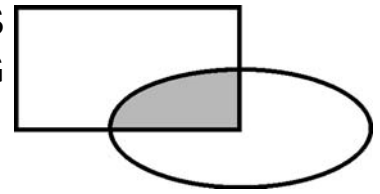


# KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS  
UND FORSCHUNG



10. Jg. ■ Heft 4 ■ Oktober 2014

## Inhalt

### Themenschwerpunkt: Qualität evaluieren und sichern

- 3 Editorial
- 4 *Lotte Willenberg*  
Qualität in der Sozialen Arbeit – Herausforderungen eines wirtschaftlichen Konzepts für eine soziale Profession
- 6 *Edgar Baumgartner, Cornelia Rüegger & Sigrid Haunberger*  
»Wirkungen messen« – aber wie? Methodologische Herausforderungen der Wirkungsforschung am Beispiel einer Studie zur Wirkung von Sozialberatung bei Familien mit einem krebskranken Kind
- 8 *Nicole Lennartz, Johanna Schnitzler & Johannes Jungbauer*  
Biografische Entwicklungen von Mädchen mit einer Essstörung nach stationärem Aufenthalt in einer sozialtherapeutischen Wohngruppe
- 11 *Matthias Hüttemann*  
Evidenzbasierte Praxis und Qualität
- 2 Pressemeldungen, Veranstaltungs- & Projekthinweise  
2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe  
2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

## Herausgeber

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



## Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

### Edgar Baumgartner

Prof. Dr., Professor an der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW), Hochschule für Soziale Arbeit, Leiter des Instituts für Professionsforschung und kooperative Wissensbildung. Arbeitsschwerpunkte: Evaluations- und Wirkungsforschung, Professionsforschung, Betriebliche Soziale Arbeit. *Kontakt: edgar.baumgartner@fhnw.ch*

### Sigrid Haunberger

Dr. phil., Dipl.-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, Dipl.-Soziologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit. Arbeitsschwerpunkte: Methoden und Techniken empirischer Sozialforschung, Evaluations- und Wirkungsforschung in der Sozialen Arbeit sowie LehrerInnenbildung. *Kontakt: sigrid.haunberger@fhnw.ch*

### Matthias Hüttemann

Prof. Dr. phil., Dipl.-Pädagoge, Professor für Soziale Arbeit an der FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit, Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit. Arbeitsschwerpunkte: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Gesundheitsförderung, Diagnostik und Fallverstehen, Forschungsorientierte Praxis, Innovationen in der Sozialen Arbeit. *Kontakt: matthias.huettemann@fhnw.ch*

### Johannes Jungbauer

Prof. Dr. phil. habil., Dipl.-Psychologe, Professor an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (KATHO NRW), Abteilung Aachen, Leiter des Instituts für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie (igsp). *Kontakt: j.jungbauer@katho-nrw.de*

### Nicole Lennartz

Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin (B.A.), Masterstudierende an der Katho NRW, Abteilung Aachen, Studiengang »Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit«. *Kontakt: nicole.lennartz@mail.katho-nrw.de*

### Ingo Müller-Baron

Dipl.-Sozialpädagoge, Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und Redaktionsleitung Fachkonzepte in der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG). *Kontakt: ingo.muellerbaron@dvsg.org*

### Cornelia Rüeegger

M.A., Doktorandin in Sozialer Arbeit, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit. Arbeitsschwerpunkte: Soziale Diagnostik, Soziale Dimension von Krankheit, Klinische Sozialarbeit und Professionsforschung. *Kontakt: cornelia.rueegger@fhnw.ch*

### Johanna Schnitzler

Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin (B.A.), Masterstudierende an der Katho NRW, Abteilung Aachen, Studiengang »Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit«. *Kontakt: johanna.schnitzler@mail.katho-nrw.de*

### Lotte Willenberg

B.A. Soziale Arbeit, M.A. Klinische Sozialarbeit, Sozialdienst am Universitätsklinikum Essen. Aufgabenbereich: Klinik für Kardiologie, Klinik für Thorax- und Kardiovaskuläre Chirurgie. *Kontakt: lotte.willenberg@uk-essen.de*

## 24./25.04.2015: DGSA-Jahrestagung 2015 – Call for Paper

### »Wirkungen Sozialer Arbeit – Potenziale und Grenzen der Evidenzbasierung für die Profession und Disziplin« – Jahrestagung der DGSA 2015

Die nächste Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) findet am 24./25.04.2015 an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt (FHWS) zum o.a. Thema statt. Die Tagung bietet ein Forum für die Präsentation und Diskussion empirischer, theoretischer und anwendungs-

orientierter Fragen und Zugänge zum Thema. Vorschläge für Vorträge und Posterpräsentationen können bis zum 20.09.2014 eingereicht werden bei Prof. Dr. Barbara Thiessen.

#### Kontakt

Barbara Thiessen  
*(barbara.thiessen@haw-landshut.de)*

#### Weitere Informationen (vollständiger CfP)

<http://dgsainfo.de/aktuelles.html>

## 24.04.2015: Fachtag »Autonomie und Mündigkeit«

### »Autonomie und Mündigkeit in der Sozialen Arbeit« – Fachtag an der Fachhochschule Potsdam

Der von TeilnehmerInnen eines Studierendenprojekts und von Prof. Dr. Heiko Kleve koordinierte Fachtag beschäftigt sich mit der Frage, welchen Stellenwert Selbstverantwortung und Mündigkeit für eine progressive und innovative Soziale Arbeit

haben und wie diese realisierbar sind.

#### Aus dem Programm

Vorträge u.a. von Prof. Dr. Hans Thiersch, Prof. Dr. Dirk Kratz und Dr. Marie-Luise Conen.

#### Kontakt & Information

*ct.holz@freenet.de*

## Vorankündigung: Jahrbuch Klinische Sozialarbeit 2015

### »Evaluation in der Klinischen Sozialarbeit« – Jahrbuch Klinische Sozialarbeit, Band 7

Der mittlerweile siebte Band der Jahrbuchreihe »Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung« wird von Gernot Hahn und Matthias Hüttemann herausgegeben und befasst sich mit dem Themenschwerpunkt »Evaluation«.

#### Aus dem Inhalt

Beiträge u.a. von Sigrid Haunberger, Johannes Jungbauer, Joachim Merchel, Helmut Pauls, Michael Reicherts und Christoph Walter.

#### Kontakt & Information

Gernot Hahn  
*(info@gernot-hahn.de)*

## Stellenausschreibung: FachsozialarbeiterIn in Berlin

### FachsozialarbeiterIn für Klinische Sozialarbeit (ZKS) – Stellenausschreibung der AWO pro:mensch gGmbH Berlin

Die AWO pro:mensch gGmbH Berlin sucht ab dem 01.01.2015 eine(n) FachsozialarbeiterIn für Klinische Sozialarbeit (ZKS) oder eine(n) PsychologIn

als TherapeutIn und Teamleitung für zwei Wohngruppen in einer Einrichtung zur sozialen, medizinischen und beruflichen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen.

#### Kontakt & Information

<http://www.awo-promensch.de/erzieherin010.html>

## Wissenschaftlicher Beirat

### Prof. Dr. Peter Buttner

Hochschule München

### Prof. Dr. Peter Dentler

Fachhochschule Kiel

### Prof. Dr. Matthias Hüttemann

Fachhochschule Nordwestschweiz Olten, Schweiz

### Prof. Dr. Johannes Lohner

Hochschule Landshut

### Prof. Dr. Albert Mühlum

Bensheim

### Prof. Dr. Karl-Heinz Ortman

Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin

### Prof. Dr. Helmut Pauls

Hochschule Coburg

### Prof. Dr. Elisabeth Raab-Steiner

Fachhochschule FH Campus Wien

### Prof. Dr. Dieter Röh

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

### Prof. Dr. Günter Zurhorst

Hochschule Mitweida

## Impressum

### Herausgeber

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

### Redaktionsteam

Gernot Hahn (Leitung)  
Ingo Müller-Baron  
Silke Birgitta Gahleitner  
Gerhard Klug

### Anzeigenakquise

G. Hahn, [info@gernot-hahn.de](mailto:info@gernot-hahn.de)  
Tel. 0175/276 1993

### Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«  
c/o Dr. Gernot Hahn  
Klinikum am Europakanal Erlangen  
Am Europakanal 71, D-91056 Erlangen  
Tel. +49 (0)9131 / 753 2646  
Fax +49 (0)9131 / 753 2964  
E-Mail: [info@gernot-hahn.de](mailto:info@gernot-hahn.de)

### Schlussredaktion & Gestaltung

Ilona Oestreich

### Druck

Druckhaus Diesbach GmbH, Weinheim

### Erscheinungsweise

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

### ISSN

1861-2466

### Auflagenhöhe

2350

### 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.

**B**egrifflichkeiten wie Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und Qualitätsentwicklung sind längst fester Bestandteil der fachlichen Diskussionen in allen Feldern der Sozialen Arbeit. Das Sozial- und Gesundheitswesen wird nach wirtschaftlichem Vorbild dazu angehalten, die Qualität seines Handelns nachzuweisen und zu verbessern sowie über das Verhältnis von Aufwand, Kosten und Wirkung Auskunft zu geben (Merchel, 2001/2004). Gerade vor dem Hintergrund einer zunehmenden Ökonomisierung der Leistungserbringung in den meisten Arbeitsfeldern Sozialer Arbeit erhält das Thema »Qualität« eine zentrale Bedeutung. Qualitätsmanagement hat seinen Ursprung in der Optimierung der industriellen Produktion von Waren und Gütern. Die Übertragung auf die Erbringung von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen ist zunächst ungewöhnlich und erfordert eine differenzierte Betrachtung der verschiedenen Aspekte von Qualitätssicherung. »Verfahren des Qualitätsmanagements werden in einer verwirrenden Vielfalt aus dem industriellen Bereich oder aus den gewerblichen Dienstleistungen in die Soziale Arbeit transponiert, häufig in unklaren Begrifflichkeiten und ohne plausible Abgrenzungen zueinander« (Merchel, 2003, S. 4).

In vielen Bereichen, gerade im Gesundheitswesen, sind Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement gesetzlich vorgeschrieben und gelten für alle zu erbringenden Leistungen, also auch für die Soziale Arbeit. Bei aller kritischen Betrachtungsweise der Herstellung, Messung, Überwachung und des Managements von Qualität in der Sozialen Arbeit ist es daher unumgänglich, dass sich Disziplin und Profession konstruktiv und intensiv mit dieser Thematik auseinandersetzen. Entscheidend ist, dass Soziale Arbeit sich nicht die Kriterien, was gute Qualität ausmacht, von außen diktiert lässt, sondern diese selbst fachlich definiert und durchsetzt. Nach Auffassung des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit (DBSH, 2002, S. 1) ist Qualität in der Sozialen Arbeit ohnehin »keine neue Erfindung«, vielmehr zeichne sich die Profession Soziale Arbeit »durch zielorientierte und ergebnisorientierte Leistungen auf Grundlage von ethischen Grundhaltungen und Prinzipien aus. Wirken und Erfolg professionellen Handelns entstehen über das gemeinsam von KlientInnen und Fachkräften erarbeitete Ergebnis« (ebd.).

Dennoch, eine Beurteilung von Qualität erfordert im Grundsatz die Definition von Standards. Aber in der Sozialen Arbeit gibt es keine allgemein gültig definierte Qualität der Leistungen, und eine auf die jeweiligen Bedingungen des Einzelfalles zugeschnittene Dienstleistung entzieht

sich einer Standardisierung. »Es ist oft unklar, wie denn genau Qualität bestimmt werden kann und wie allgemeine »Konzeptbegriffe« (Lebensweltorientierung, Lebensqualität, Normalisierung, Integration, Inklusion, Prävention usw.) so ausbuchstabiert werden können, dass mess- und bewertbare Qualitätsmaßstäbe als Grundlage für eine fundierte Qualitätsarbeit entstehen« (Grunwald, 2008, S. 820).

Einigkeit besteht mittlerweile, dass sich Qualität auch in der Sozialen Arbeit in drei Dimensionen beschreiben lässt: in Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität. Für die beiden ersten Dimensionen können leichter Standards wie einerseits Qualifikation des Personals, Ausstattung der Räume und andererseits Festlegung von prinzipiellen Abläufen definiert werden. In der Dimension der Ergebnisqualität braucht Soziale Arbeit verstärkt Evaluationsinstrumente, die eine Darstellung ihrer Maßnahmen und Interventionen sowie den Nachweis von deren Wirksamkeit möglich machen. Dabei ist eine konsequente Orientierung an den AdressatInnen Sozialer Arbeit ein wesentlicher Aspekt. In diesem Zusammenhang sind ein verstärktes Engagement der Sozialarbeitsforschung und die Entwicklung systematischer Forschungsprogramme wünschenswert und stellen wesentliche Beiträge zur weiteren Professionalisierung der Sozialen Arbeit dar.

**V**or diesem Hintergrund sind die Beiträge in dieser Ausgabe vorrangig dem Aspekt der Wirkungsforschung als einem integralen Bestandteil der Debatte um Qualität in der Sozialen Arbeit gewidmet. *Lotte Wiltenberg* setzt sich zunächst grundsätzlich mit den Schwierigkeiten auseinander, die sich durch die Adaption eines wirtschaftlichen Konzepts für die sozialarbeiterische Praxis ergeben. Diese Ökonomisierung habe zur Qualitätsdebatte geführt. Dargestellt wird, welche Problemlagen daraus für die Profession entstanden und wie mit ihnen umgegangen werden kann bzw. sollte, aber auch, dass Qualitätssicherung und -entwicklung daneben wichtige positive Effekte für die Soziale Arbeit bedeuten kann. Abschließend werden Empfehlungen zum Umgang mit einem betriebswirtschaftlichen Konzept in sozialarbeiterischer Praxis ausgesprochen.

Danach werden beispielhaft zwei Forschungsprojekte vorgestellt, die unter Berücksichtigung der NutzerInnenperspektive aufzeigen, wie sozialarbeiterische Interventionen wirken und im sozialwissenschaftlichen Sinne gemessen werden können. Eine noch laufende Studie der Fachhochschule Nordwestschweiz zur »Wirkung von Sozialberatung bei Familien mit einem krebskranken

Kind« zeigt auf, dass die Untersuchung von Wirkungen im Rahmen wissenschaftlich angelegter Evaluationen äußerst anforderungsreich ist. Am Beispiel dieser Studie fokussieren *Edgar Baumgartner*, *Cornelia Rüegger* und *Sigrid Haunberger* auf methodologische Herausforderungen der Wirkungsforschung.

Ziel des bereits abgeschlossenen Projekts »Biografische Entwicklungen von Mädchen mit einer Essstörung nach stationärem Aufenthalt in einer sozialtherapeutischen Wohngruppe« der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen war, mittels leitfadengestützten, problemzentrierten Interviews die Bedeutung sozialtherapeutischer Wohngruppen für die langfristige biografische und gesundheitliche Entwicklung von Mädchen mit Anorexia bzw. Bulimia nervosa zu rekonstruieren. Ohne Anspruch auf Repräsentativität zu erheben, lassen die Ergebnisse der themenbezogenen Auswertung, wie *Nicole Lennartz*, *Johanna Schnitzler* und *Johannes Jungbauer* erläutern, die längerfristig positiven Effekte der Maßnahmen deutlich werden.

Zum Abschluss beleuchtet *Matthias Hüttemann* die Impulse des Konzepts evidenzbasierter Praxis für die Qualitätsdebatte. Neben einer kurzen Skizze, was evidenzbasierte Praxis ist, werden mit der Wirksamkeit und der wissenschaftlichen Fundierung professioneller Praxis zwei Aspekte evidenzbasierter Praxis vertieft. Evidenzbasierte Praxis sensibilisiert für Wirkungszusammenhänge, und wirkungsorientierte Studien können zur Differenzierung von Ergebnisqualität beitragen. Der Autor zeigt auf, warum die methodologischen Engführungen evidenzbasierter Praxis und die Modellierung des Wissenstransfers kritisch einzuschätzen sind. Dennoch sei die wissenschaftliche Fundierung professioneller Praxis aufgrund des rasanten Zuwachses an wissenschaftlichem Wissen ein zentrales Thema auch für Qualitätsmanagement und -entwicklung.

Für die Redaktion  
Ingo Müller-Baron

#### Literatur

- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) (2002). *Qualitätskriterien des DBSH. Grundraster zur Beurteilung der Qualität in den Handlungsfeldern Sozialer Arbeit*. Berlin: DBSH.
- Grunwald, K. (2008). Qualitätsmanagement. In B. Maelicke (Hrsg.), *Lexikon der Sozialwirtschaft* (Reihe: Edition Sozialwirtschaft, Bd. 24; S. 819-823). Baden-Baden: Nomos.
- Merchel, J. (2003). Zum Stand der Diskussion über Effizienz und Qualität in der Produktion sozialer Dienstleistungen. In M. Möller (Hrsg.), *Effektivität und Qualität sozialer Dienstleistungen. Ein Diskussionsbeitrag* (S. 4-25). Kassel: Kassel Unipress.
- Merchel, J. (2004). *Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Ein Lehr und Arbeitsbuch* (Reihe: Votum; 2., unveränd. Aufl.). Weinheim: Juventa (Erstauflage erschienen 2001).

# Qualität in der Sozialen Arbeit – Herausforderungen eines wirtschaftlichen Konzepts für eine soziale Profession

Lotte Willenberg

Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung, die in vielen Bereichen bereits gesetzlich verankert ist, hat bei den Leistungserbringern Sozialer Arbeit einen Qualitätsentwicklungsprozess ausgelöst, der sich bereits seit Jahren vollzieht und zu einer großen Ausbreitung des Qualitätsmanagements (QM) im sozialen Sektor führt. Durch die Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen sollen organisationsinterne Strukturen und Prozesse effektiver und effizienter gestaltet werden können (Müller, 2013, S. 114ff.). Es handelt sich dabei um betriebswirtschaftliche Prinzipien, die im Zuge der Ökonomisierung für die Soziale Arbeit an Bedeutung gewonnen haben. Da es sich aber um zwei Wissenschaften handelt, die unterschiedlichen Logiken folgen, sind ihre Denkmuster nur bedingt miteinander kompatibel, wodurch diverse Probleme in der Adaption entstehen können: Die »ökonomischen Rationalitätsperspektiven ... unterscheiden sich grundlegend von den originären Wertvorstellungen und Handlungslogiken Sozialer Arbeit« (Bleck, 2011, S. 5).

## Ökonomisierung der Sozialen Arbeit und ihre Folgen

Die Ökonomisierung bzw. Vermarktlichung Sozialer Arbeit ist laut Seithe (2012) Ergebnis neoliberaler sozialpolitischer Intentionen und Entwicklungen, die sowohl Professionalisierungs- als auch Deprofessionalisierungsprozesse auslösen können. Als ersten Meilenstein dieser Entwicklung nennt sie das Neue Steuerungsmodell für die öffentliche Sozialverwaltung der frühen 1990er-Jahre (ebd., S. 91ff.). Von Führungskräften wird die Ökonomisierung häufig als unverzichtbare und zukunftsweisende Perspektive gesehen; für die Fachkräfte gilt es, die fachfremden Denkweisen in die Berufspraxis zu integrieren. Die Schwierigkeit dabei besteht darin, moderne Bedingungen und Herausforderungen anzunehmen, ohne Soziale Arbeit in den Dienst der Wirtschaft zu stellen. Dadurch, dass sie in der Regel nicht profitorientiert ist und daher im eigentlichen Sinne auch nicht marktförmig, unterscheiden sich sozi-

ale Dienstleistungen elementar von den Wirtschaftsstrukturen anderer Dienstleistungen. Jedoch ist die Verlockung groß, sich an ökonomische Blickwinkel anzupassen, um neue Anerkennung und Akzeptanz für die eigene Profession von Kostenträgern oder anderen fachfremden Beteiligten zu erlangen.

Es stellt sich die Frage, wie viel Ökonomisierung die Soziale Arbeit trägt. Wo liegen die Grenzen, damit sie ihrem fachlichen Anspruch weiter gerecht werden kann? Die Diskussion um Kosteneinsparung, Qualität und Effizienz lenkt von den eigentlichen Themen der Profession und ihrer Klientel ab. Dennoch liegt es im natürlichen Interesse der Sozialen Arbeit herauszufinden, ob ihre Bemühungen den erwarteten bzw. gewünschten Effekt erzielen. Die Fachkräfte haben es allerdings zu Beginn der Ökonomisierungswelle verpasst, sich als QualitätsprüferInnen ihrer Arbeit zu verstehen, die Frage nach der eigenen Effektivität selbst in die Hand zu nehmen und Qualität aus fachlicher Sicht zu definieren, sodass diese Aufgabe fachfremden ControllerInnen übertragen wurde, die ihre Denkweise über sozialarbeiterische Standards stülpten. Konflikte ergeben sich dabei z.B. dadurch, dass die Kostenträger gleichzeitig Kostensenkung und Qualitätsentwicklung von den Leistungserbringern fordern. Dies liegt daran, dass davon ausgegangen wird, dass zu hohe Kosten Folge von ineffizienten Handlungen seien, die optimiert werden können. An dieser Stelle besteht die Gefahr, dass Kostendämpfung und Mitteleinsparung zu unmittelbaren Zielen sozialarbeiterischer Prozesse werden. Die Qualität darf aber nicht unter den Bemühungen um Effizienz und Wirtschaftlichkeit leiden. Wird Effizienz zum Selbstzweck, gefährdet sie die Qualität. Daher kann aus Sicht der Sozialen Arbeit nur die Verbesserung der Qualität sozialer Dienstleistungen als zentrales Anliegen der Ökonomisierung verstanden werden. Die Anwendung ökonomischer Prinzipien setzt für die Soziale Arbeit die verbindliche Definition und Operationalisierung der Ziele sowie der relevanten Messgrößen bzw. Indikatoren voraus.

## Herausforderungen der Sicherung und Entwicklung von Qualität

Dass die Soziale Arbeit ihre Ziele bzw. ihre Qualität in einer für die Wirtschaft verständlichen bzw. relevanten Sprache formulieren muss, um sich vor den Kostenträgern oder anderen beteiligten AkteurlInnen zu positionieren, ist ihr längst bewusst. Fachliche Standards müssen verbindlich und logisch definiert werden, um Forderungen durchsetzen zu können und nicht immer mehr in den eigenen Mitteln beschränkt zu werden. Bei der Entwicklung von Zielen muss dabei bedacht werden, dass es der Profession zwar möglich sein kann, effizienter zu handeln, dies jedoch nicht von ihren KlientInnen erwartet werden kann. Menschen können ihre Probleme nicht automatisch schneller und effizienter lösen. Soziale Arbeit wirkt nicht schnell und kurzfristig. Erhöhte Fallzahlen dürfen nicht weniger Zeit für intensive und nachhaltige sozialarbeiterische Prozesse und damit einschneidende Qualitätsverluste bedeuten. Die Entwicklung von tragfähigen und vertrauensvollen Beziehungen stellt den Kern sozialarbeiterischer Unterstützung dar. Dadurch unterscheidet sie sich von anderen Dienstleistungsangeboten. Bei der Entwicklung von fachlichen Standards zur Sicherung der Qualität gilt es, dies zu beachten und in wirtschaftlich relevanten Messgrößen auszudrücken. Hier steht die Soziale Arbeit jedoch vor dem Dilemma, dass soziale Prozesse aufgrund der Komplexität der Realität niemals in all ihren Formen und Möglichkeiten abgebildet werden können. »Im Unterschied zu anderen Dienstleistungen – z.B. in der Medizin – ist das Repertoire an allgemein verbindlichen Verhaltensregeln und Arbeitsanweisungen in der Sozialen Arbeit vergleichsweise klein« (Meinhold, 2003, S. 132). Wie sollen Qualitätsmerkmale und fachliche Standards und Methoden wie Lebensweltorientierung und Aktivierung in Zahlen ausgedrückt werden? Aus den abstrakten Begriffen müssen konkrete Maßnahmen und Ziele abgeleitet werden. Dies kann die Soziale Arbeit selbst am besten und sollte daher aktiv werden und akzeptieren, dass QM zu einer Komplexitätsreduktion führt.

Entscheidet sich ein soziales Unternehmen für ein wirksames Qualitätsmanagement, steigen die nicht-klientInnenbezogenen Aufgaben, die kostbare Zeit beanspruchen. Die Anteile von Verwaltungstätigkeiten erhöhen sich sowohl für Führungskräfte als auch die MitarbeiterInnen z.B. durch umfangreiche Dokumentation der eigenen Arbeit. Es sind vor allem die Anteile des QM, die zur Transparenz und Überprüfbarkeit durch die Kostenträger dienen und Zeit in Anspruch nehmen, die vorher anders genutzt wurde. Die Einführung von QM ist daher für alle Beteiligten eine Umstellung, an die sich zunächst gewöhnt werden muss. Ist es aber implementiert, lassen sich deutlich positive Effekte erkennen.

### Nutzen für die Soziale Arbeit

Wenn sich die Soziale Arbeit nicht von betriebswirtschaftlichen Konzepten überrollen lässt, sondern die für soziale Dienstleistungsprozesse relevanten Ideen zur Sicherung und Steigerung von Qualität in Form eines adäquaten QM umsetzt, entstehen dadurch klare Vorteile für die Profession:

- transparente Angebote der Sozialen Arbeit durch klare Definitionen und Strukturen,
- verbesserte Außendarstellung,
- Imagewechsel,
- verstärkte Nachfrageorientierung,
- Erhaltung der Deutungshoheit und Handlungsfreiheit,
- größere Akzeptanz bei den Financiers,

- neue Gestaltung des Verhältnisses zwischen Leistungserbringer und Kostenträger,
  - Aufbrechen von starren Handlungs-routinen,
  - Festigung der eigenen Identität,
  - fachliche Weiterentwicklung.
- Diese Aspekte können jedoch auch negative Entwicklungen mit sich bringen, z.B. wenn die Außendarstellung der eigenen Arbeit einen höheren Stellenwert erlangt als die Dienstleistung selbst.

### Empfehlungen

Obwohl dies viele Herausforderungen birgt, muss die Soziale Arbeit ihre Angebote transparent, nachvollziehbar und kontrollierbar machen. Sie benötigt Produkt- und Leistungsbeschreibungen, Leistungsvereinbarungen, Zielvereinbarungen und Kennzahlen, um betriebswirtschaftlich geachtet zu werden. QM bietet, durch Veranschaulichung der eigenen Arbeit auf betriebswirtschaftliche Weise, die Möglichkeit, die negativen Folgen der Effizienzorientierung, die durch die Ökonomisierung entstanden sind, abzuwehren. Dem generellen betriebswirtschaftlichen Unverständnis von sozialen Strukturen und der vereinfachten Vorstellung der Betriebswirtschaft vom Gegenstand der Sozialen Arbeit gilt es entgegenzuwirken, indem die Profession selbst mit einer ökonomischen Brille auf ihre Arbeit blickt und somit Kostenträgern und anderen Beteiligten auf gleicher Höhe begegnen kann.

Grundsätzlich darf dabei, vor allem auch auf sozialpolitischer Ebene, aber nicht vergessen werden, dass die Soziale Arbeit stark von Entscheidungen auf anderen Ebenen und von anderen AkteurInnen abhängig ist. Möglichkeiten zur Steigerung der Qualität, der Effektivität und der Effizienz und zur Kostensenkung können aus sozialarbeiterischer Perspektive zum Beispiel die Verstärkung von Präventionsangeboten und die Entwicklung von passgenauen Hilfsangeboten sein. Die Chance der Sozialen Arbeit besteht hierbei darin, die, auf Kennzahlen basierenden, Ergebnisse von Qualitätsmanagement dazu zu nutzen, Empfehlungen zum gesellschaftlichen und sozialpolitischen Umgang mit sozialarbeiterischen Problemlagen auszusprechen und so möglicherweise sozialpolitische Institutionen mit Entscheidungshoheit und Kostenträger ihrer Leistungen von ihren Ideen zu überzeugen.

### Literatur

- Bleck, C. (2011). *Effektivität und Soziale Arbeit. Analysemöglichkeiten und -grenzen in der beruflichen Integrationsförderung*. Berlin: Frank & Timme.
- Meinhold, M. (2003). Die Privilegierung des Nutzers. Zur theoretischen Begründung sozialer Dienstleistung. In T. Olk & H.-U. Otto (Hrsg.), *Soziale Arbeit als Dienstleistung. Grundlegungen, Entwürfe und Modelle* (S. 130-149). München: Luchterhand.
- Müller, B. (2013). Organisationsentwicklung. In J. Holdenrieder (Hrsg.), *Betriebswirtschaftliche Grundlagen Sozialer Arbeit. Eine praxisorientierte Einführung* (Reihe: Soziale Arbeit; S. 101-129). Stuttgart: Kohlhammer.
- Seithe, M. (2012). *Schwarzbuch Soziale Arbeit* (2., durchges. u. erw. Aufl.). Wiesbaden: VS.

### Anzeige

Silke Birgitta Gahleitner, Rudolf Schmitt, Katharina Gerlich (Hrsg.)

### Qualitative und quantitative Forschungsmethoden für EinsteigerInnen aus den Arbeitsfeldern Beratung, Psychotherapie und Supervision

Aller Anfang muss nicht immer schwer sein, auch nicht für Studierende in Studiengängen der Beratung und Therapie beim Erwerb von Kenntnissen über Forschungsmethoden – wenn es eine gut lesbare Einführung gibt. Der vorliegende Band vermittelt, was Forschung im Kontext von Intervention bedeuten kann, was qualitative und quantitative Forschung unterscheidet und verbindet und wie die erste eigene Forschungsarbeit gestaltet werden kann.

**Aus dem Inhalt:** Wissen schaffen und abschaffen: eine Einführung ■ Entwicklung der Fragestellung für empirische wissenschaftliche Arbeiten ■ Quantitative Erhebungen ■ Narratives Interview ■ Halbstrukturierte Erhebungsmethoden am Beispiel problemzentrierter Interviews ■ Auswertung statistischer Daten ■ Von den Daten zu einer Theorie: die Grounded-Theory-Methode ■ Analyse narrativer Interviews ■ Die Qualitative Inhaltsanalyse als flexible Auswertungsmethode ■ Metaphernanalyse am Beispiel der Alkoholabhängigkeit ■ Programmevaluation ■ Ethik in der sozialwissenschaftlichen Forschung

ZKS-Verlag 2014 ■ 120 Seiten ■ ISBN 978-3-934247-66-6 ■ EUR 11,49

[www.zks-verlag.de](http://www.zks-verlag.de) ■ [info@zks-verlag.de](mailto:info@zks-verlag.de)



# »Wirkungen messen« – aber wie?

## Methodologische Herausforderungen der Wirkungsforschung am Beispiel einer Studie zur Wirkung von Sozialberatung bei Familien mit einem krebskranken Kind

Edgar Baumgartner, Cornelia Rügger und Sigrid Haunberger

In der Klinischen Sozialarbeit ist es ein fachliches Gebot, sich den Fragen nach den Wirkungen der angebotenen Leistungen zu stellen. Die Überprüfung der Effektivität der professionellen Leistung und deren Weiterentwicklung stellen nicht nur einen Eckpfeiler des Qualitätsmanagements in der Sozialen Arbeit dar (Ningel, 2011, S. 196), sondern der Nachweis von wirksamen Leistungen ist auch gesellschaftlich als Legitimationsbasis von Professionen bedeutsam (Baumgartner & Sommerfeld, 2010). Die Untersuchung von Wirkungen im Rahmen von wissenschaftlichen und experimentell angelegten Evaluationen ist jedoch in verschiedener Hinsicht anforderungsreich. Im vorliegenden Beitrag werden zentrale methodologische Herausforderungen am Beispiel einer laufenden Studie<sup>1</sup> zur Wirkung von Sozialberatung bei Familien mit einem krebskranken Kind thematisiert. Nach einer kurzen Vorstellung der Ausgangslage stehen die Darstellung dieser methodologischen Herausforderungen und deren Bearbeitung innerhalb der Studie im Vordergrund.

### Ausgangslage

**Psychosoziale Belastung der Familien mit krebskranken Kindern.** Jährlich erkranken ca. 200 Kinder in der Schweiz, 180 in Österreich und 1800 Kinder in Deutschland neu an Krebs. Die Erkrankung führt oft zu akuten psychosozialen Belastungen für das Kind wie auch für die Angehörigen (ausführlicher Haunberger et al., i. Dr.). Nebst der Verarbeitung des Diagnoseschocks und der notwendigen intensiven Betreuung des erkrankten Kindes müssen die Eltern ihren Alltag für längere Zeit umorganisieren, und es kommt nicht selten zu problematischen Formen der Integration und Lebensführung bzw. zu sozialen Problemen. Das ist auch deshalb von Bedeutung, weil die Familie eine wichtige soziale Ressource für das kranke Kind darstellt und sich ihre Belastung negativ auf die Befindlichkeit des Kindes und den

Remissionsverlauf auswirken kann (Kröger, 2005, S. 13).

**Klinische Sozialarbeit mit den Familien der krebskranken Kinder.** Auf die Unterstützung der Angehörigen und die Bearbeitung ihrer sozialen Probleme zielt auch die an der Studie teilnehmende Sozialberatung im Kinderspital Zürich. In diesem Arbeitsfeld bestehen generell Lücken in der systematischen Belastungs- und Bedarfserfassung (Künzler & Zwahlen, 2012). Eine solche Erfassung ist notwendig, um psychosozial hochbelastete Klientel zu identifizieren, Indikationsentscheidungen zu ermöglichen und problem- und zielorientiert zu intervenieren (Kusch et al., 1996). Das in der Studie eingesetzte Screening-Instrument zur Erfassung der Belastung der Angehörigen ist Teil der Sozialanamnese S-FIRST (Hošek, 2012), das auf einer fünfstufigen Skala Einschätzungen zu sieben verschiedenen Lebensbereichen abfragt. Professionelle Grundlage einer bei Bedarf anschließenden Planung der Hilfeleistung ist jedoch eine adäquate soziale Diagnostik. In der Studie wird mit zwei Formen sozialer Diagnostik gearbeitet:

- 1 mit einer auf dem Anamneseinstrument S-First aufbauenden sozialen Diagnostik, mit der die Ressourcenlage der Familien erschlossen wird, oder
- 2 mit einer systemischen Diagnostik (deskriptive Systemmodellierung; Dällenbach et al., 2013).

Letztere nimmt für sich in Anspruch, über die Abklärung der Ressourcenlagen hinauszugehen und zusätzlich fallspezifische Hypothesen zu den individuellen psychosozialen Belastungen (im Zusammenhang der Krebserkrankung) für die verschiedenen Mitglieder der Familie herauszuarbeiten sowie ein Verstehen darüber zu ermöglichen, wie sich diese Belastungen im Wechselspiel von individuellen Mustern (bspw. Aktivitäten zur Bewältigung) und den Bedingungen in einer Lebensführung entwickeln. Aber ob die Sozialberatung die gewünschten Effekte erzielt und ob es dabei einen Unterschied macht, mit welcher sozialen Diagnostik gearbeitet wird, darüber liegen praktisch keine empirischen Erkenntnisse vor (ausführlicher Haunberger et al., i. Dr.).

### Methodologische Herausforderungen der Studie

Die Studie soll nun einen Beitrag zur Schließung dieser Wissenslücken leisten und verfolgt dabei zwei Hauptfragestellungen: Erstens steht die Frage nach der Wirksamkeit der beiden genannten Formen sozialer Diagnostik und der darauf aufbauenden Interventionen im Mittelpunkt. Es wird davon ausgegangen, dass Sozialberatung mittels systemischer Diagnostik zu einer adäquateren fallorientierten Beratung führt. Zweitens fragt die Studie nach der Zuverlässigkeit des Screening-Instruments bezüglich der Funktion, ob schon zu Beginn der Sozialberatung verlässlich zwischen Eltern mit hoher und niedriger psychosozialer Belastung unterschieden werden kann.

Insgesamt gehen wir von ca. 120 teilnehmenden Familien aus. Die Untersuchung ist als summative Evaluation (bspw. Christa, 2007) angelegt und möchte über den Erfolg und die Wirkungen von professionellen Leistungen informieren. Aus methodologischer Sicht bietet sich daher eine Orientierung an experimentellen Forschungsdesigns an, die Aussagen über die Wirkungen von Maßnahmen (unabhängige Variable) auf bestimmte Ziele (abhängige Variable) erlauben. Dieser Königsweg der Wirkungsforschung ist jedoch durchaus steinig. Kromrey (2001, S. 120) hebt vor allem drei Herausforderungen bei der Bereitstellung der notwendigen Datenbasis hervor: (a) Es gilt, das Handlungsprogramm mit seinen einzelnen Maßnahmen (»unabhängige Variable«) zu erfassen, (b) die »abhängigen Variablen« bzw. die Wirkungen anhand operationalisierter Ziele zu messen und (c) Umweltereignisse und -bedingungen als exogene Einflussfaktoren zu erfassen und zu kontrollieren. Diesen Aufgaben ist auch im Rahmen unserer Studie zu begegnen.

(a) Das Erfordernis, für das Design der Studie zunächst das Handlungsprogramm der Sozialberatung als Maßnahme (unabhängige Variable) konkret zu erfassen, ist nicht trivial, denn je nach Bedarf kommen im Einzelfall unterschiedlichste Beratungsleistungen zur Anwendung. Wir haben es also nicht mit einer unabhängigen Variablen zu tun, wie sie in stark standardisierten bzw. mit strik-

<sup>1</sup> Das Forschungsprojekt wird finanziell unterstützt von der Krebsforschung Schweiz.

ten Handlungsanleitungen versehenen Programmen zu finden ist. Die dennoch notwendige Sicherstellung einer vorgegebenen und einheitlichen Leistungserbringung (Treatment-Validität) lässt sich im untersuchten Arbeitsfeld nur (bzw. am ehesten) für den ersten Schritt des methodischen Handelns, nämlich jenen der sozialen Diagnostik, bewerkstelligen, indem die an der Untersuchung teilnehmenden Sozialarbeitenden diese instrumentengestützt und entsprechend geschult umsetzen. Die Ausgestaltung und Variation der darauf aufbauenden individuellen Interventionen werden in der Studie dann fallbezogen über Protokollbogen dokumentiert.

**(b)** Die Messung der abhängigen Variablen (also hier der Wirkung der Sozialberatung in Bezug auf bestimmte Ziele) impliziert gleichermaßen normative und methodologische Entscheidungen. In normativer Hinsicht bedarf es der Entscheidung, aus welcher Perspektive Erfolg zu definieren ist (Kannonier-Finster & Ziegler, 2005, S. 120). In der Studie ergeben sich die Ziele aus Vorgaben, wie sie in einem klinikinternen Konzept der Sozialberatung festgelegt sind. In diesem wird u.a. formuliert, dass die Interventionen einen Beitrag zur Krankheitsbewältigung leisten, indem Belastungen der Kinder und ihrer Eltern erkannt, gemildert und nach Möglichkeit beseitigt werden. Ebenso soll die Wiedererlangung der Selbstständigkeit oder die Stärkung des Kohärenzgefühls gefördert werden. Solche Ziele können aus Forschungslogik jedoch nur dann als Erfolgskriterien dienen, wenn sie messbar und sensitiv für Veränderungen sind. Basierend auf diesen konzeptionellen Vorgaben und vor dem Hintergrund, dass für einige der genannten Ziele bereits standardisierte und geprüfte Messinstrumente vorliegen, operiert die Studie nun mit drei Wirkungsdimensionen: mit der Reduktion von familiären sozialen Belastungen, der Erhaltung des Kohärenzsinns sowie mit der Lebensqualität.

**(c)** Die Aufgabe, Umweltereignisse und -bedingungen zu erfassen und innerhalb der Studie zu kontrollieren, wird dadurch erschwert, dass mit vielen solcher exogenen Einflussfaktoren zu rechnen ist, welche sich auf die Wirkungsdimensionen – wie z.B. die Lebensqualität – auswirken können (z.B. der Krankheitsverlauf des Kindes, die Wirkung von weiteren Unterstützungsleistungen). Die Kontrolle über diese und weitere – allenfalls gar noch zu entdeckende – Einflussfaktoren wird in einem »echten« Experimentaldesign über die Einrichtung einer Kontrollgruppe zu erreichen versucht (Kromrey, 2001). Diese Option, also einer Teilgruppe der Klientel Interventi-

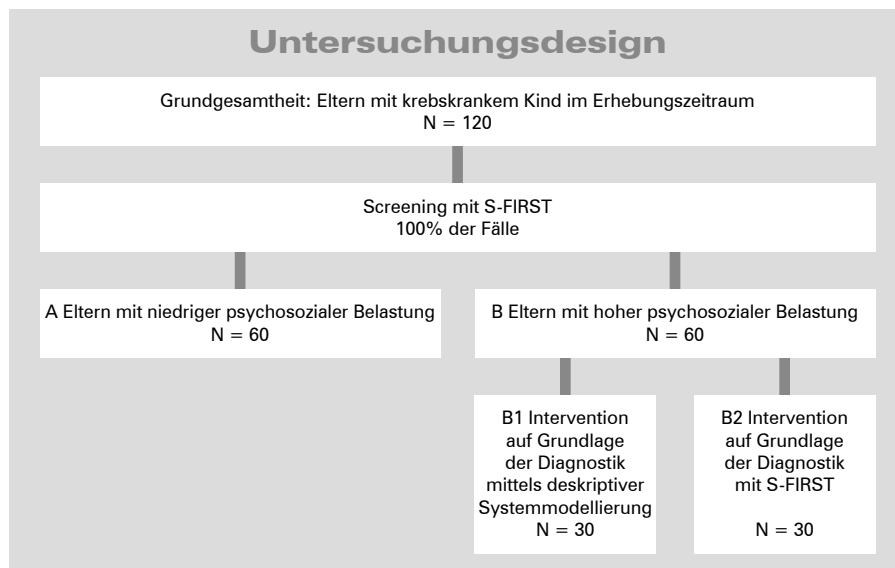


Abbildung 1: Untersuchungsdesign

onen der Sozialberatung vorzuenthalten und gleichzeitig Veränderungen auf den erwähnten Wirkdimensionen zu messen, steht jedoch für die Studie aus ethischen Gründen nicht zur Diskussion.

Es kommt deshalb ein Pretest-Posttest-Design mit Follow up und drei Gruppen zur Anwendung, das wie folgt aussieht: Im Rahmen des Erstgesprächs durchlaufen alle Eltern ein Screening, dessen Ergebnis sie aufteilt in: (A) eine Gruppe mit niedriger psychosozialer Belastung, die nach Bedarf in der herkömmlichen Form beraten wird, und (B) eine Gruppe mit hoher psychosozialer Belastung. Aus der Gruppe dieser Eltern (B) mit hoher psychosozialer Belastung wird per Zufall eine Zuteilung zu zwei unterschiedlichen Interventionsgruppen vorgenommen: In der B1-Gruppe werden die Eltern auf der Basis einer systemischen sozialen Diagnostik (deskriptive Systemmodellierung) beraten. Die Beratung der Gruppe B2 stützt sich auf die Ergebnisse des in der Klinik herkömmlich verwendeten Instrumentes zur Sozialanamnese (S-FIRST) (vgl. Abb.1). Dieses Design soll ermöglichen, unterschiedliche Effekte zwischen den Gruppen auf die Variation der Intervention beziehen zu können (kommen mit unterschiedlichen Diagnostikformen auch unterschiedliche bzw. andere Interventionen in den Blick, und wenn ja, mit welcher Wirkung?). Hingegen wird sich durch das Fehlen einer Kontrollgruppe der »isolierte« Effekt der Sozialberatung kaum belegen lassen, d.h., wir werden nicht abschließend belegen können, ob eine gemessene Wirkung ausschließlich auf die Intervention der Sozialberatung zurückzuführen ist. Es werden daher zur Kontrolle von externen Einflussfaktoren zumindest weitere Unterstützungsformen sowie der Gesundheitszustand des Kindes erfasst.

Unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit werden die Messinstrumente bei allen Elternteilen zu drei Zeitpunkten eingesetzt. Der erste Messzeitpunkt findet bei Beratungsbeginn statt, der zweite 4 bis 5 Monate nach Diagnosestellung und der letzte nach Ende der intensiven medizinischen Behandlung.

## Fazit und Ausblick

Der Anspruch, Erkenntnisse über die Wirkungen professioneller Leistungen in der Klinischen Sozialarbeit zu gewinnen, ist nicht einfach einzulösen. Der Nachweis von wirksamen Problemlösungen über experimentelle Designs bedingt, verschiedenen methodologischen Aufgaben zu begegnen, zu denen zentral die Messung der Intervention und der angestrebten Ziele sowie die Erfassung und Kontrolle von Umweltfaktoren gehören. Das Beispiel der Sozialberatung von Eltern mit einem krebskranken Kind zeigt, was hierbei die Komplexität von Sozialer Arbeit und damit die methodologischen Herausforderungen der Messung ihrer Effekte ausmachen. Es ist die Variation der professionellen Leistungen unter dem Begriff der »Sozialberatung«, die letztlich aus unterschiedlichen fallbezogenen Bedarfslagen resultiert. Hinzu kommt die Notwendigkeit für veränderungssensitive Messinstrumente zur Erfassung der Zielgrößen, was die mögliche Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven (was ist Erfolg?) oder individuell gewichteter Ziele begrenzt. Und es sind verschiedene exogene Einflüsse auf diese Zielgrößen – wie z.B. auf die Lebensqualität – zu konstatieren, deren Kontrolle über Forschungsdesigns schwierig zu realisieren ist und damit die Ermittlung des isolierten Effekts der Intervention obsolet macht.

Die laufende Studie zu Wirkungen der Sozialberatung auf die Lebensqualität und Belastungsbewältigung von Eltern mit einem krebskranken Kind versucht, den Anspruch auf Aussagen über die Wirksamkeit der Sozialberatung generell sowie auf Basis unterschiedlicher diagnostischer Zugänge bestmöglich einlösen zu können. Es wird sich zeigen, wie weit dies gelingt. Durch die Dokumentation von Prozess-, Fall- und Umweltvariablen besteht zumindest die Möglichkeit, in Anlehnung an Kromrey (2001) Zusammenhänge in der Auswertungsphase (»ex-post-facto-Design«) empirisch oder über theoretische Begründungen sichtbar zu machen.

#### Literatur

Baumgartner, E. & Sommerfeld, P. (2010). Evaluation und evidenzbasierte Praxis. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführen-*

*des Handbuch* (3., überarb. u. erw. Aufl.; S. 1163-1176). Wiesbaden: VS.  
 Christa, H. (2007). Evaluation. In B. Michel-Schwartz (Hrsg.), *Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis* (Reihe: Lehrbuch; S. 317-343). Wiesbaden: VS.  
 Dällenbach, R., Rügger, C. & Sommerfeld, P. (2013). Soziale Diagnostik als Teil der Beratung in der Psychiatrie. In H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 175-192). Freiburg: Lambertus.  
 Haunberger, S., Rügger, C. & Baumgartner, E. (i. Dr.). Über die Wirkung von Sozialberatung auf die Lebensqualität und Belastungsbewältigung von Eltern mit einem krebskranken Kind. Einblicke in ein laufendes Forschungsprojekt. *Soziale Passagen. Journal für Empirie und Theorie Sozialer Arbeit*.  
 Hošek, M. (2012). Soziale Diagnostik in der Spitalsozialarbeit. Anamnese mit S-FIRST – ein Werkstattbericht. *SozialAktuell*, 44(10), 34-35. Online verfügbar: <http://www.klinische-sozialarbeit.ch/M%20Hosek%20S%20First%20sozialaktuell%2010-12.pdf> [28.08.2014].  
 Kannonier-Finster, W. & Ziegler, M. (2005). Prozess- und Ergebnisqualität. Qualitative Evaluationsdesigns im Feld der psychosozialen Arbeit. In H. Schöch (Hrsg.), *Was ist Qualität? Die Entzaube-*

*rung eines Mythos* (Reihe: Schriftenreihe Wandel und Kontinuität in Organisationen, Bd. 6; S. 113-148). Berlin: Wissenschaftlicher Verlag.  
 Kröger, L. (2005). *Lebensqualität krebskranker Kinder, krebskranker Erwachsener und deren Angehörigen. Ergebnisse der ambulanten Nachsorge der »Stiftung phönix – Familien leben mit Krebs«*. Dissertation. Hamburg: Universität Hamburg. Online verfügbar: <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2005/2457/> [28.08.2014].  
 Kromrey, H. (2001). Evaluation – ein vielschichtiges Konzept. Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. Empfehlungen für die Praxis. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 24(2), 105-131. Online verfügbar: [http://www.bibb.de/dokumente/pdf/a11\\_vielschichtiges\\_konzept.pdf](http://www.bibb.de/dokumente/pdf/a11_vielschichtiges_konzept.pdf) [28.08.2014].  
 Künzler, A. & Zwahlen, D. (2012). Psychoonkologie und die Angehörigen krebskranker Menschen. In R. Marti (Hrsg.), *Krebsforschung in der Schweiz* (S. 115-120). Bern: Krebsliga Schweiz. Online verfügbar: [http://assets.krebsliga.ch/downloads/forschungsbericht\\_2012\\_d.pdf](http://assets.krebsliga.ch/downloads/forschungsbericht_2012_d.pdf) [28.08.2014].  
 Kusch, M., Labouvie, H., Gudrun, F. & Bode, U. (1996). *Stationäre psychologische Betreuung in der Pädiatrie*. Weinheim: Beltz-PVU.  
 Ningel, R. (2011). *Methoden der Klinischen Sozialarbeit* (Reihe: UTB – Soziale Arbeit). Bern: Haupt.

## Biografische Entwicklungen von Mädchen mit einer Essstörung nach stationärem Aufenthalt in einer sozialtherapeutischen Wohngruppe

Nicole Lennartz, Johanna Schnitzler und Johannes Jungbauer

### Hintergrund

Essstörungen wie Magersucht und Ess-Brech-Sucht (Anorexia und Bulimia nervosa) sind Erkrankungen mit oft gravierenden psychischen und physischen Symptomen, bis hin zu lebensgefährlichen Folgen (Reich et al., 2004). In den meisten Fällen beginnen Essstörungen in der Adoleszenz und weisen generell eine hohe Persistenz und Chronifizierungsrate auf (Salbach-Andrae et al., 2010). Bei Mädchen und Frauen sind Anorexia und Bulimia nervosa weiter verbreitet als bei Jungen und Männern. So ist das Verhältnis von erkrankten weiblichen und männlichen Betroffenen bei 10:1 bzw. 12:1 einzuordnen (ebd.). Es wird vermutet, dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Prävalenz daher kommen, dass Mädchen und Frauen kulturabhängigen Schönheitsnormen (z.B. eine schlanke Figur als Ideal) mehr Bedeutung beimessen als Jungen oder Männer (Davison et al., 2007). Die betroffenen Mädchen und Frauen befinden sich in einer sehr schwierigen Lebenssituation und benötigen vielfältige, einander ergänzende Hilfsangebote medizinischer, psychotherapeutischer und sozialpädagogischer Art. Sozialtherapeutische Angebote sind dabei besonders für betroffene Mädchen in der Adoleszenz wichtig, da-

mit alterstypische Entwicklungsaufgaben bewältigt werden können.

Vor diesem Hintergrund können Erziehungsberechtigte gemäß § 27 SGB VIII in Verbindung mit §§ 34, 35a, 41 SGB VIII beim Jugendamt Hilfe in Form einer stationären Unterbringung in sozialtherapeutischen Wohngruppen beantragen. Sozialtherapeutische Wohngruppen sollen die Lücke zwischen der stationären und ambulanten Versorgung schließen und den Übergang in den selbstständigen Alltag gewährleisten. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass die betroffenen Mädchen in der Adoleszenz ohnehin zahlreiche normative Entwicklungsaufgaben bewältigen müssen. Neben dem Akzeptieren körperlicher Veränderungen sind dies z.B. die emotionale und finanzielle Unabhängigkeit von den Eltern, Schulabschluss und Berufsausbildung, Identitätsentwicklung, der Aufbau einer stabilen PartnerInnenbeziehung und die Planung einer familiären Zukunft (vgl. Grob & Jaschinski, 2003). Weil die Bewältigung solcher alterstypischer Entwicklungsaufgaben durch eine Essstörung meist erheblich erschwert wird, sollten sozialtherapeutische Wohngruppen generell entsprechende Unterstützung und Hilfestellungen bereitstellen.

In Deutschland existieren zurzeit verhältnismäßig wenige stationäre Wohn-

gruppen mit der Spezialisierung auf das psychiatrische Störungsbild Essstörungen. Bezogen auf Nordrhein-Westfalen gibt es nach eigenen Recherchen schätzungsweise 12 solcher Wohngruppen mit einer Gruppenkapazität von durchschnittlich 10 Plätzen. In der Stadt Aachen findet sich aktuell eine Wohngruppe für Patientinnen mit essstörungsspezifischen Symptomen. Im Hinblick auf die Prävalenz der Magersucht und Ess-Brech-Sucht sind in Aachen etwa 125 Mädchen im Alter von 10 bis 20 Jahren von einer Essstörung betroffen. So ist am Beispiel der Stadt Aachen erkennbar, dass es keine flächendeckende Versorgung durch sozialtherapeutische Wohngruppen für Mädchen mit einer Essstörung gibt.

Zudem wurde die Wirksamkeit sozialtherapeutischer Wohngruppen in empirischen Studien bislang kaum systematisch untersucht. In einer der wenigen durchgeführten Evaluationsstudien (Rohling et al., 2007) wurden 77 Klientinnen einer intensivtherapeutischen Wohngruppe nach dem Ende ihres Aufenthalts u. a. zu ihrer Befindlichkeit und ihrer Gewichtsentwicklung befragt. Die Auswertung der Fragebogen zeigte, dass sowohl essstörungsspezifische als auch die störungsübergreifenden Symptome im Verlauf des Aufenthaltes signifikant abnahmen. Katamnestiche Studien zu mittel- und langfristigen Auswirkungen auf die



gesundheitliche und biografische Entwicklung der Mädchen liegen bislang nicht vor. Dies war der Ausgangspunkt der explorativen Untersuchung, die in diesem Beitrag vorgestellt wird.

## Fragestellung, Zielsetzung und Methodik

Die vorliegende Studie wurde im Rahmen des Masterstudiengangs »Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit« der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Aachen durchgeführt. Ziel war es, die Bedeutung sozialtherapeutischer Wohngruppen für die langfristige biografische und gesundheitliche Entwicklung von Mädchen mit Anorexia bzw. Bulimia nervosa zu rekonstruieren. Hierfür wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, der an den subjektiven und sozialen Bedeutungen ansetzt, die mit dem Forschungsgegenstand verknüpft sind, und dessen Vielschichtigkeit berücksichtigt (Flick, 2007). Dabei wurden fünf ehemalige Bewohnerinnen der sozialtherapeutischen Wohngruppe in Aachen für essgestörte Mädchen retrospektiv zu ihren diesbezüglichen Erfahrungen und Bewertungen interviewt. Die Studienteilnehmerinnen waren zum Befragungszeitpunkt zwischen 25 und 29 Jahren alt, ihr stationärer Aufenthalt lag zum Befragungszeitpunkt bereits 6 bis 11 Jahre zurück. Die Befragung wurde leitfadengestützt im Sinne des problemzentrierten Interviews durchgeführt (Witzel, 1982). Die Interviews, die im Durchschnitt etwa 40 Minuten dauerten, wurden mit dem Einverständnis der Studienteilnehmerinnen digital aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring (2010) ausgewertet.

## Ergebnisse

### Zwei Fallportraits

Um zunächst einen anschaulichen Einblick in die untersuchten Fälle zu geben, sollen exemplarisch zwei kurze Fallportraits dargestellt werden.

Frau B., heute 29 Jahre alt, erkrankte im Alter von 15 Jahren an Anorexia nervosa. Außerdem wurde eine Depression bei ihr diagnostiziert. Mit 17 Jahren zog sie für dreieinhalb Jahre in die sozialtherapeutische Wohngruppe. Rückblickend beschreibt Frau B. den Aufenthalt in der Wohngruppe als eine Zeit, die sie persönlich sehr geprägt habe. Vor allem das Zusammengehörigkeitsgefühl der Gruppe habe sie als sehr positiv in Erinnerung behalten. Frau B. pflegt heute ein besseres Verhältnis zu ihren Eltern, indem sie täglich den telefonischen Kontakt zu ihrer

Mutter sucht. Sie gibt an, beruflich sehr erfolgreich und eingespannt zu sein und arbeitet aktuell für ein bekanntes Unternehmen der Lebensmittelindustrie. Seit mehreren Jahren führt sie mit ihrem Partner eine Fernbeziehung. Das Essverhalten von Frau B. hat sich jedoch bis heute nicht völlig normalisiert. So fällt es ihr schwer, regelmäßig zu essen, nicht selten lässt sie Mahlzeiten ausfallen. Frau B. hat sich damit abgefunden, dass ihr Umgang mit Essen wahrscheinlich nie ganz unproblematisch sein wird, vor allem in Anwesenheit anderer.

Frau E. (27) erkrankte im Alter von 15 Jahren an Anorexia nervosa. Weitere Diagnosen waren eine Angststörung und Depressionen. Mit 16 Jahren zog sie in die sozialtherapeutische Wohngruppe, wo sie insgesamt zweieinhalb Jahre lebte. Rückblickend denkt Frau E. heute, die Wohngruppe sei damals ihre »Rettung« gewesen. Ihren Aufenthalt dort beschreibt sie als eine »schöne, aber auch kranke Zeit«. Heute hat Frau E. ihre damaligen Probleme weitgehend überwunden. Inzwischen ist sie verheiratet und lebt mit ihrem Mann zusammen. Der Kontakt zu ihrem Vater und ihren fünf Geschwistern sei gut. Den Kontakt zu ihrer psychisch erkrankten Mutter habe sie abgebrochen. Gegenwärtig arbeitet Frau E. als Sozialpädagogin und träume davon, in Zukunft ein eigenes Café zu eröffnen. Aktuell spiele die Anorexia nervosa in ihrem Leben keine Rolle mehr, nur in extremen Stresssituationen neige sie dazu, zu wenig zu essen.

### Themenbezogene Auswertung

**Kontakt zur Einrichtung nach dem Aufenthalt.** Nach dem Auszug aus der Wohngruppe wird eine Weiterführung des Kontakts (z.B. zur Bezugstherapeutin) oft als wichtig angesehen. So gaben drei Befragte an, den Kontakt aufrecht erhalten zu haben, da sie sich eine »Art der Kontrolle« wünschten. Eine Studienteilnehmerin pflegte zusätzlich den Kontakt zu den Mitbewohnerinnen und den Mitarbeiterinnen der Wohngruppe. Zwei befragte Frauen ließen den Kontakt nach dem Auszug aus der Wohngruppe bewusst »einschlafen, um Abstand zu gewinnen« bzw. weil sie kein Bedürfnis der Kontaktaufrechterhaltung verspürten.

**Persönliche Entwicklungen nach dem Aufenthalt.** Alle befragten Frauen zeigten positive persönliche Entwicklungen nach dem Aufenthalt in der Wohngruppe, z.B. im Hinblick auf mehr Selbstständigkeit und ausbildungs- bzw. berufsbezogener Ziele. So gaben alle Studienteilnehmerinnen an, ihr Abitur während oder nach dem Aufenthalt in der Wohngruppe gemacht zu haben. Darüber hinaus hatten alle ein Studium absolviert, wobei

drei der Befragten einen Beruf im Sozial- oder Gesundheitswesen ergriffen. In diesem Zusammenhang gab eine Befragte an, dass ihre Berufswahl »100%ig« mit den Erfahrungen in der Wohngruppe in Verbindung stehe. Vier der Frauen lebten oder leben nach dem Auszug aus der Wohngruppe in einer Wohngemeinschaft und begründeten dies mit den positiv erlebten Gemeinschaftserfahrungen in der Wohngruppe. Auch im Hinblick auf die eigenen Sozialkontakte berichteten die Befragten fast ausschließlich positive Entwicklungen, die wesentlich auf den Aufenthalt in der Wohngruppe zurückgeführt wurden. So gaben alle Studienteilnehmerinnen an, seit mehreren Jahren in einer festen Partnerschaft zu leben. Auch die Beziehungen zur Herkunftsfamilie wurden übereinstimmend als deutlich verbessert beschrieben. So betonte eine Studienteilnehmerin: »Inzwischen habe ich ein sehr gutes Verhältnis zu meinen Eltern«.

**Gesundheitliche Entwicklungen.** Alle befragten Frauen berichteten, dass sich ihr körperlicher und seelischer Gesundheitszustand nach dem Aufenthalt in der Wohngruppe auf Dauer deutlich verbessert und stabilisiert habe. Bei keiner Studienteilnehmerin war seither eine weitere stationäre Behandlung erforderlich gewesen. Im Hinblick auf die früheren Ernährungsprobleme gaben die befragten Frauen an, heute einen gesünderen Umgang mit dem Thema Essen zu haben. Sie berichteten beispielsweise, heute mit mehr Genuss zu essen, in der Öffentlichkeit Nahrung zu sich nehmen und ehemals »verbotene Lebensmittel wie etwa Pommes und Chips« wieder essen zu können. Allerdings gaben vier der fünf Frauen auch an, bis heute Probleme bei alltäglichen Essenssituationen zu erleben, vor allem in Stresssituationen und belastenden Lebensphasen. Hier wird restriktives Essverhalten teilweise weiterhin als Möglichkeit genutzt, das Gefühl von Kontrolle wiederzuerlangen und Unsicherheit zu reduzieren. Darüber hinaus zeigte die Auswertung der Interviews, dass die Gedanken der Befragten immer noch häufig um ein verzerrtes Schönheitsideal kreisen. Eine der Frauen führte dazu aus: »Ich beschäftige mich bewusst und täglich mit dem Thema Schlanksein. ... Ich beobachte mich dabei, wie ich mich regelmäßig in spiegelnden Oberflächen beobachte und kontrolliere.« Eine andere Studienteilnehmerin äußerte: »Wenn es mir wirklich schlecht geht, erbreche ich nach dem Essen. Ich kann nie sagen, dass ich zu dünn bin.«

**Bewertung der Essstörung aus heutiger Sicht.** Retrospektiv bewerten die Studienteilnehmerinnen ihre Essstörung als eine sehr belastende und prägende

Erfahrung, die sich nachhaltig auf ihr Leben ausgewirkt habe. So äußerte eine der befragten Frauen: »Man kann gesund werden, aber ich glaube nicht, dass man geheilt wird von dieser Krankheit«. Zum Teil gestehen sich die Studienteilnehmerinnen ein, immer noch von einem irrationalen Schlankheitsideal beeinflusst zu sein: »Auch wenn sich die Einsicht mit der Zeit verändert hat, sind die Gedanken, dünn sein zu wollen, immer da«. Andererseits beschrieb eine weitere Studienteilnehmerin, dass sie heute sogar Hass empfinde, wenn sie Mädchen mit Magersucht oder Bulimie sehe. »Am liebsten würde ich mir die dann nehmen und anschreien: »Bist du bescheuert, du machst dir gerade dein Leben kaputt!« Lediglich eine Interviewpartnerin bekundete, heute einen völlig normalen Umgang mit dem Thema Essen zu haben.

**Zukunftsperspektiven.** Alle Interviewpartnerinnen sahen ihre Zukunft positiv und beschrieben konkrete Ideen im Hinblick auf ihre weitere berufliche und persönliche Entwicklung. So streben zwei der Befragten eine pädagogische bzw. therapeutische Zusatzausbildung an, eine andere erhoffe sich, für ihr Unternehmen ins Ausland gehen zu können. Drei der Befragten träumen davon, in Zukunft mehr zu reisen und die Welt kennenzulernen. Außerdem äußerten alle Interviewpartnerinnen den Wunsch, in absehbarer Zeit eine Familie zu gründen.

**Bewertung der Zeit in der Wohngruppe.** Bei der Gesamtbewertung des Aufenthalts in der sozialtherapeutischen Wohngruppe waren in den Interviews zwei zentrale Aspekte erkennbar: Zum einen wurde die Wohngruppe offenbar vor allem anfänglich als »Rettung« und »vertraute Gemeinsamkeit« erlebt, welche wesentlich zur inneren und äußeren Stabilisierung beiträgt. Hierbei wurden besonders die intensiven und vertrauensvollen Beziehungen zu den Therapeuten bzw. Betreuerinnen als wichtige Aspekte beschrieben. Einige Studienteilnehmerinnen berichteten auch, dass sie die Zeit in der Wohngruppe sehr geprägt habe und sie das Gemeinschaftsgefühl und die Solidarität bis heute positiv in Erinnerung hätten. Außerdem habe sich das Verhältnis zum Elternhaus deutlich verbessert. Zum anderen kann sich diese Wahrnehmung im Laufe der Zeit verändern, indem die Zeit in der Wohngruppe als vorübergehende Zwischentape auf dem Weg zu einem eigenen und selbstbestimmten Leben bewertet wird. Die Ablösung von der Wohngruppe kann manchmal deswegen auch ein wichtiger innerer und äußerer Entwicklungsschritt sein: Es sei ein »Befreiungsschlag« gewesen, da rauszukommen«, berichtete eine Befragte in diesem Zusammenhang.

## Diskussion und Ausblick

Obwohl die vorgestellte qualitative Interviewstudie nicht den Anspruch der Repräsentativität erheben kann, bietet sie einen differenzierten Einblick in das subjektive Erleben ehemaliger Bewohnerinnen von sozialtherapeutischen Wohngruppen. Die dargestellten Ergebnisse stehen zunächst im Einklang mit der eingangs erwähnten Evaluationsstudie von Rohling und KollegInnen (2007), in der positive Effekte für das Befinden und den Gesundheitszustand der Mädchen nach Abschluss der Maßnahme nachgewiesen wurden. In der vorliegenden Studie zeigte sich nun, dass sich der Aufenthalt auch längerfristig positiv auswirkt. Das positive Gesamturteil der Befragten bezieht sich sowohl auf die Zeit in der Wohngruppe als auch auf die mittel- und langfristigen Folgen für die weitere gesundheitliche und persönliche Entwicklung. Neben der Erfahrung von Solidarität und Bindung in der Gruppe trägt offenbar die intensive therapeutische Beziehungsgestaltung in der Wohngruppe wesentlich zur Gesamtbewertung und zur Wirksamkeit der Maßnahme bei. Dies entspricht auch dem Befund der Psychotherapieforschung, dass die therapeutische Beziehung eine zentrale Rolle für den Genesungsprozess spielt (Grawe, 2004).

Im Sinne von Thiersch (1992/2014) ist die Wohngruppe für die betroffenen Mädchen – gemessen an jugendlichen Maßstäben – über eine lange Zeit eine Lebenswelt, die einen sehr wesentlichen Einfluss auf ihre persönliche Gesamtentwicklung ausübt. Es ist davon auszugehen, dass eine Überwindung der Essstörung und ggf. weiterer psychischer Probleme eng mit der erfolgreichen Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben verknüpft ist. So ist z. B. bekannt, dass es anorektischen und bulimischen Mädchen oft sehr schwer fällt, soziale Kontakte zu Gleichaltrigen zu knüpfen bzw. aufrechtzuerhalten; vielfach ist soziale Isolation die Folge (Reich et al., 2004). Die Ergebnisse der vorliegenden Interviewstudie deuten darauf hin, dass durch die Gemeinschaft in der Wohngruppe soziale Ängste abgebaut und soziale Kompetenzen nachhaltig verbessert werden können. Auch hinsichtlich der Bewältigung weiterer Entwicklungsaufgaben zeigte sich bei den befragten Interviewpartnerinnen ein positives Gesamtbild. So ist es allen befragten Frauen gelungen, nach dem Auszug aus der Wohngruppe ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Sie hatten Schule und Ausbildung durchweg erfolgreich abgeschlossen und formulierten realistische berufliche Zielvorstellungen. Sie leben in festen PartnerInnenbeziehungen und haben einen Freun-

dinnen- und Bekanntenkreis aufgebaut. Ferner konnte auch die Entwicklungsaufgabe »Emotionale Unabhängigkeit von Eltern und anderen Erwachsenen« erfolgreich bewältigt werden, wobei für einige der Befragten auch der emotionale Ablösungsprozess von Bezugspersonen in der Wohngruppe ein wichtiger Entwicklungsschritt war. Allerdings zeigen die Ergebnisse der Studie auch, dass die Entwicklungsaufgabe »Akzeptieren des eigenen Körpers« für Mädchen mit einer Essstörung auch langfristig eine der schwierigsten Herausforderungen darstellt. Obwohl sich das Essverhalten und das Körpergewicht bei allen Studienteilnehmerinnen weitgehend normalisiert hat, gaben vier der fünf befragten Frauen an, bis heute zumindest zeitweise diesbezügliche Schwierigkeiten zu haben. Als Fazit der vorliegenden Studie kann festgehalten werden, dass sich der Aufenthalt in einer sozialtherapeutischen Wohngruppe für Mädchen mit Essstörungen langfristig positiv auf deren gesundheitliche und persönliche Entwicklung auswirken kann. Im Hinblick auf die aktuelle Situation, dass es gemessen an der Prävalenz von Anorexia bzw. Bulimia nervosa nur sehr wenige solcher Wohngruppen gibt und diese wenigen Plätze meist über mehrere Jahre belegt sind, ist eine Etablierung bzw. Ausbreitung sozialtherapeutischer Wohngruppen dringend erforderlich.

## Literatur

- Davison, G. C., Neale, J. M. & Hautzinger, M. (2007). *Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch* (7., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (vollst. überarb. und erw. Neuausg.). Hamburg: Rowohlt.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grob, A. & Jaschinski, U. (2003). *Erwachsen werden. Entwicklungspsychologie des Jugendalters* (Reihe: Beltz-PVU – Lehrbuch). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11., akt. u. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Reich, G., Götz-Kühne, C. & Killius, U. (2004). *Essstörungen. Magersucht, Bulimie, Binge Eating. Wie Sie Essstörungen erkennen und verstehen. Aussteigen: welche Therapien Ihnen helfen. Wege zurück ins normale Leben* (Reihe: TRIAS-Therapie-Kompass). Stuttgart: TRIAS.
- Rohling, J., Eva, W. & Schnebel, A. (2007). *Intensivtherapeutische Wohngruppen bei Essstörungen: Ergebnisse einer Therapieevaluation*. Vortrag auf dem 1. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen in Prien am Chiemsee, 10.11.2007.
- Salbach-Andrae, H., Jacobi, C. & Jaite, C. (2010). *Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Weinheim: Beltz.
- Thiersch, H. (2014). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel* (Reihe: Edition Soziale Arbeit; 9., inhaltl. unveränd. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa (Erstauflage erschienen 1992).
- Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen* (Reihe: Campus Forschung, Bd. 322). Frankfurt: Campus.

Das Ziel guter Sozialer Arbeit kann kaum an Aktualität verlieren. Qualitätsmanagement und -entwicklung sind allerdings fortwährend Erneuerungszyklen ausgesetzt – aufgrund sich verändernder sozialer Problemlagen, sich rasch wandelnder gesellschaftlicher und sozialpolitischer Bedingungen sowie aufgrund fachlicher und wissenschaftlicher Entwicklungen. Speziell der Zuwachs an Wissen aus Forschung und Evaluation ist zu einer gegenwärtigen Herausforderung für die Qualität der Sozialen Arbeit geworden. In diesem Zusammenhang kann gefragt werden, welche Impulse das Konzept evidenzbasierter Praxis (EBP) für die Qualitätsdiskussion setzt. Nach einer kurzen Bestimmung dessen, was EBP ist, werden im Folgenden mit der Wirksamkeit und der wissenschaftlichen Fundierung der professionellen Praxis zwei Aspekte skizziert, die in einer vergleichenden Betrachtung von EBP und dem Qualitätsthema besonders relevant erscheinen. Abschließend erfolgen Fazit und Ausblick.

### Was ist evidenzbasierte Praxis?

EBP ist in den 1990er-Jahren zunächst in der Medizin entstanden – in Verbindung mit dem Aufkommen der klinischen Epidemiologie. Für die Entstehung der evidenzbasierten Medizin war eine Arbeitsgruppe um David L. Sackett bahnbrechend, welche die ersten Definitionen von EBM<sup>1</sup> beitrug. EBP hat sich bald auf den gesamten Gesundheitssektor ausgedehnt und hat die Soziale Arbeit spätestens mit dem Erscheinen des *Journal of Evidence-Based Social Work* im Jahr 2004 erreicht. EBP wird kontrovers diskutiert (vgl. Otto et al., 2010), wobei auffällig ist, dass sich Befürworter und Kritiker oft auf unterschiedliche Aspekte beziehen. Zu berücksichtigen ist also, dass EBP ein mehrdimensionaler Diskurs ist. EBP wird u. a. verstanden als

- eine Bewegung, ein neues Paradigma oder eine kritische Denkungsart, welche an die Stelle von Autoritäten, ExpertInnenmeinungen, Traditionen des Fachs die wissenschaftliche Evidenz strenger empirischer Forschung setzt;
  - Orientierung am Outcome;
  - Identifikation, Verbreitung und Nutzung des besten verfügbaren Wissens;
  - Anspruch von NutzerInnen, über den Stand der Forschung informiert zu werden und mehrere Interventionsoptionen angeboten zu bekommen;
  - Prozessmodell professionellen Handelns;
  - professionsethische Verpflichtung.
- Als besonders markantes Kennzeichen evidenzbasierter Praxis wird oft die Outcome-Orientierung gesehen.

### Wirksamkeit

EBP rückt die Effekte von Interventionen ins Zentrum. Die Frage »*what works?*« wurde für die EBP-Bewegung in besonderer Weise paradigmatisch. Evaluationsdesigns sollten idealiter dem »Goldstandard« klinischer Studien (randomisiertes Kontrollgruppenexperiment) folgen. In der Erstausgabe des *Journal of Evidence-Based Social Work* wurden folgende »levels of evidence« angegeben:

- »Systematic Reviews/Meta-Analyses
- Randomized Controlled Trials
- Quasi-Experimental Studies
- Case-Control and Cohort Studies
- Pre-Experimental Group Studies
- Surveys
- Qualitative Studies« (McNeece & Thyer, 2004, S. 10).

Auch andere Evidenzhierarchien wurden formuliert und diskutiert (vgl. Gambrill, 2006).

In einer kritischen Bewertung dieser Form der Outcome-Orientierung ist festzuhalten, dass das in klinischen, pharmazeutischen Studien gegründete epistemologische Verständnis der evidenzbasierten Medizin nicht sinnvoll auf die Soziale Arbeit übertragbar ist. Psychosoziale Intervention können nicht beliebig standardisiert und hinsichtlich der Randbedingungen kontrolliert werden. Soziale Kontexte bis hin zu gesellschaftspolitischen Faktoren spielen in der Sozialen Arbeit eine bedeutende Rolle. Darüber hinaus werden personenbezogene soziale Dienstleistungen von NutzerInnen und Professionellen ko-produziert, und damit wird das Zusammenspiel von Wir-

kung und Nutzen einschließlich der Frage geeigneter Zielindikatoren komplizierter. Eine »*what works*«-Perspektive allein erfasst die Komplexität psychosozialer Interventionen nicht angemessen. Wirkungen Sozialer Arbeit können und müssen umfassender evaluiert werden, wie dies beispielsweise in der *Realist Evaluation* (Kazi, 2003) erfolgt. Zentrale Elemente dieses Evaluationsansatzes sind Outcomes, Interventionsmodelle, Kontexte und Mechanismen. Damit sind also – in Verbindung mit programmtheoretischen Modellierungen – sowohl indikatornenbasierte Wirkungsmessungen als auch qualitative Rekonstruktionen von Wirkungsmechanismen und Einflüssen aus Kontextbedingungen möglich. Wirkungsevaluationen mit einem solchen Rahmenkonzept haben das Potenzial für eine hohe »ökologische Validität« und sind dementsprechend auch mit höherer Wahrscheinlichkeit praxisrelevant.

### Wissenschaftliche Fundierung der professionellen Praxis

Wie die Bezeichnung evidenzbasierte Praxis nahelegt, geht es in EBP auch und gerade um die praktische Verwendung von Evidenz. EBP spezifiziert das allgemein geltende Postulat, dass professionelles Handeln wissenschaftlich fundiert sein soll, und macht zunächst einmal auf die Notwendigkeit der systematischen Zusammenführung, der Synthese und Bewertung von Wissen aus Forschung und Evaluation aufmerksam. Es besteht der Anspruch, dass Forschung und Evaluation in Datenbanken zugänglich sind. International lassen sich diesbezügliche Aktivitäten beobachten (z.B. [www.campbellcollaboration.org](http://www.campbellcollaboration.org), [www.scie.org.uk](http://www.scie.org.uk), [www.rip.org.uk](http://www.rip.org.uk)). Dann geht es darum, die Evidenz auf den verschiedenen Interventionsebenen (direkte Praxis, Management, Politik) in der Entscheidungsfindung zu nutzen. Es werden insbesondere die Prozessschritte akzentuiert, aus einem Informationsbedarf (need of information)<sup>2</sup> eine beantwortbare Frage (answerable question) zu formulieren, Evidenz zu ermitteln und kritisch einzuschätzen (critical appraisal), Handlungsoptionen den gewünschten Zielen zuzuordnen und die Resultate zu integrieren und anzuwenden (application).

In der Umsetzung dieses Ansatzes zeigt(t)en sich verschiedene Probleme. Zunächst ist die Aufbereitung von em-

1 »Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research.« (Sackett et al., 1996, S. 71) »Evidence-based medicine (EBM) is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values« (Sackett et al., 1997/2000, S. 1).

2 Die entsprechenden englischen Begriffe werden angegeben, um die Zuordnung zum Diskurs im anglofonen Sprachraum, in welchem EBP entstanden ist, zu ermöglichen.

pirischen Studien ein schwieriges Unterfangen, insbesondere wenn damit der Anspruch verbunden ist, die »beste« verfügbare Evidenz ermitteln zu können. Ein hinlänglicher Konsens über Gütekriterien von Forschung ist in der wissenschaftlichen Disziplin der Sozialen Arbeit bisher nicht gegeben. Dann zeigte sich, dass die Implementation von EBP diverse, vor allem auch organisationale Voraussetzungen hat (Gray et al., 2013). Forschungsnutzung ist ein komplexer, anspruchsvoller Prozess. Als eine Reaktion auf die Schwierigkeiten bei der Implementation von EBP wird in jüngerer Zeit das Konzept der Translation (von Studien in die klinische Anwendung) herangezogen. Dieser Ansatz scheint die für EBP charakteristische Vorstellung von Wissenstransfer als Kommunikation eines »Senders« (Forschung) und eines »Empfängers« (Praxis) jedoch nicht grundlegend zu überwinden.

## Fazit und Ausblick

In diesem Beitrag wurden zwei Aspekte von EBP in der gebotenen Kürze ausgeführt. Die Sensibilisierung für Wirkungszusammenhänge kann als ein Verdienst der EBP-Bewegung gesehen werden, auch wenn deren methodologische Engführungen zu kritisieren sind. Wir-

kungsorientierte Studien eröffnen spezifischere Perspektiven auf Ergebnisqualität. Eindeutige Antworten auf Qualitätsfragen sind von der Auseinandersetzung mit Wirkungsforschung und -evaluation (vorläufig) jedoch nicht zu erwarten. Dazu werden bisher u.a. relevante Daten oft nicht in der Breite erhoben (etwa durch geeignete Monitoring-Systeme) und replizierend ausgewertet, und Studien werden noch kaum in systematischen Reviews zusammengeführt. Aus diesem Befund lassen sich entsprechende Forderungen an die Soziale Arbeit als Disziplin und Profession ableiten. Mit dem Aspekt der wissenschaftlichen Fundierung der Praxis wird durch EBP ein anderes, weitreichendes Themengebiet adressiert. Die Aktualität des Themas besteht u.a. darin, dass der wachsende Umfang der Forschungsliteratur danach ruft, die Bewertung, Synthese und Verbreitung von Studien besser zu organisieren. Dass den Professionellen der Stand der Forschung zugänglich und bekannt ist, ist eine minimale Voraussetzung dafür, dass eine Praxis als wissenschaftlich fundiert gelten kann, und dies ist ein generelles Qualitätsmerkmal professionellen Handelns. So lässt sich zusammenfassend konstatieren, dass das Konzept der EBP zwar in verschiedener Hinsicht problematisch ist. Der Begriff der Evidenzbasierung, der ohnehin nicht klar ist (vgl. Merchel,

2010), könnte ohne Weiteres fallen gelassen werden. Allerdings werden die Herausforderungen durch zentrale Aspekte, die im Kontext von EBP thematisiert wurden und die auch für Qualitätsmanagement und -entwicklung relevant sind, auf längere Sicht bestehen bleiben.

## Literatur

- Gambrill, E. (2006). Evidence-based practice and policy: choices ahead. *Research on Social Work Practice*, 16(3), 338-357. Online verfügbar: [www.sagepub.com/upm-data/31096\\_Chapter2.pdf](http://www.sagepub.com/upm-data/31096_Chapter2.pdf) [31.08.2014].
- Gray, M., Joy, E., Plath, D. & Webb, S. A. (2013). Implementing evidence-based practice: A review of the empirical research literature. *Research on Social Work Practice*, 23(2), 157-166.
- Kazi, M. A. F. (2003). *Realist evaluation in practice. Health and social work*. London: Sage.
- McNeece, C. A. & Thyer, B. A. (2004). Evidence-based practice and social work. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 1(1), 7-25.
- Merchel, J. (2010). *Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (Reihe: Votum; 3., überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Otto, H.-U., Polutta, A. & Ziegler, H. (Hrsg.) (2010). *What Works – Welches Wissen braucht die Soziale Arbeit? Zum Konzept evidenzbasierter Praxis*. Opladen: Budrich.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(13), 71-72. Online verfügbar: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/pdf/bmj00524-0009.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/pdf/bmj00524-0009.pdf) [31.08.2014].
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. & Haynes, R. B. (2000). *Evidence based medicine: How to practice and teach EBM* (2., unveränd. Aufl.). London: Churchill Livingstone (Erstauflage erschienen 1997).

## DVSG veröffentlicht Leitfaden Qualitätsmanagementsystem für Klinische Sozialarbeit

### DVSG veröffentlicht Leitfaden zum Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems für Klinische Sozialarbeit

Die Entwicklung der Qualität Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen ist für die DVSG ein wesentliches Anliegen, um vor dem Hintergrund zunehmender Ökonomisierung professionelles Handeln zu unterstützen und einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu fördern. Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen sind mittlerweile wichtige Elemente zur Differenzierung im Wettbewerb, wobei der Qualitätsnachweis zunehmend in Form von Zertifizierungen geführt wird. Ein systematisch geplantes und betriebenes Qualitätsmanagementsystem ist ein

wirksames Instrument für Klinische Sozialarbeit, um auf Grundlage fachlicher Standards und im Hinblick auf die Erwartungen an den Sozialdienst eigene Qualitätsziele festzulegen, Kennzahlen zu entwickeln und deren Zielerreichung zu messen. Neben anderen Bausteinen für ein fachbezogenes Qualitätsmanagement im Bereich der Sozialen Arbeit liegt in der Entwicklung von Qualitätszielen, der Beschäftigung mit einem erweiterten Kundenbegriff sowie der Beschreibung von Prozessen und Kennzahlensystemen die Chance, zukunftsorientiert die Frage nach Effektivität und Effizienz Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen zu beantworten. In konsequenter Weiterentwicklung der Produkt- und Leistungsbeschreibung Klinischer Sozialarbeit liefert der »Leitfa-

den zum Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems für Klinische Sozialarbeit« Hinweise und Anregungen für den Aufbau und die Implementierung eines systematisch geplanten und ablauforientierten Qualitätsmanagementsystems, das darauf abzielt, Soziale Arbeit im Gesundheitswesen transparent abbilden und weiterentwickeln zu können.

Der Leitfaden kann bei der DVSG-Bundesgeschäftsstelle ([info@dvsg.org](mailto:info@dvsg.org); Tel. 030-393064540) bestellt werden. DVSG-Mitglieder erhalten den Leitfaden zum Selbstkostenpreis von 12,50 Euro. Der Preis für Nichtmitglieder beträgt 22,50 Euro. Unter [www.dvsg.org](http://www.dvsg.org) (Publikationen – Broschüren/Bücher) besteht auch die Möglichkeit zur Online-Bestellung.

## Anzeige

Das **European Centre for Clinical Social Work (ECCSW)** ist ein von PraktikerInnen und HochschullehrerInnen gegründeter Verband, der Entwicklungen von Praxis, Wissenschaft und Forschung zur Klinischen Sozialarbeit auf europäischer Ebene bündelt und fördert.

**Aktivitäten:** Regelmäßige Informationen aus dem Feld der Klinischen Sozialarbeit, Ausrichtung wissenschaftlicher Tagungen, Seminare und Workshops, Vergabe des »Europäischen Förderpreises Klinische Sozialarbeit«, Publikationsförderung

**Mitglied werden:** Als Mitglied bewegen Sie sich in einem Netzwerk von Professionellen, die die Konturen und Entwicklungen einer Klinischen Sozialarbeit in Europa an vorderster Stelle bestimmen.



**Informationen:**  
[www.eccsw.eu](http://www.eccsw.eu)  
[info@eccsw.eu](mailto:info@eccsw.eu)