nordwestschweiz, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit.

Kontakt: [matthias.huettemann@fhw.ch](mailto:matthias.huettemann@fhw.ch)

### Uwe Klein

Dipl.-Soz.päd., Dipl.-Soz.gerontologe, Psychoanalyti-

scher Familientherapeut, Clinical Social Worker (ZKS).

Kontakt: [u.klein@alexius.de](mailto:u.klein@alexius.de)

### Karlheinz Ortman

Prof. und Prorektor an der KHSB Berlin, Schwerpunkt Gesundheitsorientierte Soziale Arbeit.

Kontakt: [ortmann@khsb-berlin.de](mailto:ortmann@khsb-berlin.de)

### Dieter Röh

Prof. an der HAW Hamburg, Leitung des Department Soziale Arbeit.

Kontakt: [dieter.roeh@haw-hamburg.de](mailto:dieter.roeh@haw-hamburg.de)

### Michael Vogt

Prof. an der HS Coburg für Soziale Arbeit und Gesundheit, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut.

Kontakt: [michael.vogt@hs-coburg.de](mailto:michael.vogt@hs-coburg.de)

### Heinz Wilfing

Prof. für Soziale Arbeit am FH-Campus Wien, Klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut.

Kontakt: [heinz.wilfing@fh-campuswien.ac.at](mailto:heinz.wilfing@fh-campuswien.ac.at)

### Günter Zurhorst

Prof. für Soziale Arbeit an der Hochschule Mittweida, Schwerpunkt Gesundheitsförderung/Prävention.

Kontakt: [zurhorst@htwm.de](mailto:zurhorst@htwm.de)

## Literaturtipp

Eine der ersten Dissertationen zur Klinischen Sozialarbeit wurde von Heinz-Alex Schaub an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg vorgelegt und mit Disputation am 11.02.2010 abgeschlossen. Der Titel der Arbeit:

### Klinische Sozialarbeit – eine soziopsychosomatische Perspektive.

Die kumulative Dissertation umfasst 14 ausgewählte Arbeiten. Acht von ihnen sind jeweils als Erstautor zusammen mit anderen KollegInnen verfasst, die übrigen sind in Alleinautorschaft geschrieben. Ein größerer Beitrag ist ein Buch mit 108 Druckseiten, der weitaus umfangreichste Beitrag eine Monografie mit 254 Druckseiten. Alle Texte gemeinsam werden unter dem o.a. Titel zusammengefasst.

Inhaltlich wird eine über mehr als 20 Jahre währende Entwicklung der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit zur klinischen Sozialarbeit beschrieben, an der der Autor beteiligt war und die sich aus der einseitigen Abhängigkeit von der Medizin gelöst hat und eine auch fachlich weitgehend

eigenständige Disziplin und Profession geworden ist. Der Autor vertritt ein soziopsychosomatisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit und beschreibt die Klinische Sozialarbeit als eine Fachsozialarbeit für soziale Aspekte der Gesundheit und Krankheit. Dies wird besonders deutlich in mehreren Fallstudien, die im Rahmen von Forschungsprojekten erstellt worden sind.

Ferner enthält die Dissertation Aufsätze zur Teamarbeit, in denen deutlich wird, dass der Autor über mehrere Jahre ein Konzept für die Arbeitsweise im Team entwickelt hat und dabei auf die besonderen Arbeitsanforderungen für die Sozialarbeit in der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen im Krankheitsversorgungssystem eingeht. Dieses Teammodell wird auch aus der Perspektive des Supervisors und Coach beschrieben, der das Konzept eines soziopsychosomatischen Gesundheits- und Krankheitsverständnisses vertritt.

### Kontakt zum Autor:

Prof. Dr. med. Dr. phil. H.-A. Schaub  
[ha.schaub@googlemail.com](mailto:ha.schaub@googlemail.com)

## 24./25.09.2010: »Soziale Gesundheit stärken«

Internationale Fachtagung des European Centre for Clinical Social Work (ECCSW) und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB).

### Inhalt und Zielgruppen

Die Tagung dient der Verknüpfung von Praxis, Forschung und Lehre und richtet sich an PraktikerInnen sowie Studierende und Lehrende. Neben den Hauptvorträgen führen die ECCSW-Fachgruppen Workshops zu ihren Schwerpunkten durch. Zusätzliche Pre-Conference-Workshops laden zur Vertiefung spezifischer klinisch-sozialarbeiterischer Kompetenzen ein. Die parallel zur Tagung laufende Postersession präsentiert Ergebnisse aus Best-practice-Projekten und Masterarbeiten.

### Hauptvorträge

- **Holger Schmid (Olten, Schweiz):** Soziale Arbeit und Gesundheit
- **Carola Gold (Berlin):** Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung am Beispiel der Gesundheit sozial benachteiligter älterer Menschen
- **Peter Pantucek (St. Pölten, Österreich):** Lebensqualität im Mittelpunkt – Der Beitrag Sozialer Diagnostik

- **Heiner Keupp (München):** Verwirklichungschancen für ein gesundes Aufwachsen – Die Perspektive des 13. Kinder- und Jugendberichts

### Tagungsworkshops

- 1 Forschung der Sozialarbeit im Gesundheitswesen (Hüttemann)
- 2 Sozialtherapie (Ortmann, Röh)
- 3 Soziale Arbeit und Psychoanalyse (Benz, Klein)
- 4 Sozialraum und Gesundheitsförderung (Wilfing)
- 5 Psychosoziale Beratung (Wüsten, Vogt)
- 6 Psychosoziale Diagnostik (Glemser)
- 7 Forensische Sozialarbeit (Hahn)

### Pre-Conference-Workshops

- A Soziale Diagnostik (Peter Pantucek)
- B Narratives Interview – Biografische Zugänge zu KlientInnen (Hedwig Griesehop)
- C Reflektierte Praxis (Monika Zimmer)

### Informationen

**Veranstaltungsort:** KHSB Berlin  
**Anmeldung und Kontakt:**  
 Tagungsbüro, [tagung2010@eccsw.eu](mailto:tagung2010@eccsw.eu)  
[www.tagung2010.eccsw.eu](http://www.tagung2010.eccsw.eu)

## Wissenschaftlicher Beirat

### Prof. Dr. Peter Buttner

Hochschule München

### Prof. Dr. emer. Wolf Crefeld

Evangel. Fachhochschule Bochum

### Prof. Dr. Peter Dentler

Fachhochschule Kiel

### Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz

Alice-Salomon-Hochschule Berlin

### Prof. Dr. Cornelia Kling-Kirchner

HTWK Leipzig, Fachbereich Sozialwesen

### Prof. Dr. Albert Mühlum

Fachhochschule Heidelberg

### Prof. Dr. Helmut Pauls

Hochschule Coburg

### Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann

Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

### Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst

Hochschule Mittweida

## Impressum

### Herausgeber

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

### Redaktionsteam

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

### Anzeigenakquise

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

### Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«  
 Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit Berlin  
 c/o Uwe Klein, Krankenhaus Hedwigshöhe, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
 Höhensteig 1, 12526 Berlin  
 Tel. 030/6741 2508 ■ Fax 030/6741 2509 oder:  
 Tel. 030/6050 0856 ■ Fax 030/6050 0857  
 Email: [zks-berlin@ipsg.de](mailto:zks-berlin@ipsg.de)

### Layout, Grafik & Schlussredaktion

Ilona Oestreich

### Druck

GREISERDRUCK GmbH & KoKG, 76437 Rastatt

### Erscheinungsweise

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

### ISSN

1861-2466

### Auflagenhöhe

2500

### Copyright

Nachdruck und Vervielfältigungen, 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.

# Fünf Jahre »Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung«

## Die Entwicklung einer klinischen Fachsozialarbeit

Gernot Hahn

Vor fünf Jahren, im September 2005, gingen die Fachverbände ZKS, DGS und DVSG mit einer wissenschaftlichen Zeitschrift »Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung« an den Start. Ziel dieser neuen Publikationsreihe war, einen stetigen Diskurs in der Scientific Community zu etablieren und so die Entwicklung der wissenschaftlichen Grundlagen der Disziplin voranzutreiben. Das Konzept der Zeitschrift war nach zwei Richtungen ausgelegt: (1) Ausformulierung zentraler theoretischer und wissenschaftlicher Themenbereiche Klinischer Sozialarbeit und (2) Beteiligung am Diskurs aktueller Themen im Bereich der Sozialen Arbeit. Anhand der Beiträge in den bislang erschienenen 19 Themenheften ist die Entwicklung der Fachsozialarbeit gut nachvollziehbar. Aus Anlass des fünfjährigen Jubiläums der Zeitschrift sei der fachliche und publizistische Fortschritt hier zusammengefasst.

**State of the art (2005/1-1):** Die Eröffnungsnummer der neuen Publikationsreihe definiert selbstbewusst den Entwicklungsstand der jungen Disziplin. Die Eingewobenheit individueller psychosozialer Gesundheit in soziale Kontexte, deren Abhängigkeit von sozialen Prozessen wie z.B. sozialer Benachteiligung ist Thema des Eröffnungsbeitrags (Zurhorst, 2005) der ersten Ausgabe. Die Thematik fungiert als Folie für das Grundverständnis Klinischer Sozialarbeit hinsichtlich Störungsverständnis, Gegenstandsbestimmung und Interventionsstrategie. Auf Grundlage eines biopsychosozialen Verständnisses von Gesundheit, Störung und Krankheit zielt Klinische Sozialarbeit sowohl auf die direkte Beratung und Behandlung betroffener Einzelpersonen in ihrer konkreten Lebenswelt als auch auf die Veränderung der umweltbezogenen Faktoren. Klinische Sozialarbeit wird dadurch definiert als integrativer und mehrdimensionaler Behandlungsansatz, der die Trennung zwischen Individuum und Gesellschaft überwindet, und als sozialtherapeutische und sozialpolitische Handlungswissenschaft. Die Notwendigkeit solcher umfassenden Strategien im gesundheitswissenschaftlichen Kontext ergibt sich aus der rasanten Entwicklung gesellschaftlicher und ökonomischer Veränderung in der modernen Gesellschaft, die vor allem durch psychosoziale Wirkungsmechanismen weitergegeben werden. Klinische Sozialarbeit

übernimmt dabei die Ergänzung begrenzter biomedizinischer Ansätze, die aus ihrer wissenschaftlichen Orientierung und Tradition heraus sozio-ökonomische und soziale Kontextfaktoren nicht zum Gegenstand ihrer Disziplin gemacht haben.

Ausgehend von diesem Grundverständnis Klinischer Sozialarbeit definieren Pauls und Mühlum (2005) Aufgaben und Zielgruppen, vor allem aber ein Kompetenzprofil der Disziplin. Als Aufgaben werden die Beratung und Begleitung vor allem schwer erreichbarer Klientengruppen beschrieben, die durch konventionelle Hilfeangebote nur unzureichend bzw. überhaupt nicht erreicht werden können. Die Arbeit mit stark marginalisierten Bevölkerungsgruppen mit ethnischer, kultureller und/oder ökonomischer Benachteiligung steht im Mittelpunkt der Handlungswissenschaft, die einer speziellen ExpertInnenschaft, einer besonderen klinischen Kompetenz bedarf. Diese ist gekennzeichnet durch vertiefte Wissensbestände (Erklärungs-, Veränderungs- und Wertewissen), die Entwicklung umfangreicher Interventionsfähigkeiten (z.B. Beziehungsgestaltung, Settinggestaltung, Assessment & Diagnose, Interventionsauswahl, Netzwerkorientierung und -generierung, Case Management, Evaluation und Forschung) und eine spezifische professionelle Haltung (Selbstreflexivität, diagnostische Grundhaltung, Wertschätzung, Empowerment). Je nach Ausprägung dieser Kompetenzen definieren Pauls und Mühlum unterschiedliche Levels Klinischer Kompetenzen, die durch verschiedene Hochschulabschlüsse und den Erwerb konkreter Interventionsfähigkeiten gekennzeichnet sind. Klinische Sozialarbeit wird damit definiert als Spezialisierung innerhalb der Allgemeinen Sozialen Arbeit, die auf den Grundbezügen der Disziplin und Profession beruht und mittels Vertiefung in den Wissens- und Interventionsbereichen als »Fachsozialarbeit in der Sozialen Arbeit« angesiedelt ist. In einem abschließenden Beitrag (Pauls, 2005) wird diese Klinische Kompetenz für den Arbeitsbereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie beschrieben, die z.B. auf die Klärung von Erziehungsfragen, den Umgang mit Multiproblem-Familien, die Förderung sozialer Integration und die Zusammenarbeit mit Einrichtungen und Trägern der Jugendhilfe zielen.

**Klinische Sozialarbeit und Gesundheit (2006/2-1):** Das Zusammenwirken zwischen sozialen Lebensumständen und gesundheitlichem Wohlbefinden ist zentraler Gegenstand Klinischer Sozialarbeit. Diese Grundlage ist Ausgangspunkt für Prävention, Diagnostik, Behandlung und Sozialpolitik. Rutz (2006) und Hedtke-Becker und Hoevens (2006) formulieren dieses Grundverständnis für die Bereiche Sozialpsychiatrie und Krankenhausbehandlung aus. Beide Arbeitsfelder können als exemplarisch dafür angesehen werden, wie notwendig die Zusammenschau sozialer und individueller Prozesse ist. Für die Klinische Sozialarbeit ergibt sich daraus die Notwendigkeit, die Einzelbefunde aus der psychologischen, neurowissenschaftlichen, medizinischen, soziologischen, ethnologischen und angewandten sozialwissenschaftlichen Forschung zusammenzuführen und in einem integrierenden und interdisziplinären Verständnis das Grundgerüst einer Klinischen Sozialarbeitswissenschaft auszuformulieren. Die Berufstätigkeit Klinischer SozialarbeiterInnen bedarf dazu der Einbindung in die rechtlichen Bestimmungen: dies muss erreicht werden durch eine Berücksichtigung Klinischer Sozialarbeit in die Heilkunderechtlichen Regelungen (Crefeld, 2006) und durch die rechtliche Absicherung bzw. Betonung von Präventionsansätzen der Gesundheitsförderung, bspw. durch ein Präventionsgesetz (Hahn, 2006).

**Psychosoziale Diagnostik (2006/2-2):** In der ersten Ausgabe der Zeitschrift wurden Klinische Basiskompetenzen definiert. Diese sind u.a. im Bereich des Assessment und der Diagnostik angesiedelt. Nur was professionell wahrgenommen wird, kann auch Gegenstand der professionellen Intervention werden. Psychosoziale Diagnostik ist dem ethischen Prinzip Sozialer Arbeit entsprechend dadurch gekennzeichnet, die Selbstdeutungsmuster der KlientInnen zu respektieren und diese durch fachliche Einschätzung zu ergänzen. Diesem Grundverständnis folgend können dann gemeinsame Problemdefinitionen entwickelt und Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden. Pantucek (2006) greift diese Thematik im Eröffnungsbeitrag der Aprilausgabe 2006 auf und stellt konkrete Diagnoseverfahren und -techniken vor, die eine derartige diagnostische Arbeit (z.B. Person-In-Environment-Klassifikations-

system sozialer Probleme, Netzwerkdiagnose, Inklusions-Chart) ermöglichen. Die große Bedeutung der Zielgruppenspezifität diagnostischer Verfahren belegt Laging (2006) und bricht damit die grundlegenden Überlegungen Pantuceks in den Anwendungsbereich eines spezifischen Arbeitsfeldes und einer konkreten Zielgruppe (Suchtprävention bei Jugendlichen) herunter. Zentrale Elemente des zur Diskussion vorgeschlagenen und in einer eigenen Studie überprüften Ansatzes sind Früherkennung von Suchtgefährdung durch Selbsteinschätzung, das soziale Umfeld und die Definition von Risikogruppen. Das speziell auf diese Zielgruppe bezogene Assessmentverfahren zielt auf psychische, soziale und problembezogene Faktoren und machte diese Ebenen so zugänglich für unterschiedliche Interventionsansätze in Prävention und – wo nötig – Behandlung. Die Bedeutung der historischen Ebene aktueller Problemlagen beschreibt Schulze (2006). Die Verwurzelung aktueller Lebensumstände und -probleme in der Biografie und v.a. deren Selbstdeutung durch die KlientInnen wird durch einen biografiethoretischen Zugang Klinischer Sozialarbeit darstellbar. Als zentrales Wirkmoment gilt hier, durch die Entdeckung bzw. Rekonstruktion lebensgeschichtlicher Zusammenhänge einen neuen Blick auf krisenhafte Entwicklungen und deren Zuspitzung, aber auch auf verborgene (vergessene) Lösungsmöglichkeiten zu lenken. »Das Psychische« erfährt durch diese biografiethoretische Konzeptualisierung eine soziale und geschichtliche Dimension und entspricht damit beispielhaft dem bio-psycho-sozialen Paradigma Klinischer Sozialarbeit. Die Kompetenz biografiethoretischen Fallverstehens bedarf auch hier der Vermittlung entsprechender Fähigkeiten und einer steten Verschränkung von Praxis und Theorie.

**Psychosoziale Behandlung (2006/2-3):** Aufbauend auf den diagnostischen Grundlagen des Aprilheftes werden mit Heft 3 dieses Jahrgangs Schwerpunkte der psychosozialen Behandlung abgeleitet. Dies geschieht mit den Beiträgen von Rauffleisch (2006), Schäfer und Sachsse (2006) sowie Zurhorst (2006) beispielhaft für die Dimension der psychoanalytischen Wurzeln Sozialer Arbeit, die Bedeutung von Selbsthilfemaßnahmen und die Ausbildung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Grundprinzipien der vorgestellten Behandlungsbereiche sind die Gleichzeitigkeit psychischer und sozialer Prozesse (Arbeit an der sozialen Realität und an der psychischen Dynamik), die Bedeutung von Selbsthilfemechanismen bei der Bewältigung struktureller psychischer Störungen und die Vernetzung individueller (Selbst-)Hilfemaßnahmen mit sozialen Netzwerkfaktoren. Für den Bereich der Kin-

der- und Jugendlichenpsychotherapie ergibt sich die Forderung nach einer vertieften Vermittlung von Wissens- und Interventionsbeständen, die am ehesten im Rahmen von Masterprogrammen erfolgen kann.

**Clinical Social Work in den USA (2006/2-4):** Die Entwicklung der Clinical Social Work in den USA ist ein zentraler Bezugspunkt der Bemühungen um die Etablierung Klinischer Sozialarbeit in Deutschland. Die Entwicklungsgeschichte der professionellen Clinical Social Work ist eng mit einzelnen Personen, deren Arbeit in speziellen Arbeitsfeldern und Forschungstätigkeit verknüpft. Auf Grundlage dieser Basisarbeit entstanden in einem langfristigen Entwicklungsprozess die Definition von Theorie und Methodik der Fachwissenschaft und schließlich die Organisation der im klinischen Feld tätigen Sozialarbeiter mit berufs-, sozial- und gesundheitspolitischer Verknüpfung. Graziano (2006) zeichnet diesen Entwicklungsweg nach, der auch durch konflikthafte Auseinandersetzungen um methodische Ansätze, das Bild von Mensch und Gesellschaft und die Positionierung der Sozialen Arbeit geprägt war. Zumindest in diesem letzten Punkt ergibt sich eine Parallele zur Situation in Deutschland: die Etablierung Klinischer Sozialarbeit ist ein oft konflikthafter Prozess, ausgetragen zwischen den Polen einer sich als generalistisch verstehenden Sozialarbeit (z.B. DBSH) und einer für Spezialisierung und Professionalisierung argumentierenden Sozialarbeit (z.B. DGSA, DVSG). Das Resultat der US-amerikanischen Entwicklung sind verbindliche Standards, herausgegeben vom zentralen Fachverband für Clinical Social Work (ABECSW, 2006). Dentler (2006) hinterlegt die im Themenheft dargestellte Entwicklung in den USA mit der Fragestellung, welche Perspektiven sich daraus für die Klinische Sozialarbeit in Deutschland ableiten lassen. Er plädiert für eine neue Ausbildungsstruktur im Sinn einer »continuing education«, die sich an klinisch-sozialarbeiterischen Themen und Methoden orientieren muss und so auch der Auflösung sozialarbeiterischer Profession und Identität durch Weiterbildungs- und Spezialisierungsbeliebigkeit entgegenwirkt. Dabei scheint die bloße Übernahme der US-amerikanischen Strukturen nicht sinnvoll und auch nicht möglich. Die Spezifität der deutschen Landschaft Sozialer Arbeit und der gesellschaftlichen Strukturen und Problembereiche bedarf der eigenständigen Auseinandersetzung. Zentrale Elemente der amerikanischen Entwicklung wie Standardisierung der Aus- und Weiterbildung, Zertifizierung und die Entwicklung von methodischen Standards können dabei Pate stehen.

**Resilienz (2007/3-1):** Klinische Sozialarbeit fokussiert auf Aspekte der Selbstheilung und Selbstwirksamkeit ihrer KlientInnen. Dieser Aspekt ist in den Schlagworten der »Hilfe zur Selbsthilfe« bzw. im Empowermentansatz (»Selbstbefähigung fördern«) ausgedrückt. Die Ergebnisse der Resilienzforschung bilden ein fundiertes theoretisches Gerüst für die Wissenschaft und Praxis Klinischer Sozialarbeit. Ausgehend vom biopsychosozialen Verständnis der Disziplin haben »innere« Ressourcen (Fähigkeiten, biologische Faktoren, Wissen, Emotionen) und »äußere« Merkmale (Qualität und Struktur sozialer Netzwerke, soziale Unterstützung) eine zentrale Bedeutung für die professionelle Intervention: dort wo Ressourcen entdeckt werden (ressourcenorientierte Diagnostik), sind diese zugänglich für Förderung und Reaktivierung (Empowerment). Weitergehende professionelle Interventionen sind diesem Ansatz zugeordnet und fördern letztlich immer die (Selbst-)Bewältigungsmöglichkeiten der KlientInnen (Psychoedukation, Beratung, Psycho- und Sozialtherapie, Erschließen von Hilfen etc.). Hildenbrand (2007) und Bosshard (2007) stellen die konkrete Umsetzung der Resilienzforschung in den Arbeitsbereichen »Pflegerkinder und -familien«, sowie »chronisch psychisch kranke und drogenabhängige Menschen« vor. Diese Praxisbeschreibung ist exemplarisch für viele Arbeitsfelder Klinischer Sozialarbeit. Die hier begonnene Dokumentation der Ressourcenorientierung in unterschiedlichen Arbeitsfeldern ist zwischenzeitlich durch weitere Publikationen (Gahleitner & Hahn, 2008) fortgesetzt worden.

**Sozialarbeit als forschende Disziplin (2007/3-2):** Mit der Aprilausgabe des dritten Jahrgangs beteiligt sich die Zeitschrift am aktuellen Diskurs um Notwendigkeit, Strategien und Praxis der Sozialarbeitsforschung in Deutschland. Entlang exemplarischer wissenschaftlicher Paradigmen Klinischer Sozialarbeit (Zusammenhang psychischer und sozialer Prozesse, Biografiethorie, Salutogenese) präsentieren sich aktuelle Forschungsarbeiten aus der klinischen Scientific Community. Dabei zeigt sich, dass die allgemeinen Forschungsparadigmen angewandter Sozialforschung für unterschiedliche Zielgruppen und Fragestellungen nutzbar sind: Bedeutung sozialer Unterstützung bei chronisch-neurologischen Erkrankungen (Dettmers & Spreng, 2007), Jugendliche Delinquenz als intergeneratives Phänomen (Loch, 2007) und Aspekte der Salutogenese bei rückfallfreien Sexualstraftätern (Hahn, 2007). Die Möglichkeiten der Sozialarbeitsforschung wurden seit Veröffentlichung der Schwerpunktausgabe »Sozialarbeit als forschende Disziplin« im Kontext Klini-

scher Sozialarbeit in einer Vielzahl von Publikationen vertieft (z.B. Gahleitner & Hahn, 2009).

**Klinische Sozialarbeit in Europa (2007/3-3):** Die Entwicklungsnotwendigkeit einer sich klinisch verstehenden Sozialarbeit ist nicht auf nationale Grenzen beschränkt. Die Öffnung des Bildungsraums Europa durch den Bolognaprozess stieß auf der gesamten europäischen Ebene Entwicklungen in der Differenzierung der Aus- und Weiterbildung an. Diese Entwicklungen fußen letztlich auch auf der dramatischen gesellschaftlichen Veränderung, der wirtschaftlichen und technischen Komplexität moderner Gesellschaften und der daraus entstandenen und weiterhin entstehenden individuellen Problemlagen. Einige dieser Entwicklungen werden für die Schweiz (Hüttemann et al., 2007), Österreich (Wilfing, 2007) und im Zusammenhang eines finnisch-deutschen Kooperativen Studienprojekts (Geißler-Piltz & Gerull, 2007) vorgestellt. Zeitgleich mit der Publikation des Europaheftes erfolgte die Gründung des »European Centre For Clinical Social Work – ECCSW«, eines Fachverbandes, der die internationalen Aspekte der Klinischen Sozialarbeit betonen und weiter entwickeln möchte ([www.eccsw.eu](http://www.eccsw.eu)).

**Bindungs- und Beziehungsarbeit in der Klinischen Sozialarbeit (2007/3-4):** Bindungstheoretische Ansätze sind für die Beratung und Behandlung eine zentrale Grundlage. Sie dienen der Erklärung der Beziehungsmuster ihrer KlientInnen und sind Ausgangspunkt für eine professionelle Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit. Oft finden sich Parallelen zwischen den Erfahrungen in der frühkindlichen Entwicklung und den aktuellen Beziehungsbedürfnissen und sozialen Fähigkeiten ihrer KlientInnen (Gahleitner, 2007); die Interaktion zwischen SozialarbeiterInnen und KlientInnen stellt die Bühne für neue Erfahrungen und Entwicklungen dar. Dabei spielt neben der Kenntnis entwicklungstheoretischer Befunde die fachliche Intuition, was in der aktuellen Beziehung vor dem Hintergrund der Kontextfaktoren zum Gegenstand werden kann, eine große Rolle (Großmaß, 2007). Anhand zweier Beispiele (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie; Musik- und Tanztherapie mit körperbehinderten Erwachsenen) stellen Fröhlich-Gildhoff (2007) sowie Weil, Senn und Hinze (2007) unterschiedliche Beziehungsbedürfnisse, Fähigkeiten und Entwicklungsbedarfe der KlientInnen Klinischer Sozialarbeit dar. In der Praxis bedeutet das, die professionelle Beziehungsgestaltung, die Passung zwischen TherapeutInnen und KlientInnen dem jeweiligen Setting anzupassen. Interpersonale Kompetenzen stellen demnach einen besonderen Schwerpunkt in der Ausbildung Klinischer SozialarbeiterInnen dar.

**Professionalisierungsdebatte in der Klinischen Sozialarbeit (2008/4-1):** Sozialarbeit ist im Vergleich zu anderen (akademischen) Berufen weniger standardisierbar und rationalisierbar. Professionalität konstruiert sich stattdessen stärker in Interaktion und Beziehung. Die Professionalisierung der Klinischen Sozialarbeit findet so im Spannungsfeld von Theorieorientierung und Fallorientierung statt. Mühlum (2008) skizziert vor diesem Hintergrund den Weg der Klinischen Sozialarbeit zur Fachsozialarbeit: Wandel der Versorgungssysteme; Zunahme vulnerabler Personen und Gruppen; eigenständige akademische Ausbildung (Master); Entwicklung von Standards; Fachlevel Klinischer Sozialarbeit, die durch Zertifizierung und Lizenzierung kontrolliert und gewährleistet werden. Einen konkreten Vorschlag, wie unterschiedliche fachliche Level aufeinander abgestimmt sein können, unterbreiten Pauls und Gahleitner (2008): Aufbauend auf vier Ebenen professionellen Könnens und Wissens (Assessment/Diagnose, Interventionsplanung, Intervention, Evaluation) definieren sie drei unterschiedliche Levels der Qualifikation mit je bestimmten Befähigungen und Befugnissen: Praktiker-Level, Fachsozialarbeits-Level und Ausbilder-/Supervisor-Level.

**Klinische Sozialarbeit und Täterbehandlung (2008/4-2):** Klinische Sozialarbeit wendet sich in besonderem Maße

stark marginalisierten KlientInnengruppen zu, die oft durch konventionelle Beratungs- und Therapieangebote nicht erreicht werden können. Beratung und Behandlung von straffälligen Menschen entspricht diesem Paradigma in einer besonderen Weise. Der Zwangskontext jeder Intervention wirkt auf alle Ebenen der professionellen Arbeit (Diagnostik, Interventionsplanung, Zielformulierung, Evaluation) ein, was Konsequenzen für die Methodik (Cornel, 2008), die Netzwerkorientierung (z.B. Einbeziehung von Angehörigen; Kawamura-Reindl, 2008) und die dafür notwendige fachliche Ausbildung (Steffes-enn, 2008) mit sich bringt. Die Professionalisierung des Arbeitsfeldes Straffälligenhilfe (entlang der o.a. Levels) bietet mit diesen Merkmalen die Entwicklungschance einer Vertiefungsrichtung innerhalb der Klinischen Sozialarbeit (»Forensische Sozialarbeit«). Dieser Thematik widmet sich seit 2010 eine »Fachgruppe Forensische Sozialarbeit« innerhalb des European Centre For Clinical Social Work – ECCSW.

**Klinische Sozialarbeit und Sozialraum (2008/4-3):** Klinische Sozialarbeit fokussiert auf der Grundlage eines bio-psycho-sozialen Störungsverständnisses auf die Person in ihrer Umwelt. Dieser Ansatz legt nahe, die Strategien der sozialraumorientierten Sozialen Arbeit auf die Klinische Sozialarbeit zu übertragen bzw. dem Leitsatz Rechnung zu tragen, dass

#### ANZEIGE

Wir suchen ab sofort in einer **Akutklinik im Raum Stuttgart** eine/n

### **Dipl.-Sozialarbeiter/in Dipl.-Sozialpädagogen/in (FH)**

Die MediClin Gruppe ist mit 33 Klinikbetrieben, 7 Pflegeeinrichtungen und 10 Medizinischen Versorgungszentren in 11 Bundesländern einer der führenden privaten Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland.

Wir suchen eine engagierte Persönlichkeit mit Empathie, die ein hohes Maß an Kommunikations- und Konfliktfähigkeit und gute Kenntnisse im Sozial- und Rehabilitationswesen mitbringt. Wir erwarten Eigeninitiative, selbständiges Arbeiten, Teamfähigkeit und Belastbarkeit. Wir wünschen uns Interesse an interdisziplinärer Zusammenarbeit in einem qualifizierten Team und Erfahrungen in der klinischen Sozialarbeit.

Wir bieten eine der Aufgabe entsprechende Vergütung sowie die Vorteile, die sich aus der Mitarbeit in einem großen privaten Klinikkonzern ergeben.

#### **Kontakt:**

MediClin Zentralverwaltung  
Frau Anja Lamm, Personalabteilung  
Okenstraße 27, 77652 Offenburg  
Tel: 0781/488-247  
E-Mail: [anja.lamm@mediclin.de](mailto:anja.lamm@mediclin.de)

[www.mediclin.de](http://www.mediclin.de)



der »klinische« und der »sozialräumliche« Blick nicht voneinander zu trennen sind. Die Interventionen einer derartigen Sozialen Arbeit zielen auf eine Änderung des Verhaltens und die Veränderung der Verhältnisse. Auf beide Interventionsebenen weisen Karlsruh (2008) und Keil (2008) hin, wobei auch die Ebene der Sozialpolitik als Bühne Klinischer Sozialarbeit benannt wird. Klinisch-sozialräumliche Beratungs- und Behandlungsstrategien nutzen konsequent die dem Individuum zur Verfügung stehenden internalen und externalen Ressourcen, versuchen diese zu benennen, zu aktivieren und zu fördern. Roessler (2008) betont die Bezüge der systemisch-lösungsfokussierten Ansätze, die den Einzelnen befähigen, durch Wahrnehmung der eigenen Lebensexpertise Entwicklungen der Persönlichkeit und des Verhaltens und der Umwelt realisieren zu können. In einem umfassenden Sinn (so Fürst, 2008) zielt ein solches Störungs- und Interventionsverständnis auf drei Ebenen: (1) die Unterstützung der Klientel, (2) die fallbezogene Veränderung der Kontextfaktoren und (3) die fallunabhängige und -übergreifende Optimierung der sozialen Infrastruktur.

**Klinische Sozialarbeit und Neurowissenschaften (2008/4-4):** Der Hunger nach neurowissenschaftlichen Erkenntnissen in den Humanwissenschaften ist seit geraumer Zeit sehr groß und macht auch vor den angewandten Sozialwissenschaften nicht halt. Dabei geht es nicht um die vorschnelle Absicherung psychosozialer Fragestellungen durch vermeintlich »seriösere« (naturwissenschaftliche) Wissenschaft, sondern um die Integration neuer Wissensbestände in die sozial- und handlungswissenschaftlichen Zusammenhänge. In der Oktoberausgabe 2008 wird dies, bezogen auf drei Praxisbereiche (Personenzentrierte Psychotherapie, Behandlung von Straftätern und berufliche Rehabilitation von Epilepsie-PatientInnen) umgesetzt. Lux (2008) benennt einige neurowissenschaftliche (hier: hormonelle) Korrelate, die ihre Entsprechung in bindungstheoretischen Konzepten, wie sie in der Psychotherapie von Bedeutung sind, finden. Auch Stiels-Glenn (2008) gibt v.a. die Entsprechung neurowissenschaftlicher Erkenntnisse und bindungstheoretischer Ansätze an, insbesondere der Konsequenzen für Beratung und Behandlung, die demnach langfristig und auf Grundlage einer echten, emphatischen Beziehung angesiedelt sein müssen. Fetscher (2008) fokussiert auf den Zusammenhang zwischen Hirnerkrankung, Auffälligkeiten in der sozialen Kognition und Prozesse beruflicher Exklusion. Die auf Grundlage der Zusammenschau dieser drei Bereiche erarbeiteten Behandlungsvorschläge zielen auf eine Erweiterung Klinischer

Sozialarbeit um neurowissenschaftliche Aspekte und eine umfassende Professionalisierung Sozialer Arbeit.

**Psychosoziale Traumarbeit (2009/5-1):** Klinische Sozialarbeit zielt auf Beteiligung, Selbstbefähigung, Chancengleichheit. Diese Begriffe sind um weitere an Teilhabe und Selbstverwirklichung orientierte Zielsetzungen zu ergänzen und an einer demokratischen und emanzipatorischen Grundhaltung Sozialer Arbeit ausgerichtet. Die Arbeit mit traumatisierten Menschen ist hier als individuell-therapeutischer und gesellschaftlicher Gegenentwurf zum erlebten Trauma (als Ohnmacht, Missbrauch, Vernachlässigung) konzeptioniert. Als immer auch kritisch-selbstreflexive Haltung identifiziert Klinische Sozialarbeit Machtphänomene in Institutionen wie auch Beratungs- und Behandlungsprozessen und zielt darauf, diese abzubauen. In diesem Sinn sind die komplexen Aufgabenfelder (Gahleitner & Schulze, 2009; Rumpelstin, 2009; Becker & Overkamp, 2009) Klinischer Sozialarbeit mit ihren inhärenten Gewalt- und Machtebenen (Arbeit mit selbstverletzenden PatientInnen, mit traumatisierten PatientInnen, mit lebensbedrohlich erkrankten Menschen etc.) beispielhaft bzgl. Fokussierung auf System- und KlientInnenebene, Fallführung, psycho-soziale Orientierung und Selbstreflexivität.

**Krisen- und Krisenintervention (2009/5-2):** Akute psycho-soziale Krisen scheinen in ihrer Unmittelbarkeit die fachlichen Grundlagen von Assessment, Diagnose, Interventionsplanung und -durchführung außer Kraft zu setzen. Umso wichtiger ist die fachlich-theoretische und methodische Ausgestaltung in der Arbeit mit akut krisenhaften KlientInnen. Grundzüge einer Krisentheorie finden sich in der Arbeit von Krisendienstern (Bohner & Dehner, 2009), die nach dem Hintergrund der Krise (z.B. traumabezogenen oder interkulturellen Aspekten) fragen und sich auf unterschiedliche KlientInnengruppen einstellen. Krisenerfahrung und -bewältigung können auch Bausteine für Persönlichkeitsentwicklung und Widerstandsfähigkeit sein. Geßner (2009) untersucht das Bewältigungsverhalten von Kindern krebserkrankter Eltern. Der beispielhafte Denk- und Forschungsansatz ermöglicht eine an protektiven Faktoren orientierte Beratungs- und Behandlungsgestaltung und dürfte auf eine Vielzahl von Arbeitsfeldern und Krisensituationen übertragbar sein. Als zentraler Wirkfaktor in der Krisenarbeit gilt die Sprache. Michulitz und Garten (2009) beschreiben »Metaphern der Trauer« als sprachliche Konstruktionen von betroffenen Angehörigen in Trauerprozessen. Die hier vorgestellte Methodik der Metaphernanalyse ist eine Form der sensiblen Wahrnehmung von emotionalen Prozessen und Ausgangspunkt für eine sensible

Form der Beratung und Begleitung – ein Ansatz, der sich auf jede Form der Krisenbewältigung übertragen lässt.

**Soziale Gerontologie (2009/5-3):** Mit diesem Schwerpunkttheft erfolgt die Integration der Sozialen Gerontologie in die Klinische Sozialarbeit. Die Merkmale sind auch hier der rasche gesellschaftliche Wandel, die nur in Teilen vollzogene Abkehr von der Risiko- und Defizitorientierung hin zu einer Wahrnehmung des Alters als produktivem Lebensabschnitt, die Ausdifferenzierung der Diagnostik und der Methoden. Richter (2009) schlägt den Bogen zur biografieorientierten Arbeit als Chance der Neubewertung von (auch kritischen) Lebensereignissen. Der Zugang liegt hier im dialogischen Prinzip des »Erzählens im Alter« – ein Motiv, das in der modernen Gesellschaft auch als Gegenentwurf zu rasanten Abläufen und kurzfristigen Einschätzungen und Maßnahmen wirkt. Tümena und de Fallois (2009) geben mit der Forschung in der geriatrischen Qualitätssicherung ein Beispiel, wie Evaluationsforschung Wirkeffekte messen kann und gleichzeitig Antworten auf die Frage nach der Verbesserung von Interventionsformen geben kann. Angesichts des Zuwachses älterer Bevölkerungsgruppen in unserer Gesellschaft liegt in der Sozialen Gerontologie eine Zukunftsaufgabe für die Klinische Sozialarbeit, deren fachlich-methodische Expertise und berufspolitische Positionierung stärker entwickelt werden müssen.

**Interventionskompetenz (2009/5-4):** Die Oktoberausgabe 2009 ist fachlich-methodischen Aspekten in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern Suchtprävention (Schmid & Wüsten, 2009), Therapeutische Jugendwohngruppen (Gahleitner et al., 2009) und Jugendhilfe und Gesundheitsversorgung (Borg-Laufs, 2009) gewidmet. Interventionskompetenz ist in den einzelnen Beiträgen nicht als psychosoziale Technik konzipiert, sondern sieht sich selbst in einem Beziehungsgefüge und hinterfragt kritisch-prozesshaft die daraus entstehende Dynamik einschließlich der Frage nach der Wirksamkeit der Intervention. Die Interventionskompetenz für unterschiedliche Aufgaben- und Arbeitsfelder Klinischer Sozialarbeit wird in ersten Beiträgen und Sammelbänden (Gahleitner & Hahn, 2008) beschrieben, bedarf allerdings noch der systematischen Ausarbeitung. Die Zeitschrift »Klinische Sozialarbeit« setzt diese Aufgabe bislang durch eine Reihe von Themenschwerpunkten (Täterbehandlung, Soziale Gerontologie, Psychiatrie etc.) um und wird sukzessive die enorme Bandbreite Klinischer Arbeitsfelder ausformulieren.

**Reflektierte Praxis (2010/6-1):** Klinische Sozialarbeit ist die Umsetzung theoretisch-methodischer Handlungswissenschaft in den Praxisfeldern. Die Analyse der Praxisfelder ergibt wiederum Grund-

lagen für die weitere Theorieentwicklung und Ausformulierung der wissenschaftlichen Grundlagen der Profession und Disziplin. Klein (2010) und Hahn (2010) stellen im ersten Heft des aktuellen Jahrgangs beide Ansatzpunkte an exemplarischen Beiträgen vor: beide Beispiele beziehen sich auf die Entwicklung methodischer Ansätze aus der feldspezifischen Forschung und illustrieren, wie zwischen universitärer Ausbildung und Entwicklung der Handlungskompetenz im Anwendungsfeld die Professionalisierung Klinischer Sozialarbeit umgesetzt werden kann. Zentrales Prinzip dieses Entwicklungsprozesses ist die Verschränkung von Praxis (als Methodenanwendung), Forschung und Theorieentwicklung/Lehre.

**Klinische Sozialarbeit und Psychiatrie (2010/6-2):** Die Arbeit in psychiatrischen Institutionen als ein Kerngebiet Klinischer Sozialarbeit ist Gegenstand des jüngsten Heftes. Ressourcenorientierung, emanzipatorische Grundprinzipien, wissenschaftlich-theoretische Fundierung, Orientierung an der aktuellen Situation und der Umgebung der KlientInnen, lebenswelt-orientierte Intervention, Ressourcenaktivierung, soziale Netzwerkarbeit, Normalisierungsprinzip, Inklusion – die Liste der Basisbegriffe Klinischer Sozialarbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie ist noch weiterzuführen und steht stellvertretend für die gesamte Fachsozialarbeit. Die Beiträge beleuchten den allmählichen Paradigmenwechsel in der Forensischen Psychiatrie »vom Rechtsbrecher zum Experten« (Persy, 2010) – vorangetrieben v.a. von VertreterInnen der Sozialen Arbeit –, diagnostische Randgruppen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Bilke & Hellenschmidt, 2010) und die gesellschaftlichen Inklusionschancen für chronisch psychisch Kranke in kirchlichen Gemeinden (Gollnow, 2010). Die Beiträge des aktuellen Heftes, aber auch hervorragende Lehrbücher zur Thematik (Bosshard et al., 2010) belegen, dass die Expertise Klinischer Sozialarbeit in diesem Arbeitsfeld in einem besonderen Maße entwickelt und damit beispielhaft für die gesamte Fachsozialarbeit ist.

Die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit auf wissenschaftlich-theoretischer, praktischer und berufspolitischer Ebene ist an die Arbeit verschiedener Fachverbände geknüpft. Seit 2007 bündelt das European Centre For Clinical Social Work – ECCSW (www.eccsw.eu) die unterschiedlichen Entwicklungsstränge und fördert den Diskurs auch auf europäischer Ebene. In acht Fachgruppen werden in einem stetigen Prozess drängende Fragen der fachlichen Entwicklung und Professionalisierung weiterentwickelt. Aus der Arbeit dieser Fachgruppen stammt die nachfolgende Darstellung der inhaltlichen Schwerpunkte zu den einzelnen Fachthemen.

## Literatur

- American Board of Examiners in Clinical Social Work (ABECSW) (2006). Brief History of Clinical Social Work Psychoanalysis. 2(4), 9.
- American Board of Examiners in Clinical Social Work (ABECSW) (2006). Nature of Specialty Practice with Children. 2(4), 10-11.
- Becker, T. & Overkamp, B. (2009). Organisierte und Rituelle Gewalt. 5(1), 10-12.
- Bilke, O. & Hellenschmidt, T. (2010). Bipolare Störungen und jugendliche Manie – kaum beachtet im psychosozialen Feld. 6(2), 7-9.
- Bohnert, R. & Dehner, H. (2009). Krisen halten sich an keine Sprechzeiten. 5(2), 4-5.
- Borg-Laufs, M. (2009). Therapie im Kontext: Überlegungen zur Überwindung des »treatment gap« zwischen Jugendhilfe und Gesundheitsversorgung. 5(4), 9-10.
- Bosshard, M. (2007). Die Entdeckung von Bildungserfahrungen als Quelle neuer Hoffnungen. Wie orientiert man sich an Ressourcen? 3(1), 7-10.
- Bosshard, M., Ebert, U. & Lazarus, H. (Hrsg.) (2010). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (4. vollst. überarb. Aufl.). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Cornel, H. (2008). Die Bedeutung des Zwangskontextes in der Sozialen Arbeit mit Delinquenten. 4(2), 4-6.
- Crefeld, W. (2006). Zur heilkundlichen Tätigkeit von Sozialarbeiterinnen. 2(1), 8-10.
- Dentler, P. (2006). »Clinical Social Work« in den USA und Perspektiven für Deutschland? 2(4), 4-6.
- Dettmers, S. & Spreng, G. (2007). Klinische Sozialarbeit bei chronischer Erkrankung. Zwei Studien zur Bedeutung Sozialer Unterstützung bei chronisch-neurologischen Erkrankungen. 3(2), 4-7.
- Fetscher, K. (2008). Die Bedeutung neurowissenschaftlicher Aspekte in der Klinischen Sozialarbeit – am Beispiel der beruflichen Eingliederung von Menschen mit einer mesialen Temporallappenepilepsie (mTLE). 4(4), 10-12.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. 3(4), 9-11.
- Fürst, R. (2008). Klinische Sozialarbeit in Österreich – Quo vadis? 4(3), 11-12.
- Gahleitner, S. B. (2007). Überlegungen zur Bindungstheorie. als Ausgangspunkt für eine professionelle Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit. 3(4), 4-6.
- Gahleitner, S. & Hahn, G. (Hrsg.) (2008). *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder*. Bonn: Psychiatrie Verlag. (Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. 1.)
- Gahleitner, S. & Hahn, G. (Hrsg.) (2009). *Klinische Sozialarbeit. Forschung aus der Praxis, Forschung für die Praxis*. Bonn: Psychiatrie Verlag. (Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. 2.)
- Gahleitner, S. B., Krause, B. & Rosemeier, C.-P. (2009). Komplexe Anforderungsprofile: Ergebnisse aus einer Katamnesestudie Therapeutischer Jugendwohngruppen. 5(4), 6-8.
- Gahleitner, S. B. & Schulze, H. (2009). Psychosoziale Traumatomologie – eine Herausforderung für die Soziale Arbeit. 5(1), 4-7.
- Geißler-Piltz, B. & Gerull, S. (2007). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. 3(3), 10-12.
- Geßner, C. (2009). Kinder krebserkrankter Eltern. Welche inneren und äußeren Ressourcen nutzen Kinder zur Bewältigung einer solchen Belastungssituation? 5(2), 6-8.
- Gollnow, M. (2010). Kirchengemeinden als Solidargemeinschaften. Eine Inklusionsoption für psychisch beeinträchtigte Menschen. 6(2), 10-12.
- Graziano, R. (2006). Clinical Social Work Practice in the U.S.: A Brief History of the Past 100 Years. 2(4), 7-8.
- Großmaß, R. (2007). Beziehungsgestaltung in der Beratung. 3(4), 7-8.
- Hahn, G. (2006). Gesundheitsförderung braucht ein Gesetz. Das Präventionsgesetz – eine Chance für die Klinische Sozialarbeit. 2(1), 10-11.
- Hahn, G. (2007). Rückfallfreie Sexualstraftäter. Protektive Faktoren bei ehemaligen Maßregelpatienten. 3(2), 10-11.
- Hahn, G. (2010). Ambulante Nachsorge psychisch und suchtkranker StraftäterInnen in Deutschland. Stichtagserhebung »Forensische Fachambulanzen 2009«. 6(1), 8-12.
- Hedtke-Becker, A. & Hoevels, R. (2006). Instrumente, Interventionen und Strategien für die Klinische Sozialarbeit. Ergebnisse aus dem multiprofessionellen Arbeitsmodell KISMED. 2(1), 5-8.
- Hildenbrand, B. (2007). Pflegefamilien als Ort der Entwicklung von Resilienz. 3(1), 4-6.
- Hüttemann, M., Fetscher, K. & Leuthold, B. (2007). Klinische Sozialarbeit als forschungsbasierte Intervention. Internationale Perspektiven forschungsbasierter Praxis und die Situation Klinischer Sozialarbeit in der Schweiz. 3(3), 6-9.
- Karlusch, H. (2008). Sozialraumsensible Klinische Sozialarbeit. Und was macht der Raum mit uns? 4(3), 4-6.
- Kawamura-Reindl, G. (2008). Unabsichtlich mitbestraft – Angehörige Inhaftierter. 4(2), 7-8.
- Keil, S. (2008). Zur Sozialraumorientierung Klinischer Sozialarbeit. 4(3), 6-7.
- Klein, U. (2010). »Eltern und Kinder im Mittelpunkt«. Eine Konzeption zur Beratung und Begleitung psychisch kranker und suchtkrankter Eltern mit Kindern unter 18 Jahren. 6(1), 4-7.
- Laging, M. (2006). Assessments in der sekundären Suchtprävention bei Jugendlichen. 2(2), 8-10.
- Loch, U. (2007). Jugendliche Delinquenz als intergenerationaler Problemlösungsversuch. Ergebnisse einer Mehrgenerationenstudie. 3(2), -9.
- Lux, M. (2008). Neurowissenschaftliche Aspekte Personenzentrierter Psychotherapie und Beratung. 4(4), 4-7.
- Michulitz, S. & Garten, T. (2009). Metaphern der Trauer. Sprachliche Konstruktionen von betroffenen Angehörigen und Überlegungen zu deren Beratung in der Sozialen Arbeit. 5(2), 9-12.
- Mühlum, A. (2008). Auf dem Weg zur Profession: Klinische Sozialarbeit – Fachsozialarbeit. 4(1), 4-5.
- Pantucek, P. (2006). Soziale Diagnostik. 2(2), 4-8.
- Pauls, H. (2005). Klinische Sozialarbeit und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. 1(1), 9-11.
- Pauls, H. & Gahleitner, S. B. (2008). Progressive Levels der professionellen Kompetenz in Klinischer Sozialarbeit. 4(1), 6-12.
- Pauls, H. & Mühlum, A. (2005). Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit. 1(1), 6-9.
- Persy, J. (2010). Vom Rechtsbrecher zum Experten. Eine transdisziplinäre Patientenbefragung im Maßregelvollzug. 6(2), 4-6.
- Rauchfleisch, U. (2006). Psychoanalytische Sozialarbeit mit dem bifokalen Behandlungsmodell. 2(3), 4-7.
- Richter, S. (2009). Erzählen im Alter – eine Form diagnostischen Arbeitens in der Klinischen Sozialarbeit. 5(3), 4-8.
- Roessler, M. (2008). Sozialraumorientierte und Klinische Sozialarbeit im Dialog. 4(3), 8-9.
- Rumpeltin, A. (2009). Trauma und (Ohn-)Macht – Machtphänomene in Kliniken und ihre Auswirkung auf PatientInnen in der Onkologie. 5(1), 8-10.
- Rutz, W. (2006). Mental Health Promotion in Times of Transition. 2(1), 4-5.
- Schäfer, U. & Sachsse, U. (2006). Selbsthilfe, Therapieformen und Umgangsmöglichkeiten für Angehörige bei der Borderline-Störung. 2(3), 7-10.
- Schmid, H. & Wüsten, G. (2009). Theoriebasierte intervenierende Soziale Arbeit bei Suchtproblemen. 5(4), 4-6.
- Schulze, H. (2006). Biografiethoretische Konzeptualisierung als soziale und geschichtliche Dimensionierung des Psychischen. 2(2), 10-12.
- Steffes-enn, R. (2008). Das Anti-Sexuelle-Aggressivität-Training (ASAT®). 4(2), 9-12.
- Stiels-Glenn, M. (2008). Neurowissenschaften und die Kriminologie. 4(4), 8-9.
- Tümena, T. & de Fallois, D. (2009). Darstellung sozialer Arbeit im Rahmen des geriatrischen Qualitätssicherungsprojekts GiB-DAT und im Klinikum Bayreuth. 5(3), 9-10.
- Weil, K., Senn, U. & Hinze, U. (2007). Musik- und Tanztherapie im Dialog – Brücken bauen, wo keine mehr sind. 3(4), 11-12.
- Wilfing, H. (2007). Klinische Sozialarbeit in Österreich. 3(3), 4-5.
- Zurhorst, G. (2005). Soziale Benachteiligung und psychosoziale Gesundheit. 1(1), 4-6.
- Zurhorst, G. (2006). Profil der Sozialberufe bei der Zulassung zur staatlich anerkannten Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. 2(3), 10-12.

# Zur Bedeutung von Forschung in der Klinischen Sozialarbeit am Beispiel des »Doppelten Mandats«

Matthias Hüttemann

Klinische Sozialarbeit ist eine Fachsozialarbeit, für die sich ein zugehöriges Forschungsfeld abzuzeichnen beginnt, das über den »Status singulärer Einzelforschung« (Schweppe & Thole, 2005, S. 8) hinauskommt, wie er die Forschungslandschaft in vielen Feldern der Sozialen Arbeit noch kennzeichnet. Der forschungsbezogene Diskurs der Klinischen Sozialarbeit entwickelt sich parallel zur Spezialisierung im professionellen Feld und steht in Wechselwirkung damit. Ziel dieses kommentierenden Beitrags ist es, einen Einblick darin zu geben, wie Forschung zu Differenzierungen beitragen kann, die die klinische Praxis fundieren und vertiefen. Aufgrund der gebotenen Kürze kann dies nur exemplarisch erfolgen (für einen Forschungsüberblick zur Klinischen Sozialarbeit vgl. Gahleitner & Mühlum, 2010). Anhand einer Studie zum »Doppelten Mandat« werden Handlungsrelevanzen der Forschung illustriert.

Andreas Knoll (2000) rekonstruierte die Geschichte der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie anhand der Entwicklung der Fachkräfte Sozialer Arbeit in einem psychiatrischen Krankenhaus. Datengrundlage seiner Untersuchung stellten zwei berufsbiografisch ausgerichtete narrative Interviews mit Sozialarbeiterinnen der ersten Berufsgeneration und zwei Gruppendiskussionen mit Fachkräften Sozialer Arbeit der aktuellen Berufsgeneration dar. Der Schwerpunkt der Studie liegt auf der empirisch gesättigten Beschreibung der paradoxalen Struktur des »Doppelten Mandats«. Die Gleichzeitigkeit unterschiedli-

cher Handlungslogiken, die die Realität im klinischen Feld prägt, wird durch die Konstruktion einer Hermeneutik institutionalisierter Sinnhorizonte bei Knoll nicht harmonisiert, sondern unterstreicht die Wirkmächtigkeit des »Doppelten Mandats«. In den 70er-Jahren – im Zuge der Professionalisierung durch therapeutische Zusatzqualifikationen – »wurde das konstitutive Element der Sozialarbeit übersehen, welches diese Berufsgruppe deutlich von den anderen in der klinischen Psychiatrie versammelten Berufen unterscheidet. Es handelt sich hierbei um das Zusammenfallen antagonistischer Handlungslogiken im professionellen Handeln der Sozialarbeit« (ebd., S. 308), nach Knoll die Logiken des therapeutischen, des administrativ-bürokratischen und des juristischen Handelns. Der Beitrag von Knoll besteht in der empirischen Aufschlüsselung des »Doppelten Mandats«, durch die sich Fachkräfte klinischer Sozialer Arbeit als »Hermeneuten institutionalisierter Sinnhorizonte« (ebd., S. 226) verstehen können, ohne den »Zugang zum persönlichen Erleben« (Dörr, 2005, S. 107) und damit eine unverzichtbare Qualität sozialtherapeutischen Handelns aufzugeben. Auch empirische Befunde der Kinder- und Jugendhilfe weisen auf die Handlungsrelevanz des »Doppelten Mandats« hin (vgl. Ader, 2006; Urban, 2004). In einer Deutungsmusteranalyse – wiederum im Arbeitsfeld Psychiatrie – wurde gezeigt, dass der Gleichzeitigkeit verschiedener Handlungslogiken im »Doppelten Mandat« auch ein doppelter Fokus des Fallver-

stehens entspricht, der diagnostisch relevant ist (Hüttemann, 2008).

Das Beispiel des »Doppelten Mandats« deutet lediglich an, worin die Potenziale eines kohärenten Forschungsgebiets der klinischen Sozialen Arbeit und der produktiven Gestaltung des Verhältnisses von Forschung und klinischer Praxis liegen könnten. Für die zukünftige Weiterentwicklung der Forschung zur Klinischen Sozialarbeit bedarf es einer Forschungs-Infrastruktur, zu welcher mit der Zeitschrift *Klinische Sozialarbeit*, dem Jahrbuch *Klinische Sozialarbeit*, der Sektion *Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA)* und dem *European Centre for Clinical Social Work (ECCSW)* bedeutende erste Rahmungen unternommen wurden, die der Ausgestaltung harren.

## Literatur

- Ader, S. (2006). *Was leitet den Blick? Wahrnehmung, Deutung und Intervention in der Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.
- Dörr, M. (2005). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. München: UTB.
- Gahleitner, S. B. & Mühlum, A. (2010). *Klinische Sozialarbeit*. In K. Bock & I. Miethke (Hrsg.), *Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit* (S. 490-499). Opladen: Budrich.
- Hüttemann, M. (2008). Was ist der Fall? Eine rekonstruktive Untersuchung diagnostisch relevanter Deutungsmuster von Fachkräften Sozialer Arbeit. *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit*, 3(5), 32-56.
- Knoll, A. (2000). *Sozialarbeit in der Psychiatrie. Von der Fürsorge zur Sozialpsychiatrie*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schweppe, C. & Thole, W. (2005). Einleitung. In C. Schweppe & W. Thole (Hrsg.), *Sozialpädagogik als forschende Disziplin* (S. 7-14). Weinheim: Juventa.
- Urban, U. (2004). *Professionelles Handeln zwischen Hilfe und Kontrolle*. Weinheim: Juventa.

## Psychosoziale Diagnostik<sup>1</sup>

Silke B. Gahleitner, Peter Buttner & Dieter Röh

Mit der Entwicklung eigenständiger diagnostischer Konzepte in der Sozialen Arbeit wird seit 15 Jahren an historische Überlegungen angeknüpft und so die Zeit ideologischer Auseinandersetzung, pauschaler Ablehnung, aber auch unreflektierter Übernahme psychologisch-psychotherapeutischer Modelle beendet. Entscheidend war dabei die Verknüpfung der bei diagnostischen Prozessen unauf löslichen Ambivalenz von Komplexitätsgewinnung und Komplexitätsreduktion. Ausgangspunkt für ein integrativ orientiertes »Diagnostisches Fallverstehen« (Heinrich, i.Dr.) ist das Verständnis, dass sich die Phänomene Gesundheit, Krankheit und Beeinträchtigung biografisch entwickeln und damit zugleich persönlichkeitsvariabel und soziokulturell verankert und lebenslagenbestimmt sind.

### Anmerkung

<sup>1</sup> Der Artikel entstand in Anlehnung an den Beitrag in das »Fachlexikon der Sozialen Arbeit« (Gahleitner & Pauls, i.Dr.)

Diese Aspekte müssen in sozialer Diagnostik im Sinne des Person-in-Environment-Modells als klassischer Sozialarbeitstheorie reflektiert sein. Durch Forschung gewonnenes theoretisches Wissen ist dabei ebenso bedeutsam wie der Dialog entlang des Selbst-»Verständnisses« der KlientInnen, um einen jeweils situationsadäquaten Einsatz in verschiedensten Kontexten (vgl. die Einteilung Orientierungs-, Zuweisungs-, Gestaltungs- und Risikodiagnostik, ebd.) gewährleisten zu können. Klassifikationssysteme sind als kumuliertes verdichtetes Fachwissen für viele Bereiche psychosozialer Arbeit verbindlich. Inzwischen wurden neben medizinisch geprägten wie der International Classification of Diseases (ICD-10) der WHO auch Klassifikationssysteme für den stärkeren Einbezug sozialer Dimensionen entwickelt (ICF; PIE).

Um den gesamtbiografischen Prozess und dessen Bewältigungsanforderungen oder -möglichkeiten im Blick zu behalten, ist die Verbindung wissenschaftlich-theo-

riegerleiteter und fallverstehender Kompetenz wichtig. Gestaltungsdiagnostik geschieht daher sinnvollerweise dialogisch, im Rahmen kommunikativer Prozesse. Um das Verhältnis zwischen Subjekt, Milieu und strukturierender Außenwelt zu erfassen, muss soziale Diagnostik in der Lage sein, fallverstehend die vorhandene Komplexität abzubilden und dennoch auf eine Strukturierung der komplexen Verschränkung biologischer, psychischer und sozialer Prozesse und Strukturen zielen. Im Interventionsprozess brauchbare soziale Diagnostik ist daher lebens-, subjekt- und situationsnah und berücksichtigt in einer Perspektiven-Verschränkung von Subjekt und Struktur auch komplexe Aspekte der Biografie und Lebenswelt (Gahleitner et al., 2009).

Im Unterschied zur alleinigen Anwendung klassischer klinischer Diagnostik werden dabei v.a. subjektive Sinndeutungen berücksichtigt. Psychosoziale Methoden wie das »Lebenspanorama« oder die »5 Säulen der Identität« bewegen sich eher



im bildhaft-symbolischen Raum; bewährte sozialdiagnostische Instrumente wie das soziale Netzwerkinventar, Genogramme oder Ecomaps ermöglichen die dialogische Integration von Umfeld und beteiligten Institutionen; rekonstruierende und eher »bildgebende« Verfahren wie Genogramm, Netzwerkkarte und Interventionschart können ergänzt werden (vgl. Pantucek & Röh, 2009).

Zur »Objektivierung« und Systematisierung der Gesamtinformation eignen sich die von Pauls (2004) vorgeschlagenen Koordinaten psychosozialer Diagnostik und Intervention. So sind »sozialpathologi-

sche« Risikofaktoren, Ressourcen und Dynamiken fokussiert, die innerhalb psychologischer und psychiatrischer Diagnostik häufig ausgeblendet bleiben: ökonomische Deprivation, Armut, Benachteiligung, aber auch besondere Fähigkeiten oder förderliche Umstände, letztlich die Soziogenese von Krankheit. Dialogisch und prozessual orientiert fördert Soziale Diagnostik damit Selbsteignungsprozesse und ist zugleich immer schon Intervention, um der (un-)sozialen Chancenstruktur und psychosozialen Beeinträchtigungen angemessen begegnen – und damit auf Inklusionsprozesse hinwirken – zu können.

#### Literatur

- Gahleitner, S. B. & Pauls, H. (i.Dr.). Psychosoziale Diagnose. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (7. akt. Aufl.). Baden-Baden: Nomos.
- Gahleitner, S. B., Schulze, H. & Pauls, H. (2009). »hard to reach« – »how to reach?« Psycho-soziale Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit. In P. Pantucek & D. Röh (Hrsg.), *a.a.O.* (S. 321-344).
- Heiner, M. (i.Dr.). Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In H.-U. Otto & H. Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik* (4. vollst. überarb. Aufl.). München: Reinhardt.
- Pantucek, P. & Röh, D. (Hrsg.) (2009). *Perspektiven Sozialer Diagnostik*. Münster: LIT.
- Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa.

## Psychosoziale Beratung – eine Bestandsaufnahme

Michael Vogt & Silke B. Gahleitner

»Beratung« hat als Gegenstandsbereich wie als Profession impliziert bislang weder einen festgelegten Aufgabenkatalog, ein festes Methodenrepertoire noch eine Festlegung der Berufsgruppen, die dieses Tätigkeitsfeld füllen. Eine erste Abgrenzung erfolgte mit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes und der Verortung von Psychotherapie als Heilberuf wie einer im institutionellen Kontext als »psychologisch ausgerichteten Beratungsarbeit«, die »davon aus[geht], dass das Leben von Individuen, Paaren, Familien und Lebensgemeinschaften einem Entwicklungsprozess unterworfen ist, bei dem die Grenzen zwischen gleichsam notwendigen Krisen und seelischen Fehlentwicklungen fließend sind« (DAKJEF, 2001, S. 6). Sie soll »Ratsuchenden [helfen], für sie geeignete Problemlösungen zu finden und unzureichende und unangemessene Problemlösungsversuche zu korrigieren« (ebd., S. 7). Beide Stränge betonen vor allem die psychische Bedeutung von Notlagen, ohne die notwendige bio-psycho-soziale Verschränkung und dabei insbesondere die soziale Komponente mit einzubeziehen, obwohl sich »in den sich verschärfenden Verteilungskämpfen um finanzielle Mittel ... die gesundheitsbezogene Chancengleichheit vor allem für sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen« (BT-Drs. 16/12860, 2009, S. 161) verschlechtern. Psychosoziale Beratung müsste nach diesen Überlegungen dem Umstand Rechnung tragen, dass jedes Individuum – insbesondere im Kontext sozialer Benachteiligung – fortwährend vor der Aufgabe steht, auf dem Hintergrund seiner bisher entwi-

ckelten psychischen Struktur und seiner aktuellen psychosozialen Situation bedeutsame Veränderungen seiner Lebenslage psychisch zu verarbeiten (Pauls, 2004).

Die bifokale Betrachtung – einerseits die Verbesserung der psychosozialen Passung in den verschiedenen Dimensionen des menschlichen Lebens im Blick haben und andererseits die strukturelle soziale Chancenstruktur – bedarf eines empiriegeleiteten Beratungsverständnisses. Dieses muss sich über die Ableitung vorherrschender Beratungsakzente von psychotherapeutischen Grundorientierungen hinaus bedarfslagenorientiert und lebensweltbezogen entfalten. Anschauliche Beispiele bieten die Online-Beratung oder die Beratung älterer Menschen und Paare (Vogt, 2009). Auch Beratung wendet sich an die individuelle Psyche mit ihren Entwicklungspotenzialen, ihren Verarbeitungsstrukturen und ihrer Störanfälligkeit – jedoch stets im Rahmen sozialer und kultureller Anforderungen. Persönliches Wachstum und die Verarbeitung emotionaler Konflikte geschehen innerhalb des umgebenden Kontextes, es braucht also beide Wissensbestände – »als ein Orientierungsangebot zwischen den Anforderungen der gesellschaftlichen Funktionssysteme und den Verarbeitungsmöglichkeiten der individuellen Psyche« (Großmaß, 2006). Es geht somit um die Notwendigkeit von Feld- wie Handlungskompetenz, die sich nur durch eine reflexive Auseinandersetzung mit strukturellen Rahmenbedingungen psychosozialer Beratung sowie dem Erreichen von Ratsuchenden in ihrer Bedarfslage entwickeln können.

Psychosoziale Beratung findet »vor allem immer innerhalb einer bedeutsamen Beziehung statt und arbeitet mit dieser Beziehung« (ebd.). Diese »Beziehungsorientierung« (Vogt, 2009) als Grundvariable der Klinischen Sozialarbeit kann zu einer »korrigierenden Beziehungserfahrung« (Gahleitner, 2005) werden, zu einem »second attachment«, welches Explorations- und Veränderungsprozesse ermöglicht. Dies geschieht aber nur unter der Bedingung, wenn zugleich BeraterInnen in der Lage sind, sich ihrer selbst bewusst zu sein, um sich so der Alterität des anderen positiv zu stellen. Psychosoziale Beratung braucht damit eine eigenständige Identität.

#### Literatur

- BT-Drs. 16/12860 (2009). *Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder- und Jugendbericht*. Berlin: Bundestag.
- Deutscher Arbeitskreis für Jugend-, Ehe-, und Familienberatung (DAKJEF) (2001). *Grundsatztexte des Deutschen Arbeitskreises für Jugend-, Ehe- und Familienberatung*. Frankfurt: DAKJEF.
- Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhardt.
- Großmaß, R. (2006). *Beratung als neue Profession – Anstöße und Entwicklungen im Umfeld des Psychotherapeutengesetzes (Deutschland 1999)*. Online-Publikation. Verfügbar unter: <http://www.ash-berlin.eu/hsl/freedocs/197/beratungsprofession.pdf> [09.11.2009].
- Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim: Reinhardt.
- Vogt, M. (2009). *Beziehungskrise Ruhestand. Paarberatung für ältere Menschen* (2. akt. Aufl.). Freiburg: Lambertus.

## Sozialraumorientierte Soziale Arbeit

Heinz Wilfing

Ein Beitrag dieser Thematik im Kontext der Klinischen Sozialarbeit mag unerwartet erscheinen, die These eines solchen vermuteten Zusammenhangs bedarf der inhaltlichen Argumentation.

Soziale Räume werden von den Menschen selbst konstruiert: Durch materielle und physisch-technische Gestaltung ebenso wie durch mentales und verbalisierendes Geschehen. Der soziale Raum entsteht

sohin primär durch die »Rede vom Raum« (Kessel & Reutlinger, 2008). Menschen sind in unterschiedlichem Ausmaß imstande, an der Gestaltung und Konstruktion des Raumes mitzuwirken: Unterschiedlich zur Verfügung stehende Ressourcen, unterschiedliche Kompetenzen und Handlungsoptionen sowie eine differente Fähigkeit zur Beteiligung an der »Rede« im durchaus wörtli-

chen Sinne – die sozialisationsbedingt »elaborierten« oder »restringierten« sprachlichen Codes nehmen hier entscheidenden Einfluss – lassen Partizipationschancen keineswegs als gleichmäßig oder »gerecht« verteilt erscheinen. Sozialräumlich definierte Soziale Arbeit wirkt der sich hier manifestierenden sozialen Ungleichheit entgegen und unterstützt aktivierende Zugänge

zu erhöhter Partizipation und zur »Aneignung« sozialer Räume. Dieser Anspruch stützt sich auf die These einer wechselseitigen Bedingtheit von partizipativem Anteil bei der Konstruktion sozialer Räume und der Chance auf größtmögliche soziale Gesundheit. Eine Verbindung mit sozialräumlichen Konzepten steht einer mitunter vorurteiligen Verortung der klinischen Sozialarbeit im ausschließlich mikrosozialen Bereich entgegen: Die Wechselwirkung zwischen Raum und Individuum findet im klinischen Kontext nachdrückliche Berücksichtigung (vgl. Karlusch, 2008).

In Gesellschaften mit extrem ungleicher Verteilung von raumkonstruktiver Kompetenz und Teilhabe an Gestaltung und Rede finden benachteiligte Gruppen oft physisch katastrophale lebensweltliche Konditionen vor. Slums, insuffiziente Lebensmittel- und Wasserversorgung, fehlende Kanalisation, unkontrollierte Infektionsquellen u.Ä. sind mit massiven Gesundheitsrisiken, z.B. Tropen- und Mangelkrankheiten, Seuchen und Intoxikationen verbunden. Selbst wenn die materielle Basisausstattung in Lebensräumen der industrialisierten Welt in Relation dazu gesicherter erscheint, bedingt eine eingeschränkte Möglichkeit reflexiver räumlicher Entfaltung und Partizipation an der Konstruktion von Raum ein erhebliches gesundheitli-

ches Risikopotenzial in somatischer, psychischer und sozialer Dimension.

Klinische Sozialarbeit fußt auf bewährten methodischen Ansätzen wie »case work« und »social diagnosis«, wohingegen »community work« (»Gemeinwesenarbeit«) als eine der Wurzeln sozialräumlicher Konzepte durchaus anerkannt werden muss. Beide Konzepte haben ihr methodisches Spektrum allerdings deutlich erweitert. Sozialräumliche Methoden sind gleichzeitig Instrumente praktischer interventiver Arbeit wie auch der Forschung (Krisch, 2009). Qualitativ orientierte Formen räumlicher Erfassung und Aneignung (Nadelmethode, strukturierte Begehung, subjektive Landkarte, Cliquenraster, Autofotografie etc.) finden ebenso Verwendung wie quantitative Erhebungen von Sozialindikatoren, etwa durch social monitoring, Netzwerk- und Clusteranalysen oder Geoinformationssysteme.

Wenn auch in keiner Weise von einer Verschmelzung der klinischen mit sozialräumlichen Ansätzen auszugehen ist, so kann eine doch nicht unerhebliche Überschneidungsmenge ausgemacht werden: Der Einfluss ökosozialer Faktoren auf die Gesundheit und im Gegenzug die Wahrnehmung der sozialarbeiterischen Funktion zur Veränderung und Verbesserung von lebensweltlichen Bedingungen ist

hier vordergründig zu nennen. Der Stellenwert sozialer Gesundheit hat in neuerer Interpretation der klassischen WHO-Definition auch eine deutliche Erhöhung erfahren. Sozialtherapie und Behandlung beziehen sich daher auf einzelne (oft schwerer belastete und fallweise hard-to-reach) KlientInnen wie auch in hohem Maße auf deren ganzheitliches Environment. Eine Profilierung des klinischen Ansatzes erscheint durch die Einbeziehung der sozialräumlichen Perspektive durchaus unterstützt und gegenüber anderen therapie-nahen Berufen deutlich geschärft, eine »Ethik der Achtsamkeit« (Vorlauffer, 2009) vermag dafür eine adäquate philosophische Basis zur Disposition zu stellen. Ein Beitrag zur Entwicklung einer spezifischen Kultur klinischen Arbeitens (Ortmann, 2010) kann damit geleistet werden.

#### Literatur

- Karlusch, H. (2008). Sozialraumsensible Klinische Sozialarbeit – Und was macht der Raum mit uns? *Klinische Sozialarbeit*, 4(3), 4-6.
- Kessel, F. & Reutlinger, C. (Hrsg.) (2008). *Schlüsselwerke der Sozialraumforschung*. Wiesbaden: VS.
- Krisch, R. (2009). *Sozialräumliche Methodik der Jugendarbeit*. Weinheim: Juventa.
- Ortmann, K. H. (2010). Klinische Sozialarbeit – Wie geht es voran? *Sozialarbeit in Österreich*, Sondernummer, 18-21.
- Vorlauffer, J. (2010). Gestimmtheit und Gefühl in der Sozialen Arbeit. *Soziale Arbeit*, 3, 105-111.

## Die Bedeutung Klinischer Sozialarbeit für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Günter Zurhorst

Die Klinische Sozialarbeit legitimiert sich im Wesentlichen dadurch, dass sie das biopsychosoziale Paradigma im Gesundheits- und Krankheitsgeschehen ernst nimmt und insbesondere auf die Einbeziehung der sozialen Dimension in Diagnostik und Intervention gerichtet ist. Mit sozialer Dimension ist nicht nur gemeint, dass Probleme der Gesundheit und Krankheit stets sehr eng mit den einzelnen sozialen Lebenssituationen von Menschen im Sinne von sozialer Verursachung und Folge-wirkung verknüpft sind, sondern dass Gesundheit und Krankheit in unserer Gesellschaft einen mehr oder weniger starken sozialen Gradienten aufweisen, demzufolge *alle* Schichten durch sozial bedingte Ungleichverteilung der Erkrankungs- und Sterberisiken betroffen sind. Es ist eine zentrale Erkenntnis der Sozialepidemiologie, dass das unterste Fünftel der Gesellschaft die schlimmsten Auswirkungen des sozialen Gradienten zu erleiden hat und folglich die Verbesserung des Gesundheitszustandes dieses Fünftels zugleich eine Verbesserung für *alle* anderen Schichten bedeuten würde (Wilkinson & Pickett, 2009). Dies trifft insbesondere auch auf die sozial bedingte Ungleichverteilung psychischer Krankheiten zu.

Die aktuelle Debatte innerhalb der Psychotherapeuten-schaft in Deutschland ist auf das Ziel gerichtet, eine Verbesserung

der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung herbeizuführen. Beklagt wird u.a. die horrende Unter- und Fehlversorgung, besonders auch mit Blick auf die erschreckenden Lücken bei der Versorgung der Kinder und Jugendlichen und hier vor allem bei denjenigen aus den unteren sozialen Schichten (BELLA-Studie, vgl. Ravens-Sieberer et al., 2007; 13. Kinder- und Jugendbericht, vgl. BT-Drs. 16/12860, 2009). Ein wichtiger Fokus der Debatte ist dabei von der Frage beherrscht, ob es weiterhin zwei psychotherapeutische Berufe (Psychologischer PsychotherapeutIn/Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn) oder demnächst einen einzigen Beruf (»PsychotherapeutIn«; mit dem lediglich sozialrechtlich relevanten Zusatz Erwachsene oder Kinder/Jugendliche) geben soll.

Diese Frage mutet den außenstehenden Betrachter vielleicht ziemlich akademisch an, doch geht es hier um wesentliche Richtungsentscheidungen, die für die Klinische Sozialarbeit größte Bedeutung haben. Denn das Ziel, nach dem Vorbild der Ärzteschaft einen einzigen Psychotherapeutenberuf mit einer einzigen Heilkundeberechtigung für alle Altersgruppen zu schaffen, würde in der Konsequenz nicht nur den Beruf des/r Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn beseitigen und den Beruf des/r Psychologischen PsychotherapeutIn weiterhin bestehen lassen, sondern damit

würde auch die Frage, wer mit welchen Studienabschlüssen Zugang zur Ausbildung des »einen Berufes« haben soll, völlig neu gestellt. Bisher können nur Psychologen mit einem Universitätsabschluss den Beruf des/r Psychologischen PsychotherapeutIn ergreifen. Der Beruf des/r Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn kann und wird jedoch traditionsgemäß und überwiegend von Absolventen sozialberuflicher und sozialwissenschaftlich orientierter Studiengänge ausgeübt, die zumeist an Fachhochschulen angesiedelt sind. Wenn nur ein einziger Beruf existieren soll, liegt es nahe, dass massive berufsständische Interessen auf den Plan gerufen werden. Und wenn folglich jemand »PsychotherapeutIn« (mit Zusatz Kinder/Jugendliche) werden möchte, dann ginge das nur, wenn er/sie zuvor einen Studiengang absolviert hätte, der im Wesentlichen psychologisch ausgerichtet ist. Dies bedeutet im Klartext: alle sozialwissenschaftlichen und sozialberuflichen Studiengänge, die bisher den Zugang zur KJP-Ausbildung ermöglicht haben, müssten zu psychologischen Studiengängen mutieren.

Sollte es gelingen, dass sich die Idee des »einen Berufes« in der psychotherapeutischen Profession in Deutschland durchsetzt, dann verlore die Klinische Sozialarbeit vermutlich einen wichtigen (möglichen) Bündnispartner bei der Erforschung und praktischen Handhabung der

sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit, mit allen negativen Konsequenzen für die Versorgung der betroffenen Bevölkerungsgruppen. Das biopsychosoziale Paradigma, von dem in fast jedem Lehrbuch der Psychotherapie die Rede ist, bliebe weiterhin uneingelöst.

#### Literatur

Bundesdrucksache 16/12860 (2009). *Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder- und Jugendbericht*. Berlin: Bundestag.  
Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Kindern und*

Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 871-878.

Wilkinson, R. & Pickett, K. (2009). *Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind*. Frankfurt: Zweitausendeins.

## Forensische Sozialarbeit

Gernot Hahn

Forensische Sozialarbeit blickt im internationalen Kontext auf eine lange Entwicklung und Tradition zurück. In den USA, Australien und z.T. Großbritannien bestehen spezialisierte Ausbildungsinstitute und -curricula, ein breites, im interdisziplinären Feld gut etabliertes Arbeitsspektrum und berufspolitische Interessenvertretungen. Die Wurzeln der deutschsprachigen/europäischen Forensischen Sozialarbeit liegen in der Straffälligenhilfe, dem Arbeitsbereich Resozialisierung und den traditionellen Arbeitsbereichen der Gefährdetenhilfe und Obdachlosenarbeit. Forensische Sozialarbeit ist neben der Definition über die Arbeitsfeldbezüge gekennzeichnet über ein fundiertes diagnostisches Repertoire, das auf Grundlage eines bio-psycho-sozialen Störungsverständnisses Phänomene von abweichendem Verhaltens, Devianz und Delinquenz erkennt und mehrdimensional, bezogen auf Verhaltens- und Verhältnisänderung, interveniert. Die Arbeitsfelder, in denen Beratung und Behandlung von Straftätern erfolgt, sind vielfältig und gegenwärtig hinsichtlich Organisation, Ausbildung und Präsentation in der (Fach-)Öffentlichkeit uneinheitlich. Grundlegende Sichtweisen und Methoden (biografische Orientierung, Deliktrekonstruktion und -prävention, Kriminalprognostik) bilden aber eine gemeinsame Basis für die unterschiedlichen Arbeitsfelder und Institutionen. Die Anforderungen an die Akteure Forensischer Sozialarbeit sind dabei in den letzten Jahren gestiegen. Die gesellschaftliche Toleranz gegenüber abweichendem Verhalten, insbesondere Delinquenz ist völlig geschwunden. Die juristische Entwicklung der vergangenen Jahre ist entsprechend geprägt von Restriktion, Kontrolle und Si-

cherheitsaspekten. In dieser Situation ist die fachliche Entwicklung von Hilfsangeboten für die betroffenen Menschen von Bedeutung, sollen allgemeine Menschenrechtsziele (Teilhabe, Selbstverwirklichung, Chancengleichheit etc.) verwirklicht werden. Der Arbeitsbereich der Kriminalprävention blieb unter dem Eindruck allgemeiner Strafrechtsverschärfung wenig entwickelt. Erste Projekte zur Primärprävention konnten erfolgreich implementiert werden; eine umfassende und v.a. flächendeckende Einführung kriminalpräventiver Angebote steht indes noch aus – ein Entwicklungsgebiet Forensischer Sozialarbeit. Die Ausbildungssituation Forensischer Sozialarbeit ist ebenfalls in den letzten Jahren in Gang gekommen. An mehreren deutschsprachigen Hochschulen werden Weiterbildungsangebote in »Forensischen Sozialwissenschaften« (SRH-Heidelberg), speziellen Behandlungsmodulen (Anti-Sexuelle-Aggressivitäts-Training ASAT, Universität Bern) und umfassender Behandlung der Delinquenz (Masterstudiengang Dissozialität, Delinquenz, Kriminalität und Integration, FH Zürich) angeboten und mittlerweile auch rege nachgefragt. Um die Professionalisierung Forensischer Sozialarbeit als Teildisziplin der Klinischen Sozialarbeit entwickeln zu können, bedarf es der weiteren Ausformulierung eines Wissens-, Interventions- und Forschungskanons. Erste vielversprechende Forschungsprojekte (Hahn, 2007; Scheibelberger, 2009) wurden bereits durchgeführt und erfahren gegenwärtig eine erfreulich positive Rezeption. Langfristig müssen die Beiträge Forensischer Sozialarbeit Eingang in Sozial- und Rechtspolitische Initiativen finden, um

den sich abzeichnenden Sicherheits- und Finanzdebatten im Bereich der Strafrechtshilfe und Kriminalprävention fachlich besser begegnen zu können.

Für den Herbst 2010 ist ein erstes Ausbildungskonzept »Forensische Sozialarbeit« aus dem Umfeld der Fachgruppe im ECCSW angekündigt. Schwerpunkte sind in folgenden Bereichen vorgesehen:

- Erklärungswissen (soziologische, psychologische, kriminologische und medizinisch-psychiatrische Erklärungsansätze abweichenden Verhaltens, insbes. Kriminalität);
- Interventionswissen (Methoden der Verhaltensmodifikation, störungs- und deliktspezifische Behandlungsansätze, Kriminalprognose und Rückfallprävention, Netzwerkarbeit, Primärprävention);
- Selbstreflexivität (Machtaspekte in der Täterarbeit, gesellschaftliche Rollenzuweisungen, Selbsterfahrung);
- Forschungskompetenz (Forschungsstrategien, Praxisevaluation, Risiko-Resilienz-Dynamik, Netzwerkforschung, Versorgungsforschung).

Um die unterschiedlichen und bislang wenig vernetzten Ausbildungs- und Forschungsinitiativen zu bündeln, ist für 2011 ein erster internationaler Fachtag »Forensische Sozialarbeit« geplant. Die Veranstaltung wird in Kooperation mit dem ECCSW stattfinden.

#### Literatur

Hahn, G. (2007). *Rückfallfreie Sexualstraftäter. Salutogenetische Faktoren bei ehemals im Maßregelvollzug behandelten Patienten*. Bonn: Psychiatrie Verlag

Scheibelberger, H. (2009). Belastungsbewältigung, Resilienz und Soziale Unterstützung männlicher erwachsener Straftäter. Ergebnisse einer empirischen Studie. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Forschung aus der Praxis, Forschung für die Praxis* (S. 176-188).

## Soziale Arbeit und Psychoanalyse

Uwe Klein

»Ich schliesse noch eine Folgerung an, die nicht mehr für die Erziehungslehre, wohl aber für die Stellung des Erziehers bedeutsam ist. Wenn der Erzieher die Analyse durch Erfahrung an der eigenen Person erlernt hat und in die Lage kommen kann, sie bei Grenz- und Mischfällen zur Unterstützung seiner Arbeit zu verwenden, so muss man ihm offenbar die Ausübung der Analyse freigeben und darf ihn nicht aus engherzigen Motiven daran hindern.« (Freud, 1925, S. 8)

Aus dem vorangestellten Zitat von Freud – entnommen dem Geleitwort zur ersten, 1925 erschienenen Auflage von Aich-

horns Veröffentlichung »Verwahrloste Jugend« – lassen sich zwei Professionalisierungsstränge ableiten. Der eine berührt die grundsätzliche Frage der Berechtigung zum Erlernen und zur Ausübung der Psychoanalyse als Heilkunde, die zunächst so bezeichnete Laienanalyse durch nicht-ärztliche Berufsgruppen. Diese Frage wird weltweit oftmals eher unter standes- und machtpolitischen denn unter qualifikations- und zielgruppenbezogenen Aspekten behandelt (vgl. Wallerstein, 2003). Der andere – hier vorrangige – Strang umfasst die seit Ferenczis Vortrag zu »Psychoanalyse und Pädagogik« (1908) entstandenen

Verbindungen zwischen Psychoanalyse, Sozialer Arbeit und Pädagogik.

Bezogen auf den Erwerb und die Ausübung psychoanalytischer Kompetenz in Feldern der Sozialen Arbeit und Pädagogik lassen sich unterschiedliche »Implementationsmodalitäten« erkennen. In der Anwendung reicht die Spannweite von der Umsetzung entsprechender Kenntnisse durch psychoanalytische Supervision in ansonsten nicht analytisch arbeitenden Institutionen bis hin zu psychoanalytisch-konzeptionellen Unterlegungen von Praxisfeldern. In der Qualifikation bewegen wir uns zwischen den Polen der Vermittlung von

grundständigem psychoanalytischem Wissen in Hochschulstudiengängen und speziellen Fort- und Weiterbildungsangeboten. In der Forschung lassen sich unterschiedliche Akteure ausmachen, die dem sozialpsychologischen Feld oder der psychoanalytischen Pädagogik verbunden sind.

Wir verfügen über plurale Verknüpfungen zwischen Psychoanalyse, Sozialer Arbeit und Pädagogik, und es liegt nahe, in Anlehnung an Wallerstein (1989) nach dem Common Ground zu fragen. Ein übereinstimmendes Merkmal der in sozialen und pädagogischen Feldern angewandten Psychoanalyse ist das der Komplementarität (vgl. Klein, 2005, S. 145). Die sozialarbeiterische oder pädagogische Kompetenz wird durch eine psychoanalytische Kompetenz ergänzt, ohne dass mit dieser Formulierung bereits etwas über Priorisierung, Form und Folgen einer wechselseitigen Beeinflussung ausgesagt ist.

Im Rahmen einer auf globaler Ebene geführten Diskussion um die Nachvollzieh-

barkeit von Ausbildungsstandards bzw. -abschlüssen schlägt Tuckett (2007, S. 53) als übergeordnete Definition psychoanalytischer Kompetenz vor: »sie umfasst die Fähigkeit, sich innerhalb dreier miteinander verbundener (und spezifisch psychoanalytischer) Rahmen zu bewähren (master) und zu arbeiten, die ich den teilnehmend-beobachtenden, den konzeptionellen und den Interventionsrahmen nenne.« Will (2010) unterlegt diese drei Rahmen mit spezifischen psychoanalytischen Kompetenzen, deren Relevanz auch für die Professionalisierung einer Psychoanalyse im sozialen und pädagogischen Feld unabweisbar erscheint.

Die Zukunft des Verhältnisses von Sozialer Arbeit und Psychoanalyse, Psychoanalytischer Sozialarbeit und Pädagogik bzw. ihrer Professionalisierung liegt in einer Sichtung, Vernetzung und Weiterentwicklung des international bereits umfassend vorhandenen theoretisch-methodischen Know-how.

#### Literatur

- Ferencki, S. (1908). Psychoanalyse und Pädagogik. In S. Ferencki, *Schriften zur Psychoanalyse (Bd. 1, S. 1-11)*. Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1925). Geleitwort zur Ersten Auflage. In A. Aichhorn, *Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung* (S. 7-8). Bern: Huber.
- Klein, U. (2005). Klinische Sozialarbeit in der Gerontopsychiatrie. In B. Geißler-Piltz (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit* (S. 137-151). Münster: LIT.
- Tuckett, D. (2007). Ist wirklich alles möglich? *Forum der Psychoanalyse*, 23(1), 44-64.
- Wallerstein, R. S. (1989). Eine Psychoanalyse – oder viele? *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 4(2), 126-153.
- Wallerstein, R. S. (2003). *Psychoanalysis: The Broader Scope*. Boston: International Universities Press.
- Will, H. (2010). *Psychoanalytische Kompetenzen. Standards und Ziele für die psychotherapeutische Ausbildung und Praxis* (2. überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

#### Anmerkung

Die FG Soziale Arbeit und Psychoanalyse wird im ECCSW als Plattform für die o.g. Fragestellungen etabliert; Auftakt im Rahmen der Tagung »Soziale Gesundheit stärken« im September 2010 in Berlin.

## Sozialtherapie als zentrale Methode Klinischer Sozialarbeit

Ulrich Binner, Karlheinz Ortmann & Dieter Röh

Immer wieder werden in der psychosozialen Versorgung Fälle so gravierender sozialer Probleme bekannt, dass nicht (sozial-)therapeutisch ausgebildete und entsprechend arbeitende SozialarbeiterInnen an die Grenzen ihres beruflichen Handlungsrepertoires stoßen. Oft werden daher Fälle, in denen eine soziale Problematik den Hilfebedarf dominiert, an vermeintlich besser qualifizierte PsychotherapeutInnen und/oder (Fach-)ÄrztInnen »abgegeben« und, wenn Hilfen nicht den gewünschten Erfolg zeigen, mit Etiketten wie »austherapiert« oder »nicht therapiefähig« in die Arbeitsfelder der SozialarbeiterInnen zurück überwiesen. Diese schließen sich den Einschätzungen der anderen Berufsgruppen oft an und geben die KlientInnen insofern auf, als sie keine weiteren Versuche unternehmen, an den sozialen Störungen therapeutisch zu arbeiten. Da das Hilfepotenzial der Sozialen Arbeit dabei u.E. bei Weitem nicht optimal ausgeschöpft wird/werden kann, fühlen wir uns professionsethisch geradezu verpflichtet, über eine therapeutische Version professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit nachzudenken.

Gegenstand einer solchen »Sozialtherapie« sind soziale Probleme. Das Soziale stellt dabei ein komplexes Geflecht dar, bestehend aus zwischenmenschlichen Interaktionen und Beziehungen sowie strukturell gegebenen Umwelten (Sozialräumen), in das Menschen auf unterschiedliche Weise eingebunden sind und das sich in den Alltags- und Lebenssituationen vollzieht. Die Komplexität Letzterer und die Vielschichtigkeit sozialer Probleme haben zur Folge, dass Sozialtherapie nicht als eine einzige Form therapeutischer Arbeit entwickelt

werden kann. Vielmehr kommt sie als eine Vielfalt (nicht Beliebigkeit) von Heran- und Umgehensweisen – wie Krisenintervention, Kompetenzentwicklung, Milieugestaltung, Netzwerkgestaltung, Gruppenarbeit oder Formen Sozialer Unterstützung – fallbezogen und flexibel zum Einsatz. Vier grundlegende Formen sozialtherapeutischer Praxis sind zu unterscheiden, die sich überschneiden und gegenseitig ergänzen:

(1) Sozialtherapie als professionell arrangierte Lebenspraxis/Lebenssituation (als Milieugestaltung): Einrichtungen, in denen Lebenssituationen mit kurz-, mittel- oder langfristiger Perspektive professionell arrangiert werden (z.B. therapeutische Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen, stationäre Einrichtungen). (2) Sozialtherapie als Training (als Kompetenzentwicklung): alle Formen des Lernens und Befähigens zu bestmöglicher Soziabilität; dabei geht es um den Erwerb sozialer Fähigkeiten bzw. Kompetenzen im Sozialraum der Klientel. (3) Sozialtherapie als Gespräch (als Krisenintervention, Netzwerkgestaltung, Gruppenarbeit): Gespräche über soziale Probleme sind auch als soziale Ereignisse zu sehen, deren Bedeutung für den Gesundheitsprozess nicht nur in den Gesprächsinhalten liegt, sondern auch in den Beziehungen und Interaktionen zwischen Hilfesuchenden und Helfern. Diese haben für die KlientInnen dabei Modellcharakter und sollten daher thematisiert werden, um für sie auch auf Situationen außerhalb des Hilfeangebots anwendbar sein. (4) Sozialtherapie als Begleitung (als Netzwerkgestaltung, Kompetenzentwicklung, Krisenintervention): Begleitung meint, Menschen bei der Bewältigung bzw. Bear-

beitung ihrer sozialen Probleme verlässlich zur Seite zu stehen. Sie kann kurzzeitig und intensiv erfolgen (Krisenbewältigung), aber auch über einen längeren Zeitraum, eventuell Jahre, und in unterschiedlicher Intensität, bis sich ein nachhaltiger Erfolg einstellt.

Sozialtherapie zielt darauf, Passungen zwischen Hilfesuchenden, Hilfeangeboten und HelferInnen zu finden sowie auf der Beziehungsebene herzustellen und auszuloten, wie die Beziehungen im Sinne eines bestmöglichen Hilfeerfolges gestaltet werden können. Sozialtherapie ist als ein dialogisches Hilfeangebot zu verstehen, in dem Hilfesuchende und HelferInnen in Gegenseitigkeit miteinander kommunizieren bzw. interagieren und in dem Problemlösungen ver-/ausgehandelt werden. Sozialtherapeutisch arbeitende SozialarbeiterInnen sollten niedrigschwellig erreichbar und in der Lage sein, auch an den Orten zu arbeiten, wo Hilfesuchende leben und nicht nur in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Sozialtherapeutische Praxis schließt die selbstverständliche Bereitschaft zur Kooperation mit anderen Disziplinen und Berufsgruppen für eine integrierte (bio-psycho-soziale) Gesundheitsversorgung ein. Dazu gehört u.U. auch die Delegation von Hilfesuchenden an andere Einrichtungen und Fachkräfte.

Sozialtherapie zielt – wie Sozialarbeit im Allgemeinen und Klinische Sozialarbeit im Speziellen – auf die Förderung sozialer Kompetenzen, über die sich die Teilhabe am sozialen Leben in Gemeinschaft und Gesellschaft und am darin enthaltenen Unterstützungspotenzial für Hilfesuchende bestmöglich fördern und sichern lässt (sodass professionelle Hilfe nicht mehr benötigt wird).