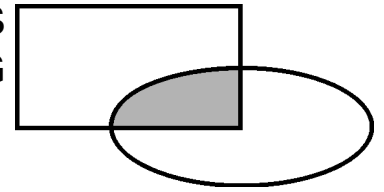


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



8. Jg. ■ Heft 2 ■ April 2012

Inhalt

Themenschwerpunkt: Institutionen

- 3 Editorial
- 4 *Veronika Hammer*
Institutionen Sozialer Arbeit und ihre
subjektorientierten, professionellen Netzwerke
- 7 *Helmut Pauls & Günter Zurhorst*
Klinische Sozialarbeit in Institutionen
– ein Opfer »doppelter Buchführung«?
- 10 *Rezension von Helmut Pauls*
Lehrbuch Gesundheit
- 11 *Rezension von Doris Rosenkranz*
Institutionelle Arrangements
- 11 *Rezension von Christine Kröger*
Klinische Sozialarbeit
- 2 Veranstaltung- & Projekthinweise
- 2 Zu den Autoren dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

Herausgeber

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



Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

Veronika Hammer

Dr. rer. pol., Dipl.-Sozialpädagogin (FH), Dipl.-Soziologin (Univ.). Professorin für Sozialarbeitswissenschaft, Gesellschaftswissenschaftliche Grundlagen, Empirische Sozialforschung, Hochschule Coburg.
Kontakt: veronika.hammer@hs-coburg.de

Christiane Kröger

Dr. rer. nat., Dipl.-Psychologin (Univ.). Professorin für Klinische Sozialarbeit, Klinische Heilpädagogik und Psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit, Hochschule Coburg.
Kontakt: kroeger@hs-coburg.de

Helmut Pauls

Dr. phil., Dipl.-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut. Professor für Psychologie und

Handlungslehre Sozialer Arbeit, Hochschule Coburg. Gründer der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS).

Kontakt: pauls@hs-coburg.de

Doris Rosenkranz

Dr. rer. pol., Dipl.-Soziologin. Professorin für Sozialmanagement, Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg.

Kontakt: rosenkranz@fhws.de

Günter Zurhorst

Dr. rer. pol. Dr. phil., Dipl.-Politologe, Dipl.-Psychologe. Professor für Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsförderung und Prävention, Fakultät Soziale Arbeit, Hochschule Mittweida.

Kontakt: zurhorst@hs-mittweida.de

01.06.2012: Tagung »Klinische Sozialarbeit«

Tagung »Klinische Sozialarbeit als Förderung sozialer Kompetenzen« des Instituts für Soziale Gesundheit und des Referats Weiterbildung der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin in Kooperation mit der Fachgruppe Sozialtherapie des European Centre for Clinical Social Work in Berlin.

Obwohl die Förderung sozialer Kompetenzen zu den zentralen Anliegen der Sozialarbeit zählt, fehlen dafür weitgehend ausgearbeitete Handlungskonzepte und Methoden. Die Tagung soll sichtbar machen, in welchen Bereichen Klinischer Sozialarbeit die Förderung sozialer Kompetenzen stattfindet. Zu-

gleich soll begonnen werden, bestehende Erfahrungen auszutauschen und für die Weiterentwicklung Klinischer Sozialarbeit zu nutzen. Vorträge und Workshops zur sozialen Kompetenzförderung in der Arbeit mit Jugendlichen, psychisch kranken Menschen und in der medizinischen Rehabilitation.

Anmeldung & weitere Informationen

- Teilnahmegebühr: 30€, ermäßigt 20€ (Vollzeitstudierende und Arbeitslose)
- www.khsb-berlin.de/weiterbildung/kongressfachtagungen
- Tel. 030-50101062 (wochentags 13-17 Uhr)

13.-15.9.2012: Tagung »Politik der Sozialen Arbeit«

8. Bundeskongress Soziale Arbeit in Hamburg: »Politik der Sozialen Arbeit – Politik des Sozialen« an der HAW Hamburg

Im Selbstverständnis bisheriger Bundeskongresse Sozialer Arbeit war das »Soziale« etwas Eigenständiges, Eigensinniges. Insofern erscheint die immer stärker werdende Tendenz, das Soziale nur noch unter dem Aspekt seiner »Nützlichkeit« zu betrachten und es auf diese Weise dem Ökonomischen zuzuschlagen, als Angriff auf das Selbstverständnis

nis Sozialer Arbeit. In Vorträgen, Arbeitsgruppen und Symposien unter folgenden Aspekten diskutiert werden: (1) das Ökonomische vom Sozialen her denken, (2) in gesellschaftlichen Konflikten Position beziehen, (3) soziale Rechte verteidigen, Ausgrenzungen kritisieren, Gemeinsames stärken.

Kontakt & weitere Informationen

- Marion.Panitzsch-Wiebe@haw-hamburg.de
- TimmKunstreich@aol.com
- baerbel.bongartz@haw-hamburg.de

26./27.10.2012: 4. Tagung »Soziale Diagnostik«

4. Tagung Soziale Diagnostik an der Alice-Salomon-Hochschule Berlin in Kooperation mit Deutscher Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) und European Centre for Clinical Social Work (ECCSW e.V.)

Aus dem Programm

Hauptvorträge von Christian Schrappner, Peter Sommerfeld und Maja Heiner. Symposien zu den

Themen Jugend- und Familienhilfe, Resozialisierung/Inklusion, Gesundheit/Rehabilitation und Klassifikation in der Sozialen Arbeit, koordiniert und geleitet von Peter Pantuček, Peter Buttner, Dieter Röh und Silke Birgitta Gahleitner

Kontakt & weitere Informationen

Silke Birgitta Gahleitner (sb@gahleitner.net)

ECCSW-Förderpreis »Klinische Sozialarbeit«

Das »European Centre For Clinical Social Work – ECCSW« verleiht 2012 erstmals den mit 1.000 € dotierten Förderpreis für herausragende wissenschaftliche Beiträge im Bereich Klinischer Sozialarbeit.

Der Förderpreis wird für eine wissenschaftliche Arbeit im Bereich Klinischer Sozialarbeit vergeben und zielt v.a. auf die in Masterstudiengängen der Klinischen Sozialarbeit erstellten Qualifikati-

onsarbeiten zu allen Tätigkeitsfeldern Klinischer Sozialarbeit. Mit den Preisträgern sollen NachwuchswissenschaftlerInnen gefördert werden, die mit ihrer Forschungsarbeit einen herausragenden Beitrag zum wissenschaftlichen Themenfeld Klinischer Sozialarbeit geleistet haben.

Kontakt & weitere Informationen

www.eccsw.eu; info@eccsw.eu

Stellungnahme »Situation Soziale Arbeit«

Mit einer Stellungnahme reagieren die Vorstände der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) und der Kommission Sozialpädagogik in der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE) auf die schwierige Lage an bundesdeutschen Hochschulen: Soziale Arbeit kann nur

auf breiter wissenschaftlicher Basis und entsprechender akademischer Ausbildung von professionellen Fachkräften geleistet werden. Daher muss die wissenschaftliche Ausbildung nachhaltig gesichert und ausgebaut werden.

Weitere Informationen: www.dgsainfo.de/aktuelles

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, 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)
Kirsten Becker-Bikowski
Silke Birgitta Gahleitner
Gerhard Klug

Anzeigenanleger

G. Hahn, Virchowstr. 27, 90766 Fürth
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 2546
Fax +49 (0)9131 / 753 2964
Email: info@gernot-hahn.de

Schlussredaktion & Gestaltung

Ilona Oestreich

Druck

Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH, Ottweiler

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.

Die Diagnose, Behandlung und Erforschung psychosozialer Leidenszustände von Einzelnen, Familien und Gruppen stehen im Mittelpunkt der Klinischen Sozialarbeit. Die sozialen Bezüge spielen dabei als Entstehungsort von Problemlagen und als Handlungsraum für deren Behandlung eine bedeutende Rolle. Klinische Sozialarbeit setzt an den sozialen und psychischen Konflikten der betroffenen Menschen an. Sie zielt insbesondere auf stark marginalisierte Bevölkerungsgruppen, welche von den herkömmlichen Hilfsangeboten nur schlecht bzw. gar nicht erreicht werden. Die gesellschaftliche Brisanz dieser Aufgabenbestimmung leitet sich aus der Krise moderner (technisch, sozial, ausbildungsbezogen, ökonomisch) hoch entwickelter Gesellschaften ab, in denen ganze Bevölkerungsgruppen in einer für Gesellschaft und Individuum befriedigenden Weise zu integrieren sind, was eine stete große Herausforderung bedeutet. Zum einen bedürfen sie daher einer institutionell ausdifferenzierten Unterstützung bei der Lösung ihrer soziopsychosomatischen Konflikte und Probleme. Zum anderen ist es erforderlich, dass von den institutionellen Akteuren der Sozialen Arbeit – mit hoher Sensibilität und unter Einbeziehung der Bedürfnisse und Ressourcen der Betroffenen – adäquate soziale und gesellschaftliche Verbesserungen eingefordert werden.

Ausgehend von diesen Aufgabenstellungen steht und handelt Klinische Sozialarbeit in den institutionellen Bezügen der Profession und Disziplin Sozialer Arbeit. Der Themenschwerpunkt »Institutionen« fokussiert diese Perspektive.

Veronika Hammer geht zunächst auf die sozialpolitisch und wohlfahrtsstaatlich motivierte Gestaltung der bundesdeutschen Hilfelandschaft ein, um auf die vorhandene institutionelle Morphologie im Kontext der Wurzeln Sozialer Arbeit aufmerksam zu machen. Dabei verortet sie die subjektorientierte Soziale Arbeit in ihren professionellen Netzwerken. Diese formieren sich mit einer beachtlichen fachlich-personellen Entwicklung im Sozial- und

Gesundheitswesen sowie in der öffentlichen Verwaltung und in Kindergärten sowie Vor- und Grundschulen. Im weit ausdifferenzierten Berufsfeld der Sozialen Arbeit und mit ihren institutionellen Anbindungen an soziale Dienstleistungsketten nimmt die Klinische Sozialarbeit als beratend-behandelnde Fachsozialarbeit ihren Platz ein. Institutionelle Sozialarbeit als innovative Neuentwicklung versteht die therapeutische Leistung der Klinischen Sozialarbeit als einen Teilaspekt in diesem breiten Hilfespektrum Sozialer Arbeit.

Helmut Pauls und Günter Zurhorst beleuchten daran anschließend ein zentrales Problem Klinischer Sozialarbeit in Institutionen und Organisationen. Klinische Sozialarbeit wird in ihrer Bedeutung oft nicht honoriert bzw. schlichtweg in ihrer fachlichen Notwendigkeit verkannt. Die Autoren bezeichnen diesen Prozess als »doppelte Buchführung«, wobei in den Institutionen auftretende (»soziale«) Probleme zwar der Bearbeitung und Lösung durch Fachkräfte Sozialer Arbeit zugeschrieben, deren Ausstattung und Kompetenzbereich jedoch strukturell beschnitten werden. Pauls und Zurhorst zeigen an einem Fallbeispiel aus dem Bereich der Schulsozialarbeit, wie klinische Zielsetzungen und Interventionen, derart durch Rahmenbedingungen behindert, ins Leere laufen müssen.

Die institutionellen Infrastrukturen Sozialer Arbeit dienen zum einen als Orte der sozialen Unterstützung, zum anderen aber auch als Orte, an denen individuelle Probleme entstehen und sich weiterentwickeln können. Ein kritisch-reflektierender Blick richtet sich von daher auch auf die Bedingungen sozialer Institutionen und deren Rahmensetzungen, die sich aus größeren Deutungszusammenhängen ergeben. Diese stehen wiederum in enger Verbindung mit den Strukturen und Konzepten z.B. von sozialen Diensten, Erziehungseinrichtungen, Beratungsstellen, Therapieeinrichtungen. Gesetzliche Vorgaben und fiskalische Regelungen gehören zum Alltag in den institutionellen Bezügen Sozialer Arbeit genauso, wie die in den Institutionen Sozialer Arbeit fachlich und professionell hergestellten Handlungsformen und -konzepte. Klinische

Sozialarbeit wendet sich Menschen mit besonderen, multiplen und oft chronifizierten Problemlagen zu, die schwer zu erreichen, »hard-to-reach« sind. Einerseits fällt es Menschen oft schwer, sich an qualifizierte institutionelle Hilfsangebote zu wenden. Andererseits analysiert ein kritischer Institutionenbegriff bestimmte Institutionstypen als »schwer erreichbar«, z.B. wenn KlientInnen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status das Beratungsangebot einer Erziehungsberatungsstelle nicht erreichen können (Hahn & Hahn, 2012) oder Menschen mit psychischer Erkrankung und aggressiven Verhaltensanteilen aus Therapie- und Beratungsangeboten ausgeschlossen werden.

Klinische Sozialarbeit beansprucht demzufolge auch weiter einen selbstkritischen Blick in Bezug auf ihre eigenen Interventionsformen, u.a., um »erlernte Hilflosigkeiten« (Seligmann, 2010) zu vermeiden. Notwendig ist hierfür ein institutioneller Rahmen als Ort, an dem subjektbezogene Problemlagen mit dem Modus des Aushandelns und mit der Beteiligung der Betroffenen aufgefangen und zielorientiert bearbeitet werden können. Kritisch-reflexive Analysen sind notwendig, um die Institutionalisierung ambulanter, niederschwelliger Versorgungsstrukturen und die Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Angehörigen in Konzeption und Realisierung ihrer Hilfs- und Behandlungseinrichtungen weiter voranzubringen. Insofern bedürfen die Klinischen SozialarbeiterInnen auch entsprechender organisationsbezogener und arbeitsfeldanalytischer Kompetenzen (vgl. Schwendter, 2000).

Für die Redaktion:
Gernot Hahn

Literatur

- Hahn, G. & Hahn, S. (2012). Vom Paar zur Familie? Übergänge zur Elternschaft in postmodernen Beziehungsformen. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten* (S. 130-144). Bonn: Psychiatrie-Verlag. (Reihe: Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 4.)
- Schwendter, R. (2000). *Einführung in die Soziale Therapie*. Tübingen: dgvt.
- Seligman, M. E. (2010). *Erlernte Hilflosigkeit* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Institutionen Sozialer Arbeit und ihre subjektorientierten, professionellen Netzwerke

Veronika Hammer

Bezugspunkte institutioneller Wirklichkeiten

Aus der Perspektive der Sozialen Arbeit sind ihre Institutionen komplexe, miteinander korrespondierende, fachliche Handlungsmuster, die sich gestaltend, entwickelnd, planend, verwaltend und führend in subjektorientierten Beziehungen und organisatorischen Abläufen in den Tätigkeitsbereichen der Sozialen Arbeit herausbilden (Nikles, 2008; Hammer, 2011c). Dies geschieht über eine oder mehrere Generationen hinweg. Ausgangspunkt institutionell gewachsener Sozialer Arbeit ist das Subjekt, d. h. die Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen, die von professionellen SozialarbeiterInnen und anderen beteiligten Berufen sowie von Ehrenamtlichen und Honorarkräften ressourcenorientiert begleitet werden, damit sie zu besseren eigenen Lebens- und Lösungsmöglichkeiten gelangen.

In der institutionellen Wirklichkeit der Sozialen Arbeit haben sich im Laufe der Zeit ganz beachtliche Gestaltungs- und Unterstützungsstrukturen für Menschen herausgebildet, z. B. für Obdachlose, für Kinder und Jugendliche aus bildungsfernen Familien, für Pflegebedürftige. Das Spektrum der Sozialen Dienste ist ein Beispiel dafür, wie die sozialpolitisch und sozial- bzw. wohlfahrtsstaatlich motivierte Gestaltung der bundesdeutschen Helfelandschaft derzeit aussieht (Evers et al., 2011). Im öffentlichen Dienst, in den gemeinnützigen institutionellen Kontexten Sozialer Arbeit, in der freien Wohlfahrtspflege und bei den Trägern der freien Jugendhilfe können wir diese institutionelle Morphologie wahrnehmen. Sie hat in gewisser Weise einen stabilen Charakter, speist sie sich doch aus jahrzehntelanger, generationenübergreifender Erfahrung. Sie ist aber auch fragil und beweglich, da sie sich nur mittels Qualitätsorientierung, anhand von Reflexion und Aufgreifen der Anregungen der Menschen, der gesellschaftlichen Veränderungen und Erwartungen aktualisieren und weiterentwickeln kann. Die jüngere Institutionenforschung (Schiller-Merkens, 2008; Tacke, 2011) betont gerade diese Beweglichkeit, wenn es um Fragen geht, die sich im Zuge weltgesellschaftlicher Entwicklungen ergeben. Beispielsweise

müssen wir uns in der Sozialen Arbeit die Frage stellen, ob die »westlichen« Rationalitäts- bzw. Ökonomietendenzen und die professionell-disziplinären Ansprüche aus der Sozialen Arbeit noch kompatibel miteinander sind (Seithe, 2010). Unter Zuhilfenahme dieser Reflexionen kann sich fachliche Identität weiter herausbilden, wenn auch in den Kerncurricula im Studium der Sozialen Arbeit die Methodenpluralität und die berufsethische Verankerung neben Sozialmanagementanforderungen die wesentliche Bezugsgröße bleibt (Hammer, 2011a).

Ausgehend von den Wurzeln der Sozialen Arbeit ist vieles an Weiterentwicklungen möglich, jedoch sollte immer wieder an genau diesen Kern erinnert werden. Methodengeschichtlich betrachtet liegt in diesem Kern beispielsweise die Anerkennung und Variabilität von sozialer Einzelhilfe (social case work), sozialer Gruppenarbeit (social group work) und Gemeinwesenarbeit bzw. Sozialraumorientierung (community organization bzw. community development). Darüber hinaus finden Verfahren und Techniken (Kraft & Müller, 2010) ihre subjektorientierte Anwendung in der Sozialen Arbeit. Professionelles Handeln braucht diese institutionell relevanten fachlichen Bezüge, um entsprechende Dienstleistungen organisieren und anbieten zu können.

Soziale Dienste, Netzwerke und Erwerbstätige im Berufsfeld Sozialer Arbeit

Soziale Dienste »stellen das institutionalisierte Bedingungsgefüge Sozialer Arbeit im wohlfahrtsstaatlichen Arrangement dar« (Kessl & Otto, 2011, S. 387). Soziale Dienste sind eng gekoppelt an ihre Träger, z. B. an die organisatorischen Ausprägungen der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege (z. B. Arbeiterwohlfahrt, Caritasverband, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Rotes Kreuz, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland) sowie der kommunalen Spitzenverbände der Städte, Landkreise, Gemeinden und der Jugendringe. Sie alle wiederum stehen in weiteren institutionellen Kontexten

Sozialer Arbeit, die sich in Form von Vereinen (z. B. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Verein für Sozialplanung), Zusammenschlüssen (z. B. International Federation of Social Workers, International Association of Schools of Social Work) und Institutionen (z. B. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Institut für Soziale Arbeit) ausweisen. Der deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH), die Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (Ver.di) und die Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW) vertreten die darin organisierten Professionellen der Sozialen Arbeit auch berufs- und arbeitnehmerpolitisch. Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) und die DGfE-Kommission »Sozialpädagogik« setzen als institutionalisierte Fachgesellschaften der Disziplin und Profession Soziale Arbeit wissenschaftliche Foren und akademische Fachdiskurse in Gang.

Ausgangspunkt ist das Subjekt bzw. die subjektorientierte Soziale Arbeit. Diese hat angesichts ihrer institutionalisierten pluralen Beschaffenheit heute in den organisationalen Formen post-wohlfahrtsstaatlicher Transformation allerdings mit weitreichenden ökonomisierenden Veränderungen zu tun. Beispielsweise müssen die Betroffenen als Akteure mit unterschiedlichen Sprachregelungen rechnen, so werden oftmals aus KlientInnen die NutzerInnen, aus AdressatInnen die KundInnen. Institutionell herausfordernd wird es für Soziale Arbeit sein, die »Ausgestaltung der Verkoppelung von sozialpolitischen und sozialpädagogischen Anteilen insgesamt neu zu bestimmen« (Kessl & Otto, 2011, S. 400).

Die institutionellen Dienste agieren mit ihren professionellen Ressourcen im Feld der »künstlichen« Netzwerke. Dieses korrespondiert mit dem Feld der »natürlichen« Netzwerke und mit den sozialen Ressourcen der Subjekte (Schubert, 2010, S. 62). Dazu gehören auch marktbezogene, formelle Kooperationen sowie eher informelle Vernetzungen der Klientel mit engen Nahbeziehungen (z. B. Familien, FreundInnen, Verwandte), mit kleinen Netzwerken (z. B. Selbsthilfekreise, Nachbarschaftsnetze, Kollegencliquen), mit größeren Netzen und Interessenbezug (z. B. Vereine, Parteien, Organisationen) (ebd.). Sowohl persönliche Beziehungen wie

auch formelle Kooperationsbeziehungen spielen in diesem Vernetzungsgeflecht eine Rolle, wenn es darum geht, bedürfnisorientiert an den Ressourcen der KlientInnen anzusetzen und diese zu stärken. In einer emanzipatorischen Lesart verbindet sich mit institutioneller Vernetzung die Forderung nach einem ganzheitlichen, lebensweltorientierten KlientInnenbezug (Bauer, 2005, S. 15). Die Profession und Disziplin Soziale Arbeit ist im Zuge von Qualitätsdebatten dazu aufgefordert, diese Art von KlientInnenbezug weiterhin subjektorientiert zu formulieren. Betroffene brauchen Auswahlmöglichkeiten an Angeboten Sozialer Arbeit. Sie haben einen Anspruch darauf, zwischen unterschiedlichen Möglichkeiten, Einrichtungen und Orten wählen zu können (Urban-Stahl, 2010, S. 27).

Personell betrachtet entwickelt sich das Berufsfeld der Sozialarbeit/Sozialpädagogik in den Wirtschaftszweigen Sozialwesen, Öffentliche Verwaltung, Gesundheitswesen und Kindergärten, Vor- und Grundschulen recht gut. Zumindest verweisen die Ergebnisse aus Sonderauswertungen des Mikrozensus darauf (Hammer, 2011b). Untersucht wurde aus Gründen der Entwicklung von Vertiefungsbereichen in einem konsekutiven Masterstudiengang Soziale Arbeit, wo denn eigentlich die AbsolventInnen der Hochschulstudiengänge für Sozialarbeit und Sozialpädagogik beruflich tätig sind. Demnach ist in den 14 Jahren von 1996 bis 2009 ein deutlicher Anstieg der Erwerbstätigen aus der Fachrichtung Sozialarbeit/Sozialpädagogik in der BRD zu erkennen. In den anderen Wirtschaftszweigen, die im Mikrozensus ausgewiesen werden, arbeiten entweder keine SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen, oder sie tun dies in nicht nennenswertem Umfang (Zahlenwerte < 5.000 gelten aus der Sicht des Statistischen Bundesamtes als nicht sicher und werden daher auch nicht veröffentlicht; vgl. Abb. 1).

Trotz der Zunahme von Teilzeitarbeit und befristeten Arbeitsverhältnissen sowie einiger Fallstricke, die die amtliche Statistik beinhaltet (Maier & Spatschek, 2010, S. 429ff.; Züchner & Schilling, 2010, S. 56ff.), ist dieser quantitative Anstieg in den Wirtschaftszweigen, in denen Soziale Arbeit (Sozialarbeit und Sozialpädagogik) bereits institutionalisiert ist, doch bemerkenswert. Auch deshalb, weil man davon ausgehen kann, dass sich u. a. aufgrund des anstehenden Fachkräftemangels oftmals aus befristeten Stellen auch feste Arbeitsverträge und Neueinstellungen ergeben werden.

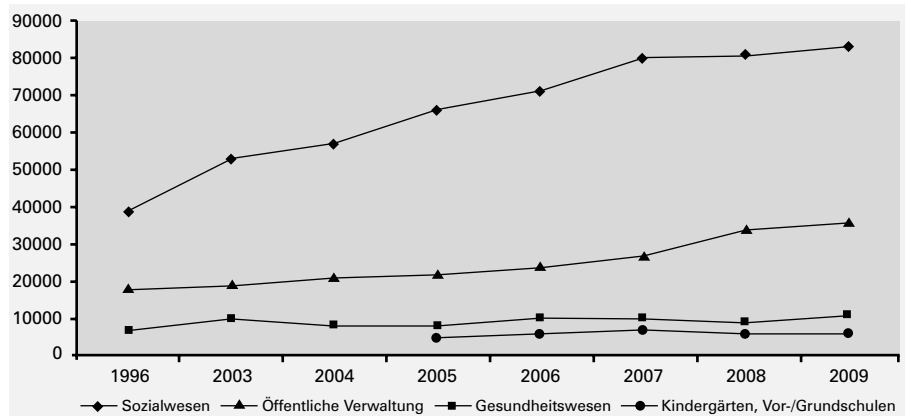


Abbildung 1: Erwerbstätige aus der Fachrichtung Sozialarbeit/Sozialpädagogik in den Jahren 1996-2009 (Mikrozensusdaten für 2008 und 2009 ohne Heime)

Klinische Sozialarbeit in professionellen Kontexten

Das professionelle Handeln kann unter dem Berufsfeldaspekt »Mensch – Soziale Arbeit – Gesellschaft« analytisch-idealtypisch auf drei Ebenen veranschaulicht werden. Soziale Arbeit ist dabei mit ihrem institutionellen – professionellen und disziplinären – Kern auf der Mesoebene verortet. Von da aus setzen sich die Professionellen Sozialer Arbeit mit den Menschen in Verbindung und umgekehrt. Die Menschen – in Tab. 1 am Ausgangspunkt, der Mikroebene, angesiedelt – wenden sich an die Professionellen in der Sozialen Arbeit oder werden an diese verwiesen. Die SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen wiederum stehen für ihre Klientel zur Verfügung. Soziale Arbeit nimmt u. a. über ihre Lobbyvertretungen ebenso Kontakt z. B. mit Ministerien oder Parteien der sog. Makroebene auf, die sie als demokratisch legitimiert und daher veränderbar versteht. In Tabelle 1 werden diese drei Ebenen und die inhaltlichen Bezugsfelder aufgezeigt (vgl. Hammer, 2011a, S. 276).

Die Klinische Sozialarbeit befindet sich analytisch betrachtet in diesem Bild ebenfalls auf der Mesoebene, wobei sie

als beratend-behandelnde Fachsozialarbeit in erster Linie Bezüge zur psychosozialen Fallarbeit (Mikroebene) herstellt. Die Verweisungszusammenhänge zur Sozial- und Wirtschaftspolitik könnten noch stärker forciert werden. Beispielsweise prognostiziert Mühlum (2009, S. 29) eine Zunahme der Bedeutung Klinischer Sozialarbeit aufgrund neuer Verwerfungen des Sozialstaats und des damit einhergehenden Anstiegs sozialer Probleme. Daher sollten die praktizierenden und wissenschaftlich Tätigen der Klinischen Sozialarbeit mehr denn je reflektieren und benennen, »dass aus Teilhabechancen armer und benachteiligter Kinder dann Verwirklichungschancen werden, wenn zur Förderung individueller Potenziale entsprechend förderliche gesellschaftliche Realisierungschancen hinzukommen, die diese Kinder tatsächlich in die Lage versetzen, von den eröffneten Teilhabechancen Gebrauch zu machen« (Biwo & Hammer, 2010, S. 138). Die mehrdimensionale Situation der Subjekte greift die Klinische Sozialarbeit theoretisch wie praktisch bereits umfassend auf. Sie tut dies insbesondere mit dem Blick auf die »Person-in-Environment«, auf die Person in der Situation, in ihrer gesellschaftlichen Umwelt (Pauls, 2011, S. 64).

Tabelle 1: Mensch – Soziale Arbeit – Gesellschaft			
Bezugsfeld	Mikroebene: Mensch	Mesoebene: Soziale Arbeit	Makroebene: Gesellschaft
Basis	Individuelle Lebensentwürfe und Dispositionen	Theorien, Methoden, Handlungsfelder Sozialer Arbeit	Sozialstruktur
Werte	Subjektive Einstellungen und Werte	Ethische Grundprinzipien Sozialer Arbeit	Demokratische, humanitäre Werte
Regeln	Persönliche Rechtsauffassungen und -auslegungen	Gesetzliche Regelungen Sozialer Arbeit	Sozialstaatliche Regelungen
Netzwerke	Bezugssysteme der Menschen, informelle und formelle Netze	Institutionelle Dienste und organisatorische, verbundene Strukturen Sozialer Arbeit	Gesellschafts-, Wirtschaftssystem

Mitwirkungsfelder der Klinischen Sozialarbeit

Klinische Sozialarbeit versteht sich als Teildisziplin der generalistischen Sozialen Arbeit. Sie will die Soziale Arbeit ganz spezifisch ergänzen und vertiefen (Pauls, 2012, S. 4). Allerdings zeigen sich in der Praxis oftmals deutliche Akzeptanzprobleme (vgl. Pauls und Zurhorst in diesem Heft). Das fachliche Profil der Klinischen Sozialarbeit wurde in Deutschland als Fachsozialarbeit entwickelt und institutionalisiert (Mühlum & Gahleitner, 2010, S. 107ff.). Es knüpft an zahlreiche subjektorientierte, methodische und theoretische Bezüge an. Im Falle schwerwiegender psycho-sozialer Störungen z. B. bei drogenabhängigen, wohnungslosen, psychisch kranken Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen können Professionelle Klinischer Fachsozialarbeit mit ihren speziellen Kompetenzen sowohl diagnostisch als auch methodisch sicher beratend tätig werden – vor allem in Einzel- und Gruppenkonstellationen. Ein Setting überschreitet in aller Regel die »Sesselperspektive« (Pauls, 2011, S. 185), es »erfordert das Einbeziehen der und das Eintauchen in die Lebenswelt der Klienten« (ebd.). Dabei erleben sowohl die KlientInnen als auch die Profis Klinischer Sozialarbeit die Settings situativ, korrespondierend mit den sie umgebenden Kontexten und teil-institutionell. Pauls (ebd., S. 17f.) skizziert die institutionelle Anbindung Klinischer Sozialarbeit an soziale Dienstleistungsketten und Versorgungsnetzwerke, indem er auf folgende Mitwirkungsfelder verweist:

- Kinder- und Jugendhilfe sowie ihre Schnittstellen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie und zu den Schulen,
- psychosoziale Beratung und Soziale Therapie im Kontext ambulanter Beratungseinrichtungen,
- Kern- und Vorfelder der Psychiatrie,
- ambulante und stationäre Suchtbehandlung,
- Fach- und Akutkrankenhäuser,
- Einrichtungen von Maßregelvollzug und Resozialisierung,
- gerontologische Arbeit, Geriatrie, Gerontopsychiatrie.

Institutionelle Netzwerkleistungen – Fazit

Für Menschen, die unter psychosozialen Problemen und Störungen leiden, kann Klinische Sozialarbeit die optimale Hilfeform sein. Die sozialen Dienstleistungen der Sozialen Arbeit sind weit

ausdifferenziert, und die Klinische Sozialarbeit bearbeitet in gewisser Weise einen Ausschnitt davon. Diesen Ausschnitt gilt es, in den Kontexten der institutionellen Netzwerke zu orten. Ausgehend von der subjektiven Situation der Klientel wird dann an Profis Klinischer Sozialarbeit verwiesen, wenn deren psychosoziale Diagnose- oder Beratungskompetenz erforderlich ist. Die ExpertInnen Klinischer Sozialarbeit wiederum nehmen ggf. mit anderen SozialarbeiterInnen Kontakt auf, wenn z. B. eher klassische Formen sozialer Einzelhilfe oder soziale Gruppenarbeit in der kulturellen Bildung oder soziale Wohnformen in sozialräumlichen Bezügen mit einbezogen werden sollten. Hilfreich in diesem Vernetzungsprozess kann die Institutionelle Sozialarbeit als Steuerungsweise sein (Hammer, 2011c). SozialarbeiterInnen mit diesem fachlichen Schwerpunkt sind meist auf bereichsübergreifenden Ebenen in institutionellen Kontexten Sozialer Arbeit tätig. Sie besitzen neben den Kompetenzen Entwickeln, Planen, Führen und Verwalten einen weiten fachlichen Blick über die Konzepte, Methoden und Verfahren der Sozialen Arbeit. Sie können besser als das Personal anderer Professionen und Fachdisziplinen einschätzen, für welche subjektiven Situationen die Klinische Sozialarbeit die angemessene Beratungs- und Behandlungsform ist. Sie erschrecken nicht beim Begriff der »therapeutischen Leistung«, sondern verstehen dies als einen Teilaspekt im Hilfespektrum von Aktivierung und Partizipation. Entsprechende Arbeitsbereiche könnten besser eingeführt und ausgestattet bzw. Vernetzungsleistungen passgenau durchgeführt werden. Methodisch betrachtet wäre damit die Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit in den Kontexten der sozialen Einzelhilfen zu finden, aber in definitiverischer Abgrenzung zu den klassischen sozialen Einzelhilfen. Die soziale Gruppenarbeit und die Gemeinwesenarbeit bzw. Sozialraumorientierung als weitere methodische Formen in der Sozialen Arbeit stellen zusammen mit den klassischen und klinischen sozialen Einzelhilfen die methodische Trias auf. Diese dient weiterhin zur Orientierung für all jene, die in der Sozialen Arbeit wirken und diese mit speziellen Schwerpunktbildungen weiter profilieren.

Literatur

Bauer, P. (2005). Institutionelle Netzwerke steuern und managen. In P. Bauer & U. Otto (Hrsg.), *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band II: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive* (S. 11-52). Tübingen: dgvt.

- Biwo, M. & Hammer, V. (2010). Lebenslagen und Verwirklichungschancen von armen und benachteiligten Kindern. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 131-141). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Evers, A., Heinze, R. G. & Olk, T. (2011). *Handbuch Soziale Dienste*. Wiesbaden: VS.
- Hammer, V. (2011a). Die modulare Entwicklung von Mastercurricula in Sozialer Arbeit aus berufsethisch und sozialpolitisch motivierter institutioneller Perspektive. In B. Kraus, H. Effinger, S. B. Gahleitner, I. Miethe & S. Stövesand (Hrsg.), *Soziale Arbeit zwischen Generalisierung und Spezialisierung* (S. 269-280). Opladen: Budrich.
- Hammer, V. (2011b). *Erwerbstätige aus der Fachrichtung Soziale Arbeit/Sozialpädagogik in den Wirtschaftszweigen »Öffentliche Verwaltung« und »Sozialwesen«. Sonderauswertung von Mikrozensus-Daten des Statistischen Bundesamtes*. Coburg: Hochschule Coburg, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit.
- Hammer, V. (2011c). Institutionelle Sozialarbeit. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), *Fachlexikon der sozialen Arbeit* (6. völlig überarb. Aufl.; S. 450-451). Baden-Baden: Nomos.
- Kessl, F. & Otto, H.-U. (2011). Soziale Arbeit und soziale Dienste. In A. Evers, R. F. Heinze & T. Olk (Hrsg.), *Handbuch Soziale Dienste* (S. 389-403). Wiesbaden: VS.
- Kreft, D. & Müller, W. C. (2010). *Methodenlehre in der Sozialen Arbeit*. München: Reinhardt.
- Maier, K. & Spatschek, C. (2010). Erneute Expansion der Sozialen Arbeit nach dem Ende des Wohlfahrtsstaates? *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, 91(10), 428-433.
- Mühlum, A. (2009). Der wissenschaftliche Ort Klinischer Sozialarbeit: Sozialarbeitswissenschaft. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Forschung aus der Praxis – Forschung für die Praxis* (S. 20-31). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mühlum, A. & Gahleitner, S. B. (2010). Klinische Sozialarbeit – Fachsozialarbeit: Provokation oder Modernisierungsprojekt der Sozialen Arbeit? In S. B. Gahleitner, H. Effinger, B. Kraus, I. Miethe, S. Stövesand & J. Sagebiel (Hrsg.), *Disziplin und Profession Sozialer Arbeit. Entwicklungen und Perspektiven* (S. 95-114). Opladen: Budrich.
- Nikles, B. W. (2008). *Institutionen und Organisationen Sozialer Arbeit*. München: UTB.
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (2. überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Pauls, H. (2012). Generalistische und Klinische (Fach-)Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit*, 8(1), 4-6.
- Schiller-Merkens, S. (2008). *Institutioneller Wandel und Organisationen. Grundzüge einer strukturaltheoretischen Konzeption*. Wiesbaden: VS.
- Schubert, H. (2010). Neue Arrangements der Wohlfahrtsproduktion – am Beispiel der Organisation von Netzwerken früher Förderung. In W. R. Wendt (Hrsg.), *Wohlfahrtsarrangements* (S. 53-86). Baden-Baden: Nomos.
- Seithe, M. (2010). *Schwarzbuch Soziale Arbeit*. Wiesbaden: VS.
- Tacke, V. (2011). Institution. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (6. völlig überarb. Aufl.; S. 449-450). Baden-Baden: Nomos.
- Urban-Stahl, U. (2010). Sozialraumorientierung in Berlin – Überlegungen zur Betroffenenperspektive. In Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) (Hrsg.), *Der kostensparende Sozialraum? Berufs- und fachpolitische Perspektiven des Sozialraumsatzes in der Sozialen Arbeit* (S. 49-57). Berlin: Schibri.
- Züchner, I. & Schilling, M. (2010). Nach dem sozialpädagogischen Jahrhundert – zur aktuellen Entwicklung des Arbeitsmarktes für soziale Berufe. *neue praxis*, 57(1), 56-70.

Klinische Sozialarbeit in Institutionen – ein Opfer »doppelter Buchführung«?

Helmut Pauls & Günter Zurhorst

Klinische Sozialarbeit wird zwar benötigt und auch oft geleistet, aber ideell und materiell in vielen tragenden Institutionen bzw. Organisationen nicht offen anerkannt. So kommt es (a) zu Fehlentwicklungen im Sinne nicht fachgerechter Hilfeleistungen (soziale Fehlbehandlungen durch fehlende oder fehlerhafte Diagnostik und Intervention) und (b) zu unzureichender »Honorierung« der Fachkräfte, die klinische Expertise einbringen. Dies nennen wir »doppelte Buchführung«. Institutionelle bzw. organisatorische Strukturen definieren bekanntlich in erheblichem Maße die Möglichkeiten und Grenzen der institutionell verfassten Handlungsfelder, Trägerkonstellationen und Kooperationsformen Sozialer Arbeit in Deutschland (Nikles, 2008). Entsprechend findet auch Soziale Arbeit bei klinischen Aufgabenstellungen (z.B. Pauls, 2011; Ningel, 2011; Gahleitner & Hahn, 2008) in aller Regel in Institutionen in Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden, Freien Trägern, Öffentlichen Einrichtungen und Sozialdiensten von Kommunen statt. Beispielfähig zu benennen sind Einrichtungen des sozial-psychiatrischen Feldes (z.B. sozialpsychiatrische Dienste, Wohnheime, Betreutes Wohnen, Übergangseinrichtungen, berufliche Reha, etc.), der Kinder- und Jugendhilfe (Beratungsstellen, teilstationäre und vollstationäre Einrichtungen, Heime, etc.) und ihre institutionalisierten Maßnahmen wie Familienhilfe, Erziehungsbeistandschaft, Einrichtungen der Resozialisierung, in zunehmendem Maße auch die Schulen. Die Stellenbeschreibungen der in diesen Bereichen tätigen Organisationen entsprechen oft nicht den tatsächlichen klinisch-sozialen Aufgabenstellungen.

Ausbeutung der Fachkräfte Klinischer Sozialarbeit

Im Rahmen unserer berufsbegleitenden Masterstudiengänge der Klinischen Sozialarbeit, aber auch bei der Betreuung von PraktikantInnen der Sozialen Arbeit bereits im Bachelorstudium, fällt immer wieder auf, dass die Fachkräfte auf erhebliche institutionelle Verleugnungen der klinischen Problemstellungen in der Arbeit mit ihrer

Klientel stoßen. Dies ist nicht zuletzt dadurch bedingt, dass das Selbstverständnis der Profession stark durch institutionelle Definitionen seitens anderer Professionen und Fachdisziplinen geprägt ist. Es wird z.B. juristisch bestimmt bei der Kinder- und Jugendhilfe durch das KJHG, medizinisch-psychiatrisch bestimmt im weiten Feld der Sozialpsychiatrie, psychologisch bestimmt in der psycho-sozialen Beratung, verwaltungstechnisch-betriebswirtschaftlich bestimmt in Krankenhäusern und Einrichtungen des Gesundheitswesens, betriebswirtschaftlich oder juristisch bestimmt in Heimeinrichtungen. Der offene Blick auf die eigene wirkliche Praxis, auf eigene Forschung, eine eigenständige fachliche Entwicklung wird dadurch oft verstellt. So bestehen in vielen Bereichen Tabus, indem klinisch-soziale Begrifflichkeiten sowohl von organisatorisch-institutioneller Seite als auch vonseiten der Fachleitungen verbannt werden: Dann darf es keine »Therapie« geben (dass die Soziale Arbeit die Leitdisziplin einer Soziotherapie sein könnte, wird gar nicht erst erkannt, ein Verständnis von Sozialer Therapie gibt es in der Regel nicht); dann darf es selbst im eindeutig institutionalisierten Bereich der ambulanten Soziotherapie keine SoziotherapeutInnen, sondern nur »Erbringer soziotherapeutischer Leistungen« geben, oder es darf keine so benannte »Diagnostik« geben (die Existenz einer mittlerweile durchaus veritablen sozialen und soziopsychischen Diagnostik ist entweder unbekannt – und man beherrscht das entsprechende Methodenarsenal nicht –, oder die durchgeführten Abklärungen dürfen nicht so genannt werden).

Obwohl die Klientel und die Aufgabenstellungen dies eigentlich verlangen, weil es sich eindeutig um schwere psychisch gestörte und/oder um Menschen in schwersten psychosozialen Krisen handelt, ignorieren teilweise andere institutionell beteiligte Professionen den sozialklinischen Hilfebedarf (s. u., Fallbeispiel). Es kommt zur Unterlassung notwendiger Maßnahmen. Es kommt zur Ausbeutung der Fachkräfte, deren Vergütung der oft hohen, durch privat finanzierte Fort- oder Weiterbildung (z.B. in Beratung,

Familientherapie, therapeutischen Verfahren) erreichten Qualifikation nicht entspricht. Sie bringen diese zum Vorteil ihrer Institution und Kostenträger ein, weil sie den betroffenen Menschen fachgerecht helfen wollen, ohne dass dies durch angemessene Stellenbeschreibungen, Positionen und Gehälter gewürdigt wird.

Besorgniserregende Ergebnisse großer Studien

Zieht man beispielsweise aus den großen empirischen Studien zur Wirksamkeit der Kinder- und Jugendhilfe (JULE, JES, EVAS) ein Fazit über Relevanz und Bedarf an klinischer Fachkompetenz, so wird deutlich, dass das Fachpersonal heute in vielen Bereichen eine spezifische klinisch-sozialarbeiterische Vertiefung und Spezialisierung benötigt (vgl. Pauls, 2008). Die JES-Studie belegt eine zu gering entwickelte klinische Orientierung der Sozialpädagogischen Familienhilfe, weil sowohl bei den Hilfeplanungen als auch bei der Ausgestaltung der individuellen Interventionsprozesse kaum systematisch miteinander verknüpfte psychodiagnostische, psychotherapeutische oder heilpädagogische Verfahren angewendet werden. Köckeritz (2006) erkennt Hinweise dafür, dass die geringe klinische Orientierung die Effekte der Angebote schmälern. Die Ergebnisse der Würzburger Jugendhilfe-Evaluationsstudie (WJE; Patzelt, 2000, S. 79) bestätigen Studien, nach denen schwere klinische Störungsbilder durch ambulante oder zeitlich zu eng befristete Maßnahmen ohne entsprechende klinische Qualität nicht angebar sind (vgl. Flosdorf et al., 2000).

Wir wollen die bedenklichen Folgen unzureichender institutioneller Bewusstseinsbildung und Verankerung sozialklinischer Expertise am Beispiel der Institution Schule und der Schulsozialarbeit konkretisieren. Ohne Zweifel gilt Schule in Deutschland als eine psychosozial hochbelastete Institution. Das wird insbesondere aus der Forschungslage zur Schüler- und Lehrgesundheit ersichtlich. Man könnte fast meinen, dass spiegelbildlich zur dramatisch schlechten Gesundheit der

LehrerInnen (Weber et al., 2004; Hilbert & Schmitz, 2004; Schaarschmidt, 2005; Sieland, 2001, 2004, 2006) sich auch die Gesundheit der SchülerInnen in besorgniserregendem Zustand befindet bzw. umgekehrt (Schuleingangsuntersuchungen, HBSC-Studien, BELLA-Studie, etc.). Festzustellen sind bei Letzteren eine Zunahme der Fehlsteuerungen des Immunsystems (z. B. Allergien), ein gleichbleibend hohes Niveau der Störungen der Nahrungsaufnahme und des Ernährungsverhaltens (Gewicht, Bewegung, Koordinationsfähigkeit, Haltungsprobleme), eine Zunahme der Fehlsteuerungen der Sinneskoordination (Motorik) sowie eine Zunahme der psychischen und psychosomatischen Störungen (Bilz & Melzer, 2005, 2010). Bedeutsam ist hierbei, dass bei den meisten Gesundheitsstörungen sowie den damit einhergehenden Problemen der Gewalt und des Drogenkonsums an Schulen ein sozialer Gradient vorhanden ist: »Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die physische, psychische und soziale Gesundheit von Schülerinnen und Schülern eng mit Dimensionen sozialer Ungleichheit (Wohlstandsindex) und der besuchten Schulform in Verbindung steht.« (Bilz & Melzer, 2010, S. 47)

Es sind von daher insbesondere die Kinder und Jugendlichen aus den bekannten Multiproblemfamilien, die überproportional Störungen des Sozialverhaltens, ADHS und andere komplexe, meist über viele Jahre chronifizierte Störungsbilder aufweisen und den LehrerInnen zu schaffen machen. Was liegt für die LehrerInnen und die Träger der Jugendhilfe näher, als von den SchulsozialarbeiterInnen zu erwarten, sie hätten dafür zu sorgen, dass die krassen Auffälligkeiten in Form von Grenzverletzungen, Regelverstößen, aktiven und passiven Verweigerungen, verbalen Ausfälligkeiten und physischen Attacken eingedämmt oder unterbunden werden. Doch dazu müssten die SchulsozialarbeiterInnen nicht nur in klinischer Sozialarbeit geschult sein (insbesondere in beratenden und sozial-therapeutischen Skills), um den oft traumatischen Erlebnissen der auffälligen Kinder hinsichtlich Vernachlässigung, Beziehungsabbrüchen, Gewalt und Missbrauch verstehend begegnen zu können. Sondern sie müssten ihren sozialklinischen Blick auch auf jene Strukturen der schulischen Organisation richten können, die erheblich dazu beitragen, dass eben nicht nur die SchülerInnen, sondern auch die LehrerInnen an diesen Strukturen erkrank-

ten und zu über 90 Prozent frühpensioniert werden (BT-Drs. 14/7220, 2001, S. 11ff.; Zurhorst, 2008).

Eigenartigerweise kommt es angesichts dieser Problemlagen zu einer ziemlich ruinösen »doppelten Buchführung«. Einerseits sollen die SchulsozialarbeiterInnen den Wünschen der Schule und dem Träger der Jugendhilfe entsprechend in der Lage sein, den schwer belasteten Kindern und Jugendlichen fachgerecht und kurzzeitig zu helfen und deren Unterrichtsfähigkeit (wieder)herzustellen; andererseits sollen sie lediglich als Hilfspersonal der LehrerInnen in Form von Pausenaufsicht, Sammelstelle für vor die Klassentür gestellten SchülerInnen, Hausaufgabenhilfe und freizeitpädagogische Unternehmungen ihren sozialklinischen Blick nicht forcieren und schon gar nicht auf die destruktiven Schüler-Lehrer-Verhältnisse und ausgrenzenden Schulprozesse richten. Diese folgenreiche institutionelle Blindheit bis Verleugnung der sozialklinischen Problematik im Rahmen der Schulsozialarbeit zeigt das folgende Fallbeispiel (Zurhorst, 2009).

Ein Fall aus der Praxis

Der 14-jährige Schüler M. besuchte zur Zeit des Erstkontaktes in der mit zwei Sozialpädagoginnen besetzten »Schulstation« die siebten Klasse. Die beiden Fachkräfte sind von einem freien Träger der Jugendhilfe mit niedriger Eingruppierung beschäftigt. Mehrere LehrerInnen hatten sich bei der Schulstation gemeldet und ihren dringenden Wunsch geäußert, den Schüler M. dort zu betreuen. M. ist einziges Kind seiner Mutter, die in einer Lebensgemeinschaft mit ihrem Partner lebt. Alle wohnen in einem Haus des Lebenspartners. M. ist in einem osteuropäischen Land geboren und aufgewachsen und mit seiner Mutter im Alter von neun Jahren nach Deutschland gekommen. Die an Depressionen leidende Kindesmutter hat ihren deutschen Lebenspartner in ihrer Heimat kennengelernt und ist ihm mit ihrem Kind nach Deutschland gefolgt. Zum leiblichen Vater hat M. keinen Kontakt mehr. Auch andere verwandtschaftliche Beziehungen bestehen nicht. In Deutschland angekommen, haben Mutter und Sohn die deutsche Sprache neu erlernen müssen. M. spricht inzwischen gutes Deutsch, dennoch ist er sehr auffällig sprechhemmt. Die Freizeit verbringt M. häufig vor dem Computer in seinem Zimmer. Seltener trifft er sich mit Freunden. M.

betätigt sich regelmäßig sportlich, z. B. im Box- oder im Fitnessverein.

M. zeigt starke Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht, d. h. unkonzentrierte Arbeitsweise, leichte Ablenkbarkeit, aktive Unterrichtsverweigerung und Beschimpfungen der LehrerInnen. Außerdem bestehen Konflikte mit Mitschülern, die oft in Schlägereien ausarten. M. gibt an, sich zu Hause oft allein in sein Zimmer zu setzen, um in die Computerwelt abzutauchen. Wenn er sich mit Freunden treffe, komme es oft zu Konflikten oder gar delinquentem Verhalten, z. B. Anzünden von Müllbehältern, Beschimpfungen von Passanten und kleineren Diebstählen, die sein Stiefvater mit Schlägen bestrafe, die auch zu körperlichen Verletzungen (z. B. Striemen auf dem Rücken) führten. Es besteht bei M. die Vermutung einer schweren Störung des Sozialverhaltens. Das Selbstwertgefühl von M. ist sehr gering. Die psychische Krankheit der Mutter dürfte eine bedeutsame Rolle spielen. Die Familie verfügt weder über ausreichende psychosoziale noch materielle Ressourcen, um die Situation zu bewältigen. Aus Gesprächen der Schulsozialarbeiterinnen mit der Schulleitung, die bereits häufige Beschwerden von LehrerInnen über M. erhalten hatte und aus glaubwürdigen Schilderungen von MitschülerInnen wurde bekannt, dass ein Lehrer kürzlich M. an die Wand gedrückt und ihn angeschrien habe, er werde ihn »fertig machen«. Ersichtlich existierte bereits eine hochexplosive Situation in der Schule.

In der psychosozialen Beratungsarbeit mit M. und seinen Eltern war es u. a. notwendig, die Familie zu motivieren, sich an das Jugendamt zu wenden, um eine Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) zu beantragen, was auch geschah. Des Weiteren wurde das Jugendamt über eine mögliche Gefährdung des Kindeswohls in der Familie informiert. Dies wurde vom (sozialklinisch offenbar nicht sehr kompetenten) Jugendamt mit der Begründung nicht weiter verfolgt, dass die Eltern in einem (!) Gespräch die Anwendung von Gewalt ja negiert hätten. Ein vertrauliches Gespräch der »Schulstation« mit dem Lehrer über dessen mögliche Gewaltanwendung gegen M. endete mit einer Leugnung und dem aggressiven Hinweis, dass die Sozialarbeiterinnen in seinem Unterricht nichts zu suchen und sich kein Urteil über pädagogische Maßnahmen zu erlauben hätten. Auch die Schulleitung hatte sichtlich kein Interesse, den Vorfall weiter zu klären.

Die Schulsozialarbeiterinnen stellten den Fall in ihrer privat organisierten und trotz ihrer geringen Vergütung privat bezahlten externen sozialklinischen Supervision vor, um sich über weitere Interventionen klar zu werden. Insbesondere wurde eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung mit einer anschließenden ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Erwägung gezogen, in Verbindung mit einem entsprechenden zeitlichen Moratorium in der Schule. Diese Empfehlungen der Schulsozialarbeiterinnen nützten jedoch wenig: Die Schulleitung reagierte rein disziplinarisch und erteilte dem Schüler M. aufgrund der Vorfälle einen Schulverweis. In einer der folgenden LehrerInnenkonferenzen wurde von einigen LehrerInnen die Nützlichkeit und Wirksamkeit der »Schulstation« infrage gestellt.

Fazit: Geringschätzung des Sozialen

Institutionen fehlt oft das Bewusstsein für die klinischen Dimensionen ihrer Aufgabenstellungen. Entsprechend fehlt die nötige Expertise (auch in interdisziplinärer Hinsicht), entsprechend eskalieren soziale und psychosoziale Probleme, entsprechend entwickeln sich Erkrankungsraten. Die Zusammenhänge werden – auch aus ökonomischem Interesse – verleugnet: die Arbeit der ggf. dennoch klinisch-sozialarbeiterisch intervenierenden Fachkräfte wird nicht angemessen qualifiziert und vergütet. Diese »doppelte Buchführung« ist sachlich unangemessen, ethisch nicht akzeptabel und gesellschaftlich ein Beleg für die nach wie vor bestehende Geringschätzung der sozialen Dimension.

Literatur

- Bilz, L. & Melzer, W. (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie 2005 im Freistaat Thüringen*. Forschungsbericht. Dresden: Technische Universität Dresden.
- Bilz, L. & Melzer, W. (2010). *Schülergesundheit in Thüringen 2010. Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie und Perspektiven der schulischen Gesundheitsförderung im Freistaat Thüringen*. Dresden: Technische Universität Dresden.
- Flosdorf, P., Hohm, E. & Macsenaere, M. (2000). Jugendhilfe unter der Lupe. *Neue Caritas*, 101(2), 27-30.
- Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (Hrsg.). (2008). *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder*. Bonn: Psychiatrie-Verlag. (Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 1.)

- Hillert, A. & Schmitz, E. (Hrsg.) (2004). *Psychosomatische Erkrankungen bei Lehrerinnen und Lehrern*. Stuttgart: Schattauer.
- Köckeritz, C. (2006). Konsequenzen für die Jugendhilfe – Vollzeitpflege zwischen Ideologie und Realität. In Stiftung zum Wohl des Pflegekinds (Hrsg.), *Bindung und Trauma – Konsequenzen in der Arbeit für Pflegekinder* (S. 67-83). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Nikles, B. W. (2008). *Institutionen und Organisationen der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. München: Reinhardt.
- Ningel, R. (2011). *Methoden der Klinischen Sozialarbeit*. Stuttgart: Haupt/UTB.
- Pauls, H. (2008). Aufgabenstellungen und Bedarf an Klinischer Sozialarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder* (S. 126-136). Bonn: Psychiatrie-Verlag. (Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 1.)
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (2. überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa. (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe.)
- Patzelt, H. (Hrsg.) (2000). Würzburger Jugendhilfe-Evaluationsstudie (WJE). *Die Wirksamkeit von heilpädagogisch-therapeutischen Hilfen. Selbstevaluation als Grundlage zu empirischen Fragestellungen in der Jugendhilfe – Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung stationärer Erziehungshilfe. Abschlussbericht*. Würzburg: Überregionales Beratungs- und Behandlungszentrum Sankt Joseph. Online verfügbar: <http://www.skf-wue.de/uploads/media/WJE-Abschl.pdf> [19.08.2010].
- Schaarschmidt, U. (Hrsg.) (2005). *Halbtagsjobber?* Weinheim: Beltz.
- Sieland, B. (2001). Was ist am Lehrerberuf wirklich belastend? *Grundschule*, 35(3), 36-39.

- Sieland, B. (2004). Wer Qualität fordert, muss Lehrer*gesundheits fördern. In Hundeloh, H., Schnabel, G. & Yurdatap, N. (Hrsg.), *Kongress – Gute und gesunde Schule. Dokumentation* (S. 59-75). Düsseldorf: Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar: http://www.schulentwicklungspreis.de/fileadmin/docs/Doku_Kongress_GugS.pdf [16.02.2012].
- Sieland, B. (2006). Veränderungspotenziale und Veränderungshindernisse am Beispiel der Gesundheitsförderung im Schulkollegium. In Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) (Hrsg.), *Lehrergesundheit – Baustein einer guten gesunden Schule. Impulse für eine gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung* (S. 75-109), Hamburg: DAK. (Reihe: DAK Schriftenreihe.) Online verfügbar: http://www.dak.de/content/filesopen/Handbuch_Lehrergesundheit_06.pdf [16.02.2012].
- BT-Drs. 14/7220 (Deutscher Bundestag, Drucksache v. 19.10.2001) (2001). *Zweiter Versorgungsbericht der Bundesregierung*. Berlin: Deutscher Bundestag. Online verfügbar: <http://dip.bundestag.de/btd/14/072/1407220.pdf> [16.02.2012].
- Weber, A., Weitle, D. & Lederer, P. (2004). Frühinvalidität im Lehrerberuf: Sozial- und arbeitsmedizinische Aspekte. *Deutsches Ärzteblatt*, 101(13), A850-A859. Online verfügbar: <http://data.aerzteblatt.org/pdf/101/13/a850.pdf> [16.02.2012].
- Zurhorst, G. (2008). Klinische Sozialarbeit in der Schule. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder* (S. 137-150). Bonn: Psychiatrie-Verlag. (Reihe: Beiträge psychosozialer Praxis und Forschung, Band 1.)
- Zurhorst, G. (2009). *Gesundheitsfördernde Schule als Ganztagsangebot, Modellprojekt*. Unveröffentlichter Forschungs- und Evaluationsbericht. Mittweida: Hochschule Mittweida.

Anzeige



Fachsozialarbeiter/-in für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

Die Anerkennung durch die ZKS bietet Ihnen:

- Gütesiegel und klares professionelles Profil
- Sichtbarkeit von Qualifikation, Berufserfahrung und Kompetenzen
- Anteil an der Entwicklung einer Klinischen Fachsozialarbeit in Deutschland
- Anteil am entstehenden Netzwerk von Hochschulen, Verbänden und Praxis

Für die Anerkennung benötigen Sie:

- mehrjährige klinische Berufserfahrung
- Nachweis einschlägiger psychosozialer Fort- und Weiterbildungen, Selbsterfahrung und Supervision

Über die Anerkennung entscheiden:

- namhafte Professor/-innen deutscher Hochschulen
- Vertreter/-innen der Sozialarbeiterpraxis

Informationen erhalten Sie bei:

- Gerhard Klug, Email: gerhard.klug@klinische-sozialarbeit.de
- Website der ZKS: www.klinische-sozialarbeit.de

Rezension

Lehrbuch Gesundheit

Helmut Pauls

Das speziell für den Unterricht an Hochschulen konzipierte »Lehrbuch Gesundheit« gibt eine differenzierte Einführung in den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Sozialer Arbeit. Die Autoren sind langjährig erfahrene Hochschullehrer in den Bereichen Soziale Arbeit, Klinische Sozialarbeit und Gesundheitsförderung. Das Buch ist in vier übergreifende Themenbereiche gegliedert:

- I. Gesundheit als öffentliches Thema – gestern und heute
- II. Modelle von Gesundheit und Krankheit – Lebensalter und Lebenslagen
- III. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – Kompetenzen und Handlungsfelder
- IV. Organisation und Kooperation sozialer Hilfesysteme

In *Teil I* werden Zusammenhänge zwischen Sozialer Arbeit und Gesundheit zunächst unter einem historischen Blickwinkel untersucht. Dabei wird verdeutlicht, dass bereits in einer frühen Phase zu Beginn des 20. Jahrhunderts und verstärkt in der Weimarer Republik die Soziale Arbeit ausdrücklich in einem innigen fachspezifischen Bezug zur Gesundheitsversorgung stand, diese als Teil ihrer Profession verstand. Die Familienfürsorge mit ihrem Gesundheitsbezug ist ebenso zu nennen wie die Arbeiten von Alice Salomon, die von der Einheit der gesundheitlichen, erzieherischen und wirtschaftlichen Fürsorge ausging. Die Autoren verdeutlichen weiterhin den engen Konnex der damaligen Gesundheitsfürsorge mit dem Bestreben, die Gesundheit der einkommensschwachen Bevölkerung zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Bereits früh – in der Zeit des 1. Weltkriegs, fortgesetzt in der Weimarer Republik – erfolgte eine rassenideologische Einfärbung, die dann in der Nazizeit vollends zur »Rassenhygiene«, »Erbgesundheitspflege« und »Volksgesundheitspflege« pervertiert wurde. Diese schlimmen Entwicklungen, zu denen sich ja nicht wenige FachvertreterInnen haben mitreißen lassen, haben die sozialen Bemühungen um die öffentliche Gesundheit in Deutschland nachhaltig diskreditiert. Wenn auch eher zaghaft, verweisen die Autoren auf die verheerenden Folgen der beiden Weltkriege für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit in Deutschland und skizzieren dann kompakt die ausdifferenzierende Entwicklung in den 1950er- und 1960er-Jahren sowie die Phase ab 1970, mit dem programmatischen Höhepunkt der Ottawa-Charta von 1986. Es folgt eine kritische Betrachtung von »Gesundheit und Krankheit als gesellschaftliche Konstrukte« mit einer Analyse der engen gesellschaftspolitischen Verknüpfungen im Kontext der für die Soziale Arbeit so relevanten Thematik gesundheitlicher Ungleichheit. Die Auswirkungen sozialer Determinanten auf Gesundheit bzw. Krankheit werden anhand relevanter Modelle, Daten, Begriffsbestimmungen und interdisziplinärer Bezüge systematisch untersucht. Schlussfolgerungen für die Politik, Fragen der Intervention und die Ausrichtung einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit zeigen, dass die Autoren eine

gesellschaftspolitische Stoßrichtung verfolgen, die auf strukturelle Prävention durch Förderung von Partizipation und Empowerment zielt.

Teil II beschäftigt sich mit einer Reihe von Modellen von Gesundheit/Krankheit (von wissenschaftlichen Modellen bis hin zu Laienkonzepten) und analysiert dann Funktionsbereiche und Leitbilder im Gesundheitssystem. Das Agency-Konzept wird besonders hervorgehoben, in dessen Rahmen die betroffenen Akteure aktiv handelnd ihre Belastungen, Herausforderungen und Konflikte bewältigen und soziale Hilfe vielfältige Ansatzpunkte für professionsspezifische Unterstützung findet. Deutlich wird, dass die soziale Dimension über die Perspektiven der psychologischen Modellbildungen zur Gesundheit hinausgeht. Das folgende Kapitel über Gesundheit und Krankheit im Lebenslauf bietet gleichwohl auch psychologisch wichtige gesundheitsbezogene Entwicklungsthemen (Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter und Alter) und mündet in Ausführungen zu einer »lebenslaufbezogenen Epidemiologie«. Die Einbeziehung aktueller Daten der Gesundheitssurveys sowie der Kindergesundheitsstudie des Robert Koch-Institutes und des Genderreports des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eröffnet den LeserInnen durch Verweise auf wichtige Quellen weitere Recherchemöglichkeiten.

Teil III stellt die »Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – Kompetenzen und Handlungsfelder« ins Zentrum. Zunächst werden zentrale Aufgabenstellungen und Einsatzfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen vorgestellt, wobei Wert gelegt wird auf im Kern auch sozialtherapeutische Aufgaben wie Hilfe bei der Krankheitsbewältigung und Rehabilitation. Die »Gesundheitsarbeit im Sozialwesen« wird im folgenden Kapitel anhand von vier exemplarischen Bereichen expliziert: (a) frühe Hilfen für ungeborene Kinder und ihre Eltern (einschließlich Sucht- und Drogenhilfe für schwangere Frauen und Elternbildung), (b) Gesundheitsarbeit in der Jugendhilfe (im Heim, in der Jugendarbeit, im Jugendschutz), (c) Gesundheitsarbeit mit Erwachsenen im Stadtteil (orientiert am Setting-Ansatz), (d) gesundheitsbezogene Altenhilfe. Die Klinische Sozialarbeit wird in einem eigenen fundierten Kapitel ebenso ausführlich als gesundheitsbezogene Fachsozialarbeit vorgestellt wie diesen Teil abschließend die Herausforderungen von Evaluation und Qualitätssicherung.

Teil IV bereichert das Buch um die Perspektive der Organisationen und der Kooperation sozialer Hilfesysteme. Unter einer lebensweltorientierten, sozialräumlichen und netzwerkfördernden Perspektive werden zunächst die als komplementär verstandenen Konzepte der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung im Hinblick auf die soziale Perspektive vertieft und differenziert (Tenor u. a. »Verhältnisprävention«; »sozialepidemiologisch nachgewiesene, Risiko erhöhende Lebenslagen«; »Netzwerkintervention«, »aufsuchende Zugänge« in »sozialökologischem Kontext«). Danach wird der Setting-Ansatz vertieft, und in einem abschlie-

ßenden Kapitel werden interessante Praxisinitiativen bzw. Good-Practice-Einrichtungen vorgestellt (zu Kinder- und Jugendhilfe, Schule, Gesundheitswesen, Behindertenhilfe) sowie Fragen und Möglichkeiten der Kooperation erörtert.

Stellungnahme: Das Lehrbuch richtet sich primär an Studierende Sozialer Arbeit/ Sozialpädagogik und der Gesundheitsförderung, eignet sich aber auch für Studierende angrenzender gesundheitsbezogener Studiengänge. Im Hinblick auf die Klinische Sozialarbeit leistet es eine bedeutsame Grundlegung und Vermittlung von wichtigen übergreifenden Konzepten gesundheitsbezogener Sozialarbeit wie Lebenslage, Sozialepidemiologie, Agency, Netzwerkarbeit, Setting, Sozialraum und Partizipation etc. hin zur sozialklinischen Fallarbeitsperspektive. Es ist ein exzellent für die Lehre geeignetes Werk, das sich – wie in der Reihe »Studienmodule für die Soziale Arbeit« intendiert – durch systematische Lehr-/Lerneinheiten, Übungsfragen und -aufgaben sowie differenzierte Vorschläge für das Selbststudium auszeichnet. Die Zusammenführung und differenzierte wie verständliche, umfassende Aufbereitung der Inhalte ist in dieser Form und Qualität bisher in Deutschland herausragend – fordert allerdings eine konzentrierte Beschäftigung auf anspruchsvollem intellektuellem Niveau. Es verdient, zur Pflichtlektüre nicht nur im Bachelorstudium zu werden. Für klinische BerufspraktikerInnen leistet es eine wichtige Einordnung ihrer gesundheitsbezogenen Fallarbeit in das »Haus« der Sozialen Arbeit und bietet vielfältige Möglichkeiten der Bezugnahme auf Konzepte und Modelle, um die eigene Arbeit und ihre Darstellung mit anschlussfähiger sozialarbeiterischer Begrifflichkeit zu fundieren.



Franzkowiak, Peter, Homfeldt, Günther & Mühlum, Albert (2011). Lehrbuch Gesundheit. Weinheim: Juventa. Reihe: Studienmodule Soziale Arbeit. 270 Seiten. ISBN 978-3-7799-2211-7. 23,95 EUR.

Kontakt zum Rezensenten: pauls@fh-coburg.de

Rezension

Institutionelle Arrangements

Doris Rosenkranz

Der Fokus der Beiträge »Gemeinsam leben – gemeinsam gestalten« will eine Brücke von der bisherigen kommunalen Steuerung soziokultureller Aufgaben hin zu einer »Integrierten Sozialraumplanung« schlagen. Diese bezieht die Sichtweise aller Akteure ein, auch derjenigen, die sich nicht selbst in angemessener Art und Weise artikulieren können. Insofern werden subjektorientierte Bezüge u. a. für Soziale Arbeit in sozialräumlichen Planungsprozessen deutlich gemacht.

Die aktuelle wirtschaftliche und demografische Ausgangslage verstärkt die Spannungs- und Konkurrenzsituation der Kommunen. Da die finanziellen Ressourcen knapper werden und die Bürger und Bürgerinnen in die meist institutionell gebundenen Entscheidungen einbezogen werden wollen und sollen, erhöht sich der Druck auf Städte, Gemeinden und Landkreise bzw. auch auf die freien Träger Sozialer Arbeit, die Planungsprozesse transparenter und zugänglicher für die Öffentlichkeit zu machen. Das Buch zeigt eindrucksvoll, wie sich Städte, Gemeinden und Organisationen dieser Herausforderung erfolgreich stellen können. Auf der einen Seite haben sie die Planungshoheit inne, die über eine bürokratisch tätige Verwaltung hinausgeht, und andererseits nutzen sie die Chancen eines zunehmenden Bürgerengagements vor dem Hintergrund regionaler, bundesweiter bzw. internationaler Bezüge.

Im ersten Teil des Bandes kommen in vier Beiträgen vorwiegend theoretische und methodische Zugänge der Integrierten Sozialraumplanung zur Geltung.

Der Entwicklungsbedarf aktueller Sozialplanung wird von *Mario Rund* nicht nur historisch, sondern auch im Hinblick auf gesellschaftliche Strömungen und wirtschaftliche Möglichkeiten und Notwendigkeiten in einem sozialen Kontext vorgestellt. Von großer Bedeutung ist dabei der räumliche Bezug, weil regionale, aber auch darüber hinausreichende sozialräumliche Aspekte heute und künftig eine wichtige Komponente dazu beitragen, um Gelegenheiten für Angebote, Infrastruktur oder kommunale Dienstleistungen für und von BürgerInnen zu schaffen.

Die Chancen und Probleme von Monitorings im sozialen Raum werden von *Silke Mardorf* aufgegriffen. Integrierte Sozialberichterstattung basiert beispielsweise auf raumbezogenen Kennziffern, auf deren Visualisierung mittels Karten und auf der Kommunikation gefühlter und statistischer Räume. Die eigentliche Herausforderung liege darin, dass vorrangig die Subjekte und deren Ressourcen berücksichtigt werden mögen, da erst die Beziehung zwischen den Daten und deren Reflexion die Chance zur sozialraumplanerischen Weiterentwicklung eröffnet.

Veronika Hammer stellt zur Diskussion, wie Integrierte Sozialraumplanung konzeptionell umgesetzt werden kann. Sie bringt die Lebenslagen und Verwirklichungschancen der Menschen mit ins Spiel, indem sie diese subjektzentriert mit der jeweiligen Fachebene in der Planung der unterschiedlichen Sozialräume korrespondieren lässt. Das Konzept sieht

eine aktive Lebenslagenplanung und klientenorientierte Moderation bei der Ausgestaltung der Sozialraumplanung vor. In bewusster Ablehnung des als zu eng empfundenen Humankapitalbegriffs entstehen die Spielräume für das sozialarbeiterische Planungshandeln an der Schnittstelle zu den sozialen, kulturellen, symbolischen und ökonomischen Ressourcen der Menschen, mit denen diese am urbanen Leben teilhaben. Beispielsweise werden die kulturellen Chancen des »Lern- und Erfahrungsspielraums« auf die Angebote der Kinder- und Jugendhilfeplanung bezogen, um zu zeigen, wie die Verknüpfung zwischen individuellen Bedürfnissen und der Planungsebene vollzogen werden kann. Die Dreiteilung der Planungs-, Vernetzungs- und Erbringungsebene ist dabei hilfreich. In ihrem Zentrum steht das »Linking Capital« der Klientel Sozialer Arbeit, der verschiedenen Bevölkerungs- und Altersgruppen, auch der Institutionen und Einrichtungen als soziale Akteure. Die institutionelle Sozialarbeit bereichert mit diesem Zugang als Teilkompetenz die fachlichen Abläufe der Integrierten Sozialraumplanung.

Am Ende des ersten Teils erhellt *Ronald Lutz*, inwieweit sich das soziale Leben nicht ausschließlich für die einzelnen Menschen, sondern auch hinsichtlich der Entwicklung der Stadt als Ziel führend erweist. Er zeigt dies am Beispiel der Stadt als »Verdichtung menschlicher Kulturen«. Die Stadt wird als Gemeinwesen, als »Ort menschlicher Entwicklung« im Rückgriff auf historische und theoretische Stadtmodelle dargestellt. Stadtstrukturen und Stadtviertel benötigen gegenwärtig dringend Analysen, inwieweit sie auf die gestiegene Mobilität der Menschen hin diesen weiterhin eine soziale Identität geben.

Im zweiten Buchteil werden u. a. von *Heidi Sinning* und *Stefanie Debiel* praktische Perspektiven auf kommunaler Ebene und das Beispiel einer konkreten Umsetzung beschrieben. Insofern handelt es sich hier um ein theoretisch, konzeptionell wie praktisch erhellendes Werk und eine geeignete Grundlage für PraktikerInnen in den institutionellen Bezügen der Sozialen Arbeit und der Sozialraumplanung. Der sehr empfehlenswerte Sammelband zeigt eindrucksvoll die qualitativen Verbesserungen auf, die sich durch die Anwendung des Konzepts der Integrativen Sozialraumplanung ergeben. Hier wird der im sozialen Raum lebende Mensch als Ausgangspunkt und Mittelpunkt politischer Planung skizziert. Geradezu idealtypisch und doch anhand zahlreicher Beispiele unmittelbar umsetzbar für kommunale Akteure. Die aktive Beteiligung der BürgerInnen kann über die fachlich neu zu denkenden institutionellen Arrangements in Sozialer Arbeit, Sozialplanung, Politik und Verwaltung zum Wohle der gesamten Entwicklung von Lebensräumen dienen.

Hammer, Veronika, Lutz, Ronald, Mardorf, Silke & Rund, Mario (Hrsg.) (2010). Gemeinsam leben – gemeinsam gestalten. Zugänge und Perspektiven integrierter Sozialraumplanung. Frankfurt: Campus. 286 Seiten. ISBN 978-3-593-39284-4. 32,90 EUR.

Kontakt zur Rezensentin:
doris.rosenkranz@fhws.de

Rezension

Klinische Sozialarbeit

Christine Kröger

Im vergangenen Jahr ist die zweite überarbeitete Auflage des zu Recht als Standardwerk geltenden Buches von Helmut Pauls erschienen. Der im Untertitel formulierte Anspruch, eine theoretische Fundierung und Methodik Klinischer Sozialarbeit – verstanden als beratend-behandelnde Sozialarbeit, die sich vor allem schwer erreichbarer KlientInnen in komplexen, meist chronifizierten Belastungssituationen annimmt – darzustellen, wird mit insgesamt 400 Seiten umfassend eingelöst.

Ausgehend von der historischen Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit erfolgt im *ersten Kapitel* eine Gegenstandsbestimmung, die auch den Bezug zu wichtigen Nachbardisziplinen in den Blick nimmt. Im Rahmen des *zweiten Kapitels* werden theoretische Perspektiven und Forschungsergebnisse (aus den Bereichen der Bindungstheorie, der Stressforschung, der Salutogenese u. a. m.) zu einem integrativen bio-psycho-sozialen Modell der Bewältigung von Belastungen zusammengeführt, um klinisch-sozialarbeiterische Diagnostik und Intervention zu fundieren. Insgesamt wird hier die Bedeutung der sozialen Dimension für ein differenziertes Gesundheitsverständnis herausgearbeitet. Das *dritte Kapitel* beleuchtet die Bedeutung therapeutischer Grundrichtungen (Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie, Humanistische Ansätze sowie schulen-übergreifende Konzeptionen) für die psychosoziale Fallarbeit. Da die Ansätze konsequent im Hinblick auf ihren Nutzen für die Klinische Sozialarbeit betrachtet werden, dürfen die Ausführungen nicht als Psychotherapeutisierung Sozialer Arbeit missverstanden werden. Das »Herzstück« bildet das *vierte Kapitel*, das sich zunächst ausführlich verschiedenen Formen psychosozialer Diagnostik widmet (u. a. netzwerkorientierte Diagnostik, Zielerreichungsanalyse und Mehrebenen-diagnostik), um auf dieser Basis psychosoziale Behandlungsformen (wie die psychosoziale Beratung, soziale Therapie, soziale Unterstützung und psychosoziale Rehabilitation) ausführlich darzustellen.

Ich persönlich habe auch das letzte Kapitel mit großem Gewinn gelesen, da der Autor uns hier an seinen eigenen langjährigen Erfahrungen als Gründer und Leiter einer Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung teilhaben lässt und ein erfahrungsorientiertes integratives Behandlungskonzept vorstellt.

Ich wünsche dem Buch, dass es eine breite LeserInnenschaft von PraktikerInnen und WissenschaftlerInnen, von Studierenden und Lehrenden finden möge – nicht zuletzt, damit es immer mehr gelingen kann, die Praxis Klinischer Sozialarbeit zu evaluieren, um auch auf diesem Weg die fachliche Weiterentwicklung zu intensivieren.

Pauls, Helmut (2011). Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung (2. überarbeitete Auflage). Weinheim: Juventa. (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe.) ISBN: 978-3-7799-0738-1. 27,00 EUR.

Kontakt zur Rezensentin:
kroeger@hs-coburg.de

4.Tagung Soziale Diagnostik Diagnostisches Fallverstehen: Klassifikation – Rekonstruktion – Integration 26.–27.10.2012

ALICE SALOMON 
HOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences

Thema

Die Forschung Sozialer Diagnostik konzentriert sich auf die Erfassung individueller, aber auch sozialer und ökonomischer Strukturen und auf die Benennung von Ressourcen, aber auch Einschränkungen und Belastungen für verschiedene Zielgruppen. Diagnostik begründet die daraus abgeleitete Intervention und muss in der Lage sein, die entwickelten Konzepte und Instrumente sinnvoll in die Praxis zu implementieren und zu evaluieren.

Die Tagung greift diese Spezifizierung der Konzeption, Implementation und Evaluation in Vorträgen wie auch durchlaufenden Panels für klassifikatorische und rekonstruktive Sichtweisen auf.

Vorträge

Peter Sommerfeld: Integrative Ansätze Diagnostischen Fallverstehens am Beispiel des Arbeitsfeldes Psychiatrie

Christian Schraper: Diagnostik in der Sozialen Arbeit – eine unendliche Geschichte

Maja Heiner: Überlegungen zur Zukunft Sozialer Diagnostik

Symposien

A: Jugend- und Familienhilfe

B: Resozialisierung/Inklusion

C: Gesundheit/Rehabilitation

D: Klassifikation für die Soziale Arbeit

E: Integration, Lebensführung und

Kooperative Prozessgestaltung

Veranstalter

Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit der Alice Salomon Hochschule Berlin in Kooperation mit Hochschule Coburg und Fachhochschule Nordwestschweiz, unterstützt von der Sektion Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) und dem European Centre for Clinical Social Work (ECCSW)

Tagungsgebühr

120 EUR, ermäßigt 50 EUR (Studierende)

Anmeldung

diagnostik.tagung@ash-berlin.eu

Kontakt & Information

Ute Koop: koop@ash-berlin.eu

Das European Centre for Clinical Social Work 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
- Bildung von Fachgruppen zu Themen und Aufgaben klinischer Sozialarbeit

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 ■ info@eccsw.eu



Anklicken ab April 2012:
www.zks-verlag.de

Spezialisierte Fachverlag der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

- Veröffentlichungen als PDF downloaden
- hoher Verbreitungsgrad
- fachlich-wissenschaftliches Umfeld der Veröffentlichungen
- Hohe wissenschaftliche Standards
- Filme und Interviews online anschauen
- kostenlos

Bewerben Sie sich:

Sie können eigene Artikel und Publikationen, die Sie beim ZKS-Verlag veröffentlichen wollen, ab sofort unter einreichen@zks-verlag.de bei der ZKS einreichen