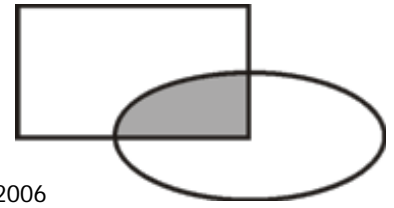


# KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS  
UND FORSCHUNG



2. Jg. ■ Online-Sonderausgabe ■ August 2006

## Inhalt

### Themenschwerpunkt: **Klinische Sozialarbeit im Aufbruch**

**Kooperation zwischen Praxis und Hochschule**

*Werkstatt-Tagung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit  
an der Fachhochschule Coburg, 25.-26.11.2005*

- 2 **Infoseite / Impressum**
- 3 Editorial
- 5 I Tagungsprogramm
- II Historische Verortung
- 7 **Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work**  
*Brigitte Geißler-Piltz*
- III Diagnostik / Beratung / Behandlung
- 12 **„ICD plus“ und „Therapie plus“ – Diagnostik und Intervention in der Klinischen Sozialarbeit**  
*Silke Birgitta Gahleitner*
- 23 **Beratung in der Klinischen Sozialarbeit**  
*Karlheinz Ortman*
- 24 **Zum Verhältnis von Klinischer Sozialarbeit und Psychotherapie**  
*Günter Zurhorst*
- 29 **Sozialtherapie: Zur heilkundlichen Tätigkeit von Sozialarbeitern im Gesundheitswesen**  
*Wolf Crefeld*
- IV Wissenschaft
- 32 **Sozialarbeitswissenschaft – Voraussetzung professioneller Praxis**  
*Albert Mühlum*
- V Forschung
- 38 **Standards, evidenzbasierte Praxis, Praxisforschung: Was können wir tun?**  
*Helmut Pauls*
- 40 **Qualitative Sozialarbeitsforschung – Auf der Suche nach ‚sozialer Realität‘**  
*Silke Birgitta Gahleitner & Karlheinz Ortman*
- 45 **Standardisierte Diagnostik in der Sozialen Arbeit – Das Person-In-Environment System (PIE)**  
*Gernot Hahn*

## Herausgeber

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit ■ Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.  
Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

DEUTSCHE  
GESELLSCHAFT FÜR  
SOZIALARBEIT



Forum für Wissenschaft und Praxis

**Zu den AutorInnen dieser Ausgabe**

**Prof. Dr. Wolf Crefeld**

Prof. emer. an der Evangelischen Fachhochschule Bochum. Email: crefeld@web.de.

**Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner**

Prof. für Klinische Psychologie und Sozialarbeit an der Alice-Salomon-Fachhochschule (ASFH) Berlin. Email: sb@gahleitner.net.

**Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz**

Prof. für Sozialmedizin in der Sozialarbeit an der ASFH Berlin. Email: geissler-piltz@asfh-berlin.de.

**Dipl.-Soz.päd. Gernot Hahn**

Dipl.-Sozialpädagogin und Sozialtherapeutin am Klinikum am Europa-Kanal, Erlangen. Email: hahn.godot@odn.de

**Prof. Dr. Albert Mühlum**

Prof. emer. für Sozialpolitik, Sozialethik und Sozialwissenschaft an der Fachhochschule Heidelberg. Email: a.muehlum@t-online.de.

**Prof. Dr. Karlheinz Ortman**

Prof. für gesundheitsorientierte Soziale Arbeit an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin. Email: ortmann@khsb-berlin.de.

**Prof. Dr. Helmut Pauls**

Prof. für Klinische Sozialarbeit der Sozialarbeit an der Fachhochschule Coburg. Email: pauls@fh-coburg.de.

**Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst**

Prof. für Soziale Arbeit an der Hochschule Mittweida. Email: zurhorst@htwm.de.

**Wissenschaftlicher Beirat**

Dipl.-Soz.päd. Kirsten Becker-Bikowski  
Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. Peter Buttner  
Fachhochschule München

Prof. Dr. emer. Wolf Crefeld  
Evangel. Fachhochschule Bochum

Prof. Dr. Heike Dech  
Evangel. Fachhochschule Darmstadt

Prof. Dr. Peter Dentler  
Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz  
Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Prof. Dr. Cornelia Kling-Kirchner  
HTWK Leipzig, Fachbereich Sozialwesen

Prof. Dr. Albert Mühlum  
Fachhochschule Heidelberg

Prof. Dr. Helmut Pauls  
Fachhochschule Coburg

Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann  
Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst  
Hochschule Mittweida

**Aktuelles**

**Psychoanalytische Paar-, Familien- und Sozialtherapie**

3jährige berufsbegleitende Weiterbildung  
Berliner Arbeitskreis für Beziehungsanalyse e.V.

Die Weiterbildung in Psychoanalytischer Paar-, Familien- und Sozialtherapie ist von der Arbeitsgemeinschaft Beziehungsanalyse e.V. (AGBA e.V.) und vom Bundesverband Psychoanalytische Paar- und Familientherapie e.V. (BvPPF e.V.) anerkannt und erfüllt deren Rahmenrichtlinien. Die Zertifizierung bei der Psychotherapeutenkammer wird beantragt. Es sind grundsätzlich die Voraussetzungen zur Erbringung von Familientherapie im Rahmen der Berliner KSRV (SGB VIII) für den Jugendhilfebereich erfüllt. Die Weiterbildung wird von der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) an der FH Coburg als Baustein zur Zertifizierung als „Fachsozialarbeiter für Klinische Sozialarbeit“ akzeptiert.

**Konzept**

Grundlage der Weiterbildung ist die psychoanalytische Theorie und Praxis, wie sie sich seit Sigmund Freud bis heute weiterentwickelt hat. Die Anwendung dieser Theorie auf die Arbeit mit Paaren und Familien sowie in der Sozialtherapie beruht auf dem von Thea Bauriedl entwickelten Konzept der Beziehungsanalyse, sowie auf der von H. E. Richter formulierten familiendynamischen Sicht auf unbewusste Wechselbeziehungen in Familien i.S. von psychosozialen Abwehrmechanismen. Andere psychoanalytisch orientierte Ansätze zur Familien- und Sozialtherapie werden in die Weiterbildung einbezogen.

Die Weiterbildung folgt einem eigenen Verstehenszugang zu krankheitserzeugenden und -aufrechterhaltenden interpersonellen Strukturen, sowie einem eigenen Konzept der Beziehungsdagnostik und des Therapie- bzw. Beratungsprozesses. Symptome und zwischenmenschliche Probleme werden intrapsychisch als momentan optimale Kompromisse zwischen Lebenswünschen und Sicherheitsbedürfnissen und interpsychisch als Ausdruck gestörter Beziehungen verstanden, die sich in unbewussten Beziehungsphantasien und Deutungsmustern, sowie in unbewussten Interaktionen äußern. Die Weiterbildung leistet Hilfestellung beim Erkennen und evtl. Aufdecken von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen in der Therapie- und Beratungsarbeit, sowie der Nutzbarmachung des in der Situation gegebenen Leidensdrucks für eine Veränderung.

**Teilnehmer**

Das Weiterbildungsangebot richtet sich an Interessenten aus allen Berufsgruppen, die in und mit zwischenmenschlichen Beziehungen arbeiten: Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten,

Erzieher, Lehrer, Richter, Anwälte, Angehörige von Pflegeberufen. Die Weiterbildung berücksichtigt die spezifische Situation in psycho-, ergo- und physiotherapeutischen Praxen, Kliniken, Beratungsstellen und anderen psychosozialen Einrichtungen (Jugendamt, Sozialpsychiatrischer Dienst, Tagesstätten, Justizvollzugsanstalten, Einzelfall- und Familienhilfe etc.) sowie die unterschiedliche Vorbildung der TeilnehmerInnen.

**Mindestanforderungen**

- 60 Std. Familienselbsterfahrung
- 120 Std. Theorie und Kasuistisch-technische Seminare
- 100 Std. Supervision
- 120 Std. paar- und familientherapeutische bzw. 60 Std. sozialtherapeutische Behandlung
- 4 unter Supervision behandelte Fälle, davon zwei schriftliche Falldarstellungen
- Eine eigene psychoanalytische Selbsterfahrung (150 Std. Einzel- oder 75 DStd. Gruppenselbsterfahrung) ist bis zum Abschluss der Weiterbildung nachzuweisen.

**Zertifizierung**

Nach regelmäßiger Teilnahme erhalten die Teilnehmer ein detailliertes Abschlusszertifikat, das die erbrachten Weiterbildungsleistungen bescheinigt und die Mindestanforderungen des BvPPF e.V. und der AGBA e.V. erfüllt.

**Kosten**

- EUR 75,- 2 Vorgespräche (Einzelgespräch EUR 50 Gruppengespräch EUR 25)
- EUR 100,- Zertifikat
- EUR 4200,- (ca.) Gesamtkosten der Weiterbildung (entspricht monatlich ca. EUR 117)

Die Kosten für die zum Abschluss erforderliche psychoanalytische Selbsterfahrung sind in dieser Kalkulation nicht enthalten.

**Anmeldungen**

- für die Weiterbildung Herbst 2006 bis Herbst 2009
- bis 01.09.2006
- bei: Berliner Arbeitskreis für Beziehungsanalyse e.V., Baldersheimerweg 26, 12349 Berlin, Tel. 030/74375152, ute.benz@berlin.de

**Informationen**

- Dipl.-Psych. Tanja Schmidt, Rheinstr. 48, 12161 Berlin, Tel. 030/85079017, Ta.Schmidt@t-online.de
- www.beziehungsanalyse-berlin.de

**Impressum**

**Herausgeber:**

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

**Redaktionsteam:**

Uwe Klein (Leitung)  
Norbert Gödecker-Geenen  
Silke Birgitta Gahleitner  
Gernot Hahn

**Anzeigenakquise:**

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

**Anschrift der Redaktion:**

Redaktion "Klinische Sozialarbeit"  
Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit Berlin  
c/o Uwe Klein, Krankenhaus Hedwigshöhe  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Hohensteig 1, 12526 Berlin  
Tel. 030/67 413 021 ■ Fax 030/67 413 002 oder:  
Tel. 030/60 500 856 ■ Fax 030/60 500 857  
Email: zks-berlin@ipsg.de

**Layout, Grafik & Schlussredaktion:**

Ilona Oestreich, Berlin

**Druck:**

Online-Sonderausgabe

**Erscheinungsweise der regulären Ausgabe:**

viermal jährlich als Einlegezeitschrift im DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

**ISSN:**

1861-2466

**Auflagenhöhe der regulären Ausgabe:**

2250

**Copyright:**

Nachdruck und Vervielfältigen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Sowohl die Programmatik wie auch die auf der Tagung „Klinische Sozialarbeit im Aufbruch“ geführten Diskurse reflektieren die bereits erreichten und zukünftig anzustrebenden professionellen Meilensteine. Dazu zählen die duale Verankerung der Klinischen Sozialarbeit durch das Zertifizierungsprogramm der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit und die Masterstudiengänge Klinische Sozialarbeit, die Positionsbestimmungen durch diese Zeitschrift und eine wachsende Zahl von Veröffentlichungen sowie die Diskussion um eine Bündelung und Integration diverser Fachkreise Klinischer Sozialarbeit.

Klinische Sozialarbeit – als Clinical Social Work verwurzelt in den USA und historisch eingebunden in die deutsche Sozialarbeitsgeschichte seit Alice Salomon – beschreitet derzeit den Weg der Europäisierung. In der Schweiz und in Österreich entwickeln sich entsprechende Strukturen auf Hochschulebene, zukünftige Organisationsformen Klinischer Sozialarbeit werden auf eine europäische Vernetzung angelegt sein.

Der Fachtag, der den folgenden Beiträgen zugrunde liegt, diente als Forum der Information und als Werkstatt zur gemeinsamen Weiterentwicklung von Klinischer Sozialarbeit, die sich historisch als Versuch einer Antwort auf ‚hard-to-reach‘-Klientel in Multiproblemsituationen entwickelte, in der Problemlösungsstrategien ohne den diagnostisch geschärften Blick auf das umgebende Umfeld und die sozialen Verhältnisse sich als unzulänglich erwiesen.

In ihrem einführenden Vortrag – Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work – gibt **Brigitte Geißler-Piltz** einen Einblick in diese Historie und zeigt dabei auf, wie untrennbar klinisches Handeln mit der Entstehung der Profession der Sozialen Arbeit verknüpft ist. Konstitutiv für diese Methode ist die direkte Arbeit mit einzelnen Menschen und deren Familien, ein Verständnis der individuellen Lebensbedingungen und Probleme und die Suche nach Antworten auf die Bewältigung des Alltags.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Der Beitrag von Brigitte Geißler-Piltz liegt in Form der Inhalte der Powerpointfolien vor und stellt eine Fortführung und Weiterentwicklung des 8. Kapitels des Buches: Klinische Sozialarbeit (Geißler-Piltz, Pauls & Mühlum 2005; Reinhardt-Verlag) dar. Der Verlag hat sich bereit erklärt, das Buch bei Interesse portofrei an Sie zu versenden. Interessenten wenden sich bitte an Frau Wille,

Der soziale Wandel in der postmodernen geprägten Gesellschaft mit ihren Chancen, Risiken, biographischen Unsicherheiten und Orientierungslosigkeiten hat in den letzten Jahrzehnten dramatische Ausmaße angenommen – insbesondere für sozial deklassierte Personen und Gruppen. Im Zeitalter der Vereinzelung und der Lobhymnen auf das ‚Unternehmerische Ich‘ als optimale ‚Lebens- und Wirtschaftsform‘ bedürfen diese in die Spirale der Abwärtsmobilität geratenen Menschen undogmatischer, passgerechter Konzepte und einer klaren Parteilichkeit und Zuwendung bei den Bewältigungsversuchen in den sie umgebenden – von Sozialabbau geprägten – Verhältnissen. Der von der WHO bereits in den 50er Jahren formulierte Anspruch, das seelische und soziale Moment von Gesundheit und Krankheit in ganzem Umfang einzubeziehen sowie eine gesundheitsfördernde und korrektive soziale und ökologische Umwelt zu gestalten, ist damit in keiner Weise eingelöst. In ihrem Beitrag – Diagnostik, Behandlung, Beratung – widmet sich Silke Birgitta Gahleitner anhand konkreter Beispiele den Formen klinisch-sozialarbeiterischer Behandlung, die dazu entwickelt wurden, psychosozial bedingte Beeinträchtigungen auch psychosozial zu beeinflussen und deren sozial bedingte Ungleichverteilung zu mindern.

Schwer erreichbares Klientel in Multiproblemsituationen, der Blick auf den doppelten Fokus Verhalten in Verhältnissen und die Entwicklung spezialisierter Unterstützungspotenziale ist also eine originäre Aufgabe sozialer Arbeit, die sich traditionell einer mehrperspektivischen und interdisziplinären Herangehensweise in der Diagnostik- und Interventionslehre verpflichtet fühlt. Dies ist vor allem als Antwort auf die aktuelle Versorgungslage von Bedeutung. Karlheinz Ortman beleuchtet dies kurz aus der Perspektive der Beratung. „Die biopsychosoziale Perspektive weist sowohl auf die potenzielle Gleichrangigkeit körperlicher, psychischer und sozialer Anteile im biopsychosozialen Zusammenwirken als auch auf die untrennbare Verwobenheit der drei genannten Aspekte hin. Lässt man auch nur eine Ebene außer Acht, etwa das Soziale (bleibt psychosomatisches Verstehen und Handeln) oder das Somatische

(bleibt psychosoziales Verstehen und Handeln), so stellt dies nach biopsychosozialen Verständnis eine Reduzierung dar ... Daraus können sich gravierende Folgen für den Erfolg und Misserfolg von Hilfeangeboten ergeben, insbesondere für die Hilfe suchenden Menschen“ (Ortmann, in diesem Band). Die soziale Dimension verdient dabei nach Ortman besondere Bedeutung, da sie bisher den größten Anteil des von der WHO seit langem formulierten ‚treatment gap‘ ausmacht.

Günter Zurhorst greift diesen Gedanken für den Bereich der Jugendhilfe auf. Insbesondere in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist es fachlich und zum Wohle der PatientInnen unabdingbar, neben der individuellen Behandlung auch an der sozialen Perspektive, an der Erhöhung des Unterstützungspotenzials innerhalb der privaten und der professionellen sozialen Netzwerke der KlientInnen, anzusetzen. Im Beitrag von Günter Zurhorst – Zum Verhältnis von Klinischer Sozialarbeit und Psychotherapie: Die aktuelle Debatte um die Zulassung von Sozialberufen zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP) – wird die aktuelle Auseinandersetzung um die fortbestehende Zulassung von Sozialberufen zur Ausbildung in der KJP dargestellt. Dabei wird gezeigt, wie im Wege eines einseitigen Wissenschaftsverständnisses von Klinischer Psychologie und Psychotherapie eine Ausgrenzung der sozial-kulturellen Dimensionen von psychischer Gesundheit/ Krankheit und damit einhergehend der sozialpädagogischen Fachlichkeit des Psychotherapeutenberufes erfolgen kann. Integrierte professionelle Ansätze zur Verbesserung der psychosozialen Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt bedürfen dagegen eines theoretischen Rahmens, der die Verschränkung biologischer, psychologischer und sozialer Prozesse und Strukturen in Diagnostik und Behandlung explizit zum Thema macht.

Albert Mühlum nimmt sich in seinem mit Witz und Wortschatzreichtum humorvoll aufbereiteten Artikel – Sozialwissenschaft: Voraussetzung professioneller Praxis – des schwierigen Kapitels Sozialarbeitswissenschaft an. Nur zu oft hat sich Sozialarbeit auf dem Wege in die Forschung Widerständen gegenüber gesehen, selbst im Weg gestanden oder ist an historischen Fallen gescheitert. Es gibt also, so Mühlum, strukturelle Gründe für die chronische Selbstunsicherheit. Kein Grund, den

Ernst Reinhardt-Verlag, [www.reinhardt-verlag.de](http://www.reinhardt-verlag.de), [wille@reinhardt-verlag.de](mailto:wille@reinhardt-verlag.de), Kemnatenstraße 46, D-80639 München, Telefon: 0049/(0)89/17806-12, Fax: 0049/(0)89/178016-30 und beziehen sich bei Ihrer Anfrage bitte auf die Tagung!

Kopf hängen zu lassen. Albert Mühlum entfaltet in seinem Beitrag, der viele Jahre Erfahrung in der Funktion als Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit und aktive Weiterentwicklung der Disziplin und Profession in sich bündelt, nicht etwa nur einzelne Tipps, sondern eine ganze Programmatik der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit von Forschung im sozialen Bereich. In allen diesen Fällen „hat Forschung mit Fragen zu tun, mit einem kritischen Hinschauen und Hinhören, mit Interesse am Menschen und dem Antrieb, mehr und genauer wissen und besser verstehen zu wollen, wer dies nicht will, hat – mit Verlaub – in der Sozialarbeit nichts zu suchen (im doppelten Wortsinne)“ (Mühlum, in diesem Band).

Im nahtlos anschließenden Beitrag beleuchtet Wolf Crefeld, der auf der Tagung leider verhindert war, uns aber seinen Artikel für diese Publikation zur Verfügung gestellt hat, das Thema Sozialtherapie: Zur heilkundlichen Tätigkeit von Sozialarbeitern im Gesundheitswesen. In seinem Beitrag wird deutlich, dass die Aufgaben von Sozialarbeitern insbesondere in psychiatrischen und suchttherapeutischen Kliniken einschließlich denen des Maßregelvollzugs sowie in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in der Regel nicht fürsorgerischer, sondern heilkundlich-therapeutischer Natur sind. Dennoch fehlen hier bis heute eine heilberufrechtliche Definition der Qualifikation von Sozialarbeitern im Gesundheitswesen und ein Schutz der Berufsbezeichnung, wie dies für therapeutisch tätige Fachberufe im Interesse der Strukturqualität im Gesundheitswesen üblich ist (Crefeld, in diesem Band). Am Beispiel der Medizin zeigt Crefeld auf, dass die Impulse zu einer neuen heilberufrechtlichen Regelung in der Regel von Fach- und Berufsverbänden ausgehen. Hier gibt es in der Sozialen Arbeit noch eine Menge zu tun. Es heißt also, es nicht bei dem Einsatz für den Kinder- und Jugendbereich zu belassen, sondern systematisch aufzuzeigen, welche Arbeitsbereiche im therapeutischen Bereich eine hohe soziale Komponente beinhalten und der sozialen Dimension in der Behandlung bedürfen.

Helmut Pauls konkretisiert daraufhin das Thema Forschung explizit in seiner konkreten Anwendung.<sup>2</sup> In der Entwick-

lung der Handlungswissenschaften hin zur Forschung sind PraktikerInnen und WissenschaftlerInnen dazu aufgerufen, fachwissenschaftlich gültige Standards im Sinne einer ‚Best Practice‘ oder ‚Evidence Based Practice‘ zu entwickeln. Nur auf dieser Basis wird zukünftig gegenüber Kostenträgern, politischen Gremien und der Öffentlichkeit die Bedeutung der Sozialen Arbeit, insbesondere bei klinischen Aufgabenstellungen, vermittelbar sein. Mit Hilfe wissenschaftlicher Methoden muss Transparenz des methodischen Vorgehens, dessen Begründung und dessen Wirksamkeit hergestellt werden. Wir brauchen in der Klinischen Sozialarbeit vermehrt verlässliche Schlussfolgerungen bezüglich der Beratungs- und Interventionsmethoden, die empirisch fundiert sind. Wir brauchen empirische Belege für die Effektivität von Interventionen als Grundlage für praktische Entscheidungen über das Vorgehen in konkreten Einzelfällen. Hier haben erfahrende BerufspraktikerInnen oft einen enormen Wissensfundus erworben, der in besserer Weise in die Sozialarbeitsforschung einfließen könnte. Sie müssen lediglich konstruktiv genutzt werden (Pauls, 2005).

Das Thema der Forschung wird anschließend auf zwei Ebenen weiter expliziert. Auf der qualitativen Ebene von Silke Birgitta Gahleitner und Karheinz Ortman und auf der quantitativen von Gernot Hahn. In ihrem Beitrag: Qualitative Sozialarbeitsforschung – auf der Suche nach ‚sozialer Realität‘ betonen Gahleitner und Ortman den Ausgangspunkt humanwissenschaftlicher Forschung. Forschungsgegenstand sind immer Menschen, Subjekte. Insbesondere Klinische Sozialarbeit umfasst einen komplexen Gegenstandsbereich personen-, umfeld- und umgebungsbezogener Parameter sowohl in der Einzelfall- als auch der Gruppenarbeit und der Gemeinwesenarbeit. Die Situationsbezogenheit, bestehend aus Erleben, Lebenslage und Lebensweise, wie auch der ganzheitliche, ökosystemische Anspruch stellt eine andauernde Herausforderung an Praxis wie Forschung dar: ein andauerndes Abwägen von Komplexität und Reduktion. Die von der Forschungsfrage betroffenen Subjekte müssen daher auch Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchungen sein. Qualitative Forschungslogik und -praxis ist stark von dieser Forderung nach stärkerer Subjektbezogenheit der Forschung geleitet. Sie darf daher in klinisch-sozialarbeiterischen Forschungsüberlegun-

gen nicht fehlen. Da ‚Hilfepaxis‘ eine bisher weitgehend unberührte Forschungslandschaft darstellt, lassen sich auf diese Weise weitere, noch nicht zu Kenntnis genommene Verstehens- und Handlungskonzepte generieren und weiter entwickeln.

In Ergänzung dazu offeriert Gernot Hahn eine fachlich fundierte Einschätzung der Situation von KlientInnen am Anfang sozialer Hilfsprozesse in einer strukturierten und operationalisierten Form durch das bereits 1994 erschienene Person-In-Environment-System. Dessen Systematik erlaubt eine Klassifikation sozialer Situationen und eröffnet der Sozialen Arbeit die Chance, eine im Einzelfall besser durch Daten gestützte und damit bessere wissenschaftliche Fundierung der Hilfeplanung. Daneben ermöglicht das PIE die Anschlussfähigkeit sozialer Diagnosen an die Klassifikationssysteme anderer im sozialen Feld tätiger Berufsgruppen (etwa an das ICD-10). Durch die Möglichkeit einer Berufsfeld übergreifenden Anwendung des PIE ergibt sich die Chance, das Datenmaterial für sozialräumliche Planung und Praxisforschung zu verwenden. Hahn plädiert daher dafür, das PIE über eine verlässliche Verschränkung von Problemklassifikationen und Interventionsformen für die Soziale Arbeit zu profilieren. Diesbezüglich jedoch gibt es in der Sozialen Arbeit bislang eine Menge zu tun.

Die lebendige Diskussion auf der Tagung, das große entgegengebrachte Engagement und die neu daraus entstandenen Ideen haben die Entwicklung deutlich voran getrieben, sowohl auf inhaltlicher Ebene durch das Aufwerfen neuer Fragen als auch auf organisatorischer durch die Anregung neuer Organisationsstrukturen. Getragen wird diese Diskussion sowohl von zertifizierten FachsozialarbeiterInnen für Klinische Sozialarbeit, von HochschullehrerInnen und von StudentInnen und AbsolventInnen der Masterstudiengänge für Klinische Sozialarbeit in Berlin und Coburg als auch von allen drei Gruppen im Rahmen der Sektion Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit e.V. und der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit. Wir möchten uns daher bei allen Beteiligten dieses Prozesses herzlich bedanken und Sie weiterhin dazu einladen, die Zukunft der Klinischen Sozialarbeit mit uns gemeinsam zu gestalten.

Silke Birgitta Gahleitner  
Gernot Hahn  
Uwe Klein

<sup>2</sup> Auch dieser Artikel liegt in Form der Powerpoint-Präsentation vor, ist aber in „FORUM soziale Arbeit und Gesundheit“ 2005, Heft 1, ausführlich in Schriftform nachzulesen.

## Werkstatt-Tagung

# Klinische Sozialarbeit im Aufbruch - Kooperation zwischen Praxis und Hochschule

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

Fachhochschule Coburg  
25.-26.11.2005

## 1 Klinische Sozialarbeit im Aufbruch

Klinische Sozialarbeit – verstanden als in unterschiedlichen Feldern des Gesundheits- und Sozialwesens beratende oder therapeutisch behandelnde Profession – umfasst mit der Debatte um die „Kunst des Helfens“ einen zeitlichen Bogen, der von der „Sozialen Diagnose“ (Alice Salomon, 1926) bis zur Forderung nach einer Handlungswissenschaft der psychosozialen Beratung, Behandlung und Unterstützung reicht.

In der aktuellen Diskussion einzelner Aspekte der Klinischen Sozialarbeit – historische Verwurzelung, diagnostische Zuständigkeit, beraterisch-therapeutische Kompetenz, Forschung und Wissenschaft – bedarf es immer wieder einer Sichtung und Bündelung, um den Stand der Kunst genau zu erfassen.

Getragen wird diese Diskussion sowohl von zertifizierten FachsozialarbeiterInnen für Klinische Sozialarbeit, von HochschullehrerInnen und von StudentInnen der Masterstudiengänge für Klinische Sozialarbeit in Berlin und Coburg sowie von allen drei Gruppen im Rahmen der Sektion Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit e.V. und der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit.

Der Fachtag dient als Forum der Information und als Werkstatt zur gemeinsamen Weiterentwicklung von Klinischer Sozialarbeit: wir möchten Sie herzlich einladen, die Zukunft der Klinischen Sozialarbeit mit uns zusammen zu gestalten.

*Uwe Klein, 1. Vorsitzender des Kuratoriums der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit*

## 2 Programm

*Moderation: Helmut Pauls, Gernot Hahn, Uwe Klein*

### Freitag, 25.11.2005

- 14.00 h **Informelles Ankommen**
- 15.00 h **Begrüßung und Vorstellung des Programms**  
*Helmut Pauls, Gernot Hahn, Uwe Klein*
- 15.15 h **Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work**  
*Brigitte Geißler-Piltz*
- 16.00 h **Aktuelle Verortung Klinischer Sozialarbeit I (Impulsreferate)**
- Diagnostik, Behandlung, Beratung**  
*Silke Birgitta Gahleitner*
- Exkurse:**
- Aktuelle Beratungsdiskussion**  
*Uwe Klein, Karlheinz Ortman*
- Psychotherapiediskussion**  
*Günter Zurhorst*
- Heilberufsrecht**  
*Wolf Crefeld*
- 17.30 h **Pause**
- 18.00 h **Exkursion IPSG**  
*Helmut Pauls, Gerhard Cizmadia*
- 19.30 h **Gemeinsames Abendessen**

### Samstag, 26.11.2005

- 9.00 h **Aktuelle Verortung Klinischer Sozialarbeit II (Impulsreferate)**
- Internationale Anschlussfähigkeit: vom Diplom zum Bachelor und Master**  
*Brigitte Geißler-Piltz*
- Sozialarbeitswissenschaft**  
*Albert Mühlum, Wolf Crefeld*
- Sozialarbeitsforschung**  
*Helmut Pauls*
- Exkurse:**
- Qualitative Sozialarbeitsforschung**  
*Silke Birgitta Gahleitner, Karlheinz Ortman*
- Praxisforschung**  
*Gernot Hahn, Norbert Gödecker-Geenen, Astrid Hedtke-Becker*
- 10.30 h **Pause**
- 11.00 h **Perspektiven Klinischer Sozialarbeit: gemeinsame Weiterentwicklung, Projekte, Kooperation**  
*Plenumsdiskussion*
- 12.50 h **Schlussworte**  
*Helmut Pauls, Gernot Hahn, Uwe Klein*

## 3 ReferentInnen

### **Gerhard Cizmadia**

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit  
am IPSPG, Coburg

### **Prof. Dr. Wolf Crefeld**

Professor emer. für Sozialmedizin und  
Sozialpsychiatrie an der Evangelischen  
Fachhochschule Bochum

### **Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner**

Evangelische Fachhochschule Lud-  
wigshafen

### **Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz**

Alice-Salomon-Fachhochschule für So-  
zialarbeit und Sozialpädagogik Berlin

### **Norbert Gödecker-Geenen**

Klinik Königsfeld, Ennepetal

### **Gernot Hahn**

Klinikum am Europa-Kanal, Erlangen;  
Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit,  
Coburg

### **Prof. Dr. Astrid Hedtke-Becker**

Fachhochschule Mannheim, Hoch-  
schule für Sozialwesen

### **Uwe Klein**

Krankenhaus Hedwigshöhe, Berlin;  
Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit,  
Coburg

### **Prof. Dr. Albert Mühlum**

Fachhochschule für Sozialwesen Hei-  
delberg

### **Prof. Dr. Karlheinz Ortman**

Katholische Hochschule für Sozialwe-  
sen Berlin

### **Prof. Dr. Helmut Pauls**

Fachhochschule Coburg; Zentralstelle  
für Klinische Sozialarbeit, Coburg

### **Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst**

Hochschule Mittweida

## 4 Weitere Informationen

### **Veranstalter:**

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit  
(ZKS)

### **Teilnehmerkreis:**

Geschlossene Veranstaltung nur für  
FachsozialarbeiterInnen für Klinische  
Sozialarbeit, StudentInnen der Master-  
studiengänge Klinische Sozialarbeit  
und Mitglieder der Sektion Klinische  
Sozialarbeit der DGS sowie ZKS-  
Kuratoriumsmitglieder

### **Anmeldung bis zum 15.10.2005 an:**

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit  
c/o IPSPG – Institut für Psycho-Soziale  
Gesundheit  
Fachhochschule Coburg  
Friedrich-Streib-Str. 2 96450 Coburg  
Tel. 09561-4279878; Fax 09561-33197  
e-mail: zks@ipspg.de

### **Veranstaltungsort:**

Fachhochschule Coburg  
Friedrich-Streib-Str. 2  
96450 Coburg

### **Übernachtung:**

[www.coburg-tourist.de](http://www.coburg-tourist.de)

### **Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)**

Die ZKS verfolgt mit ihren Aktivitäten  
die Entwicklung einer anerkannten Kli-  
nischen Fachsozialarbeit in Deutsch-  
land durch:

- die Bereitstellung einer Internet-  
Plattform für aktuelle Entwicklun-  
gen
- die Anerkennung als Fachsozialar-  
beiterIn für Klinische Sozialarbeit
- die Beratung und Kooperation bei  
der Entwicklung von Weiterbil-  
dungsangeboten und Master-Stu-  
diengängen in Klinischer Sozialar-  
beit
- die Förderung von Sozialarbeitsfor-  
schung und Sozialarbeitswissen-  
schaft
- die Unterstützung von Kooperati-  
onsstrukturen zwischen Praxis und  
Hochschule

### **Weitere Informationen:**

[www.klinische-sozialarbeit.de](http://www.klinische-sozialarbeit.de)

# Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work

Brigitte Geißler-Piltz

## 1 Social Case Work: Pate für Modelle von Sozialer Diagnose, Therapie und Behandlung

### Die Anfänge

- USA und Deutschland haben gemeinsame Wurzeln im Case Work und der Sozialen Diagnose
- Jane Addams, Mary Richmond, Alice Salomon und Ilse Arlt
- In Deutschland Abbruch durch Nationalsozialismus
- In USA Aufblühen einer methodisch anspruchsvollen Sozialen Arbeit

### Die Soziale Arbeit nach 1945

- Die Methodenentwicklung und das berufliche Selbstverständnis gerät in den Hintergrund
- Vordergrund bilden Streit um Akademisierung und Professionalisierung
- Sowie gesellschaftliche Legitimation und professionelles Handlungsfeld

### Was zeichnet Social Case Work aus?

- Social Casework ist die am meisten praktizierte und kritisierte Methode.
- Sie ist der erste systematische Ansatz, der sich als professioneller bezeichnen lässt.
- Arbeit mit Einzelnen und ihren Familien unter Einbeziehung des sozialen Kontextes.
- "Person-in-environment"-Ansatz

### Social Casework und der doppelte Fokus

- Ursprünge gehen zurück auf die Chicago-School und die Settlement Bewegung (Jane Adams).
- Mary Richmond greift den Gedanken des doppelten Fokus in der Social Diagnosis auf.
- Das ist die wechselseitige Beziehung von Klient/in und sozialer Situation (siehe Abbildung 1).

- Soziales Verhalten und soziale Verhältnisse.
- „Alle Fürsorge besteht darin, dass man entweder einem Menschen hilft, sich in der gegebenen Umwelt einzuordnen, zu behaupten, zurecht zu finden – oder dass man seine Umwelt so umgestaltet, verändert, beeinflusst, dass er sich darin behaupten, seine Kräfte entfalten kann.“ (Salomon, 1926, S. 308)

## 2 Social Diagnosis / Soziale Diagnose

### Lernen von den Bezugswissenschaften

- Der Begriff Diagnose (griech.) = durchschauen bzw. durch und durch erkennen; hinter die Symptome schauen.
- Verdeutlicht die Orientierung an der naturwissenschaftlichen Medizin. Richmond nannte den Caseworker auch „Social physician“.
- Medizinische Diagnostik kann von

der Sozialen Arbeit nicht einfach übernommen werden.

- Richmond stellt Erkenntnisse verschiedener fachfremder Disziplinen zusammen und integriert sie in die Social Diagnosis.
- Fachgebiete, deren Methoden und Erkenntnisse in die theoretische Konzipierung der Sozialen Diagnose eingegangen sind:
  - Psychologie (James M. Baldwin),
  - Medizin (Richard C. Cabot),
  - Psychiatrie (Adolf Meyer) und
  - Kriminologie (Jugendrichter Harvey Baker) (vgl. Feustel, 2004, S. 255ff.)

### Mary Richmond definiert „Social Diagnosis“

- „Eine soziale Diagnose kann als Versuch beschrieben werden, die exakteste mögliche Definition einer Situation und Persönlichkeit eines Menschen mit bestimmten sozialen Bedürfnissen vorzunehmen, und

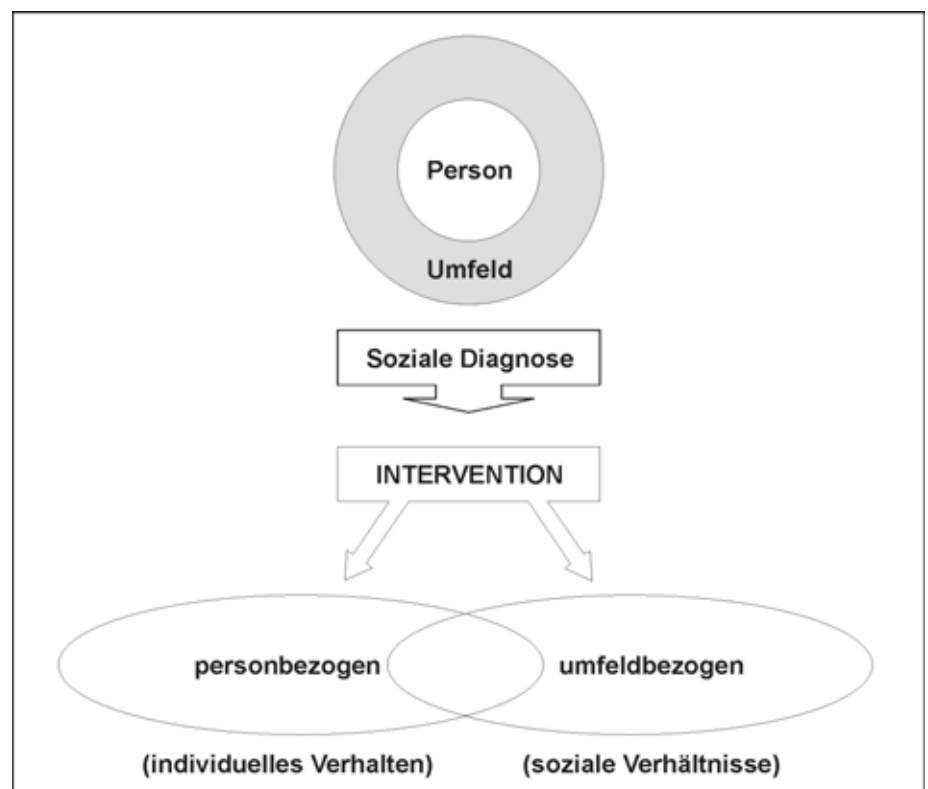


Abbildung 1: Doppelter Fokus der Diagnose

zwar im Zusammenhang mit anderen Menschen, von denen er in jeder möglichen Hinsicht abhängig ist oder die von ihm abhängen, aber auch im Zusammenhang mit den sozialen Institutionen seines Gemeinwesens.“ (Richmond, 1917, S. 357)

### Aufblühen einer methodisch anspruchsvollen Sozialen Arbeit

- M. Richmonds Werk Social Diagnosis umfasst 400 Seiten, bildet die Grundlage für eine methodisch anspruchsvolle Soziale Arbeit.
- In den USA wird „Soziale Diagnosis“ für über 20 Jahre zum Standardwerk der Ausbildung.
- Grund dafür: es gibt SozialarbeiterInnen ein eigenes professionelles identitätsstiftendes Denkwerkzeug mit auf den Weg

### Was geschah in Deutschland?

- Soziale Arbeit ist zu Beginn des letzten Jahrhunderts ein junger Beruf, der sich in wenigen Jahren enorm entwickelt.
- Alice Salomon ist an der Entwicklung der Profession beteiligt; Gründung der ersten sozialen Frauenschule 1908 mit einer umfassenden Ausbildung für die Soziale Arbeit.
- Salomon arbeitet an einer Methode der sozialen Hilfstätigkeit.

### Ausbildung für einen verantwortlichen Beruf

- Salomon konstatiert einen unverantwortlichen Mangel an Ausbildung in Deutschland: „Es würden keine ausreichenden Versuche gemacht, die Schüler zu einem Erfassen und zu einer Durcharbeitung der Methoden ihrer Arbeit zu führen.“ (Salomon, 1926, S. 255)
- Sie sieht allein in der wissenschaftliche Fundierung eine Basis für die nötige Professionalisierung.

### Alice Salomon in den USA

- Bei ihren Besuchen in den USA – 1923 und 1924 – lernt sie Mary Richmond als gedankliche Mitstreiterin kennen.
- Diese ist zu dieser Zeit Leiterin der Forschungsabteilung der renommierten Sage Russel Foundation, der es um die Förderung sozialer Entwicklung und Forschung ging.

- Ein krasser Widerspruch zu Deutschland: Frauen sind an Universitäten erwünscht und haben Zugang zur Forschung.
- Salomon beschließt, die Erkenntnisse der Social Diagnosis in ihre Arbeit zu integrieren

### Soziale Diagnose als systematische Beschreibung

- „Ein Volk, das zehn Jahr von der übrigen Welt fast völlig abgeschlossen war, tut gut daran, vorurteilslos zu prüfen, was es von anderen lernen kann.“ (Salomon, 1926, S. 255)
- Die Soziale Diagnose ist eine systematische Beschreibung der konkreten Einzelschritte, aus denen sich die soziale Arbeit zusammensetzt.
- Sie basiert auf statistischen Erhebungen, Befragungen zu den Tätigkeiten der Sozialarbeiter vor dem Beginn der „Behandlung“, Sammlungen von Fällen und deren Auswertung.

### Vision: Methoden der Fürsorge

- Salomons Vision ist die professionelle Entwicklung der Hilfe.
- Sie überträgt zwar einzelne Schritte der Social Diagnosis, differenziert sie aber und verbindet sie mit einer Theorie des Helfens. Damit wird die Soziale Diagnose zu einem Teil des Gesamtkonzepts der Sozialen Arbeit.
- Bahnbrechend: sie arbeitet Methoden der Behandlung aus, die es bisher nicht gab.
- Der Mensch in der Beziehung zu seiner sozialen Umwelt ist auch in der „Kunst zu helfen“ ein zentraler Gedanke.

### Höchste Anforderungen an Wissenschaft

- Sie fordert wissenschaftlich fundiertes methodisches Handeln und die sorgfältige Erhebung sozialer Daten.
- „Der Soziale Arbeiter muss deshalb seine eigenen Methoden erarbeiten. Er kann sie nicht von anderen Wissenschaften übernehmen. Aber er kann doch von der Methodik der anderen lernen.“ (Salomon, 1926, S. 262)

### Theorie und Methode der Behandlung

- Soziale Diagnose ist eine komprimierte Fassung der „Social Diagnosis“ mit einem theoretischen Teil zur Methode des Helfens, der bei Richmond fehlt.
- Basis für Theorie und Methode der Sozialen „Behandlung“ ist die Auffassung des person-in-environment (Person in ihrer Umwelt) sowie
- eine respektvolle Haltung den KlientInnen gegenüber: „Das Gefühl des Vollbringens und der Kraft, das entsteht, wenn man selbst Herr seiner Schwierigkeiten wird, ist ein zu kostbares Gut, als dass man es irgendeinem Menschen vorenthalten dürfte“ (Salomon, 1926/2004, S. 305)

### Urteilsfähigkeit und Soziale Diagnose

- Salomon reflektiert die verantwortungsvolle Aufgabe der Urteilsfindung, die an subjektive Bedingungen und an eine subjektive Fähigkeit geknüpft ist.
- Sozialarbeiter müssen lernen, welche Informationen sie wie und wo ermitteln müssen, um „alle Seiten des menschlichen Lebens“ in einem bestimmten Fall erfassen zu können.
- Deswegen fordert Salomon, die Urteilsbildung zu reflektieren und durch „Denkarbeit“ zu kontrollieren.

### Zwischenbilanz

- Social Case Work und Soziale Diagnose sind der erster systematischer Ansatz, der sich als professioneller bezeichnen lässt.
- „Person-in-environment“ ist Grundlage der sozialen Diagnose und Intervention in der Sozialen Arbeit.
- Nach dem 1. Weltkrieg wird Deutschland von der wissenschaftlichen Entwicklung isoliert.
- In dieses Vakuum hinein schreibt Salomon das Methodenbuch „Soziale Diagnose“.

## 3 Entwicklung von Clinical Social Work und Klinischer Sozialarbeit

### Entwicklung zwischen den Weltkriegen

- Die Soziale Diagnose bietet Vorbild für die Behandlungsmethode der „Sozialen Therapie“, an deren Ent-



wicklung Salomon mit Wronski arbeitet.

- Soziale Therapie heißt Hilfe durch Beratung.
- Sie basiert auf medizinischem Modell und psychoanalytischen Erkenntnissen.
- Der Nationalsozialismus ächtet dieses Modell wie auch seine Urheberinnen.
- Deutschland isoliert sich ein weiteres Mal folgenreich.

#### Gegenläufige Entwicklung in den USA

- Anerkennung und Weiterentwicklung von Richmonds Arbeiten auf breiter Basis.
- Grundlage für Expertenschaft von Sozialer Arbeit in verschiedenen multidisziplinären Tätigkeitsfeldern.
- Einflüsse auf Case Work durch gesellschaftliche Veränderungen und traumatisierte Kriegsoffer des 1. Weltkriegs.

#### Psychoanalyse und Soziale Arbeit

- Aufschwung therapeutisch-psychoanalytisch orientierter Sozialarbeit in den USA.
- Jüdische Ärzte und Psychoanalytiker finden dort Zuflucht.
- Ihre in Deutschland erworbenen akademischen Qualifikationen werden nicht anerkannt.
- Sie arbeiten als Sozialarbeiter, behandeln KlientInnen und beeinflussen die Soziale Arbeit maßgeblich durch ihr Engagement in der Lehre.

#### People helper und societal changer

- Es entstehen verschiedene Schulen psychoanalytisch-behandelnder Sozialarbeit: „functional“ und „diagnostic school“.
- Proteste der „radikalen“ Sozialarbeit „practice advocacy“ gegen diese personenzentrierte Methode der Sozialen Arbeit.
- Es kommt zur Spaltung: Clinical Social Work bildet eine eigenständige Gesellschaft mit hohen wissenschaftlichen und professionellen Standards (National Association of Clinical Social Work).

#### Entwicklung der Sozialen Arbeit in den 60/70er Jahren in den USA

- Methodenentwicklung und berufliches Selbstverständnis geraten eine Weile in den Hintergrund. Sozial-

le Arbeit entfernt sich von ihren Wurzeln.

- Vordergründig sind Streit um Professionalisierung, gesellschaftliche Legitimation und sozialen Auftrag.

#### Deutschland: Gesundheitsfürsorge nach 1934

- Für das beruflich-ethische Selbstverständnis hat das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (Juli 1934) verheerende Folgen.
- Die Gesundheitsfürsorgerin wird dem Arzt als Hilfskraft unterstellt.
- Unterwerfung der Fürsorgerinnen und ihr Wirken im Nationalsozialismus wirken bis heute nach.

#### Deutschland nach dem 2. Weltkrieg

- Breite Rezeption des Case Work bzw. „vertiefte Einzelfallarbeit“ wird durch deutschsprachige Emigrantinnen vermittelt.
- „Ost-Zone“ ist vom U.S.-Import ausgenommen (Dispensaire-Betreuung).
- Die der Methode zu Grunde liegende empathische akzeptierende Haltung trifft auf ein zutiefst verunsichertes berufliches Selbstbewusstsein.
- Sie wird begeistert, aber auch mit Skepsis und Widerstand aufgenommen, auch weil sie eine offene Einstellung voraussetzt.

#### Verdrängung statt Veränderung

- Nur vereinzelt sind Sozialarbeiterinnen für diesen Prozess der Demokratisierung reif genug.
- Die Re-education wird vielfach als Kolonialisierung empfunden, die eine tief in die Persönlichkeit greifende Verunsicherung darstellt.
- Die Erfahrung mit geschichtlichen Umbrüchen macht deutlich, wie schwer und langwierig sich gesellschaftliche Veränderungen vollziehen. Menschen vermeiden sie verunsichernde Prozesse. Sie halten, wenn auch verborgen, an Vertrauen fest.

#### Innere Ablehnung der re-importierten Methoden

- Zur inneren Ablehnung der Vertieften Einzelfallarbeit trägt auch bei, dass Methoden wie case- und

groupwork antisemitische Vorurteile lebendig halten.

- Sie basieren auf der im Nationalsozialismus als entartet bezeichneten Psychoanalyse. Ins Land zurückgeführt werden sie durch emigrierte jüdische KollegInnen.
- Es gibt also eine Reihe von Gründen, warum die (re-)importierten Methoden mit Skepsis betrachtet werden. Auch weil der sozio-historische Kontext des Re-education-Projekts nicht genügend berücksichtigt wird.

#### Einzelfallarbeit löst Widerstand der Sozialwissenschaften aus

- Kritik an den diskriminierenden Praktiken der helfenden Beziehung konzentriert sich in den 60/70er Jahren auf die Methode der Einzelfallarbeit.
- Diagnose wird als Stigmatisierung und Verrat am gesellschaftlichen Auftrag gewertet.
- Soziale Probleme, so lautet die Kritik, werden psychologisiert und dadurch geglättet.
- Die Entwicklung in Westdeutschland ähnelt der in den USA in den 50/60er Jahren.

#### Vermittlung von Handlungs- und Methodenkompetenzen geraten ins Abseits

- Die Kritik ist wirkungsvoll. Soziale Arbeit isoliert sich zum dritten Mal von der internationalen Entwicklung der Sozialarbeit als Sozialwissenschaft.
- Das entstehende Methodenvakuum füllen die Klinische Psychologie und ihre psychotherapeutischen Methoden.
- Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit beruhen auf entliehenen Konzepten und Wissensbeständen. Dies führt zur willkürlichen Auswahl von Ausbildungsinhalten.

#### Methoden und ihr Einfluss auf die klinische Sozialarbeit

- Es gibt keinen Zweifel daran, dass die „Therapiebewegung“ die Soziale Arbeit in der Entwicklung eigenständiger Methoden behindert hat.
- Gleichzeitig aber haben aus der Psychotherapie hergeleitete Methoden die Sozialarbeit inspiriert und umgekehrt.

- Der Ansturm auf Selbsterfahrungsgruppen und „sensitivity-trainings“ spricht dafür, dass teilnehmende SozialarbeiterInnen eine neue Dimension von Handlungskompetenz erfahren konnten (vgl. Neue Praxis, Sonderheft 1978).

#### 4 Soziale Arbeit und ihre unglückliche Liaison zur Medizin

##### Entwicklung in den 60/70er Jahren

- In den 60/70er Jahren bleibt die Kritik an den diskriminierenden Methoden der Medizin und der Psychiatrie nicht aus.
- Im Fokus steht der Verlust der sozialen Dimension in der Medizin.
- Medizin sucht Hilfe in der Sozialarbeit.
- Dieser fehlt es an genuinen psychosozialen Behandlungskonzepten sowie klinischen Erklärungs- und Verstehensmodellen für Gesundheit und Krankheit (siehe Abbildung 2).

##### Gesundheitspolitisches Statement aus vergangener Zeit

- Der Bundesgesundheitsrat konstatierte 1973, „der Sozialarbeiter [leistet] seinen Beitrag zum Heilungsprozess als fachliche Ergänzung zur ärztlichen Tätigkeit. Die Effektivität dieser Arbeit bedingt eine enge Zusammenarbeit zwischen Arzt, Facharzt und Sozialarbeiter, indem der Sozialarbeiter fachlich eigenständiger Partner ist.“
- Diese Aufbruchstimmung ist nur von kurzer Dauer.

##### Soziale Arbeit und Medizin

- Sozialarbeit in Deutschland ist nicht genügend vorbereitet, um die an sie gestellten Anforderungen einzulösen.
- Wenig Lust auf Engagement im Praxisfeld Gesundheit (Ausnahme Arbeitsfeld Psychiatrie).
- Die Dominanz der biomedizinisch geprägten, streng hierarchischen Kultur schreckt die neue Generation ab.
- Sozialberufliche Kultur erlaubt den KlientInnen, ExpertInnen ihres Lebens zu sein.

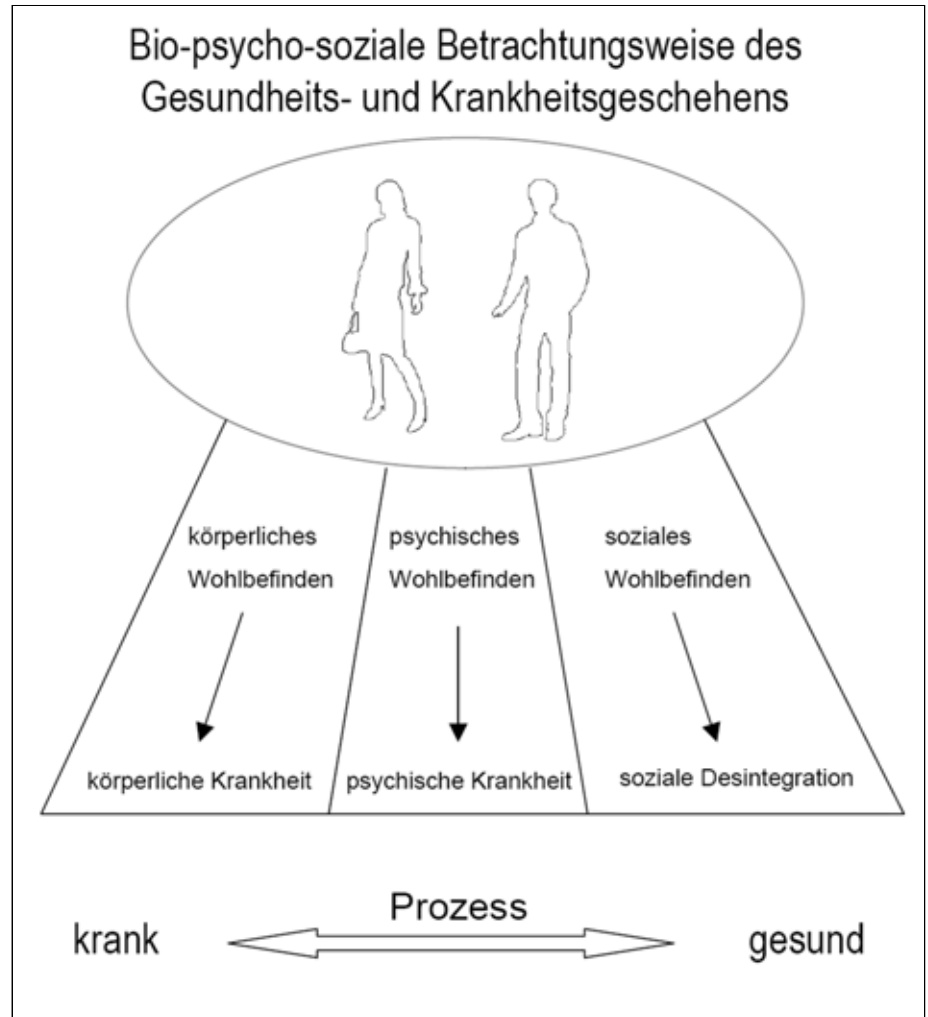


Abbildung 2: Bio-psycho-soziale Betrachtungsweise des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens

##### Aufbruchstimmung durch Psychiatriereform

- Sozialarbeiter – gestützt durch die PsychPV – setzen einen eigenen Anspruch in der psycho-sozialen Behandlung psychisch kranker Menschen durch
- Es kommt zur Aufwertung der Berufsrolle.
- Die vom Druck der Ökonomisierung freien Jahre sind allerdings nicht genutzt worden.
- Zur Klärung der sozialberuflichen Methoden wäre es wichtig gewesen, das Erfahrungswissen zu systematisieren und theoretisch aufzuarbeiten.

##### Die Zukunft der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

- Erst Ende der 90er Jahre wird in Deutschland eine Debatte um die Zukunft der Sozialen Arbeit im Ge-

sundheitswesen höchst kontrovers aufgenommen.

- Wie soll Soziale Arbeit sich angesichts der immensen strukturellen Veränderungen profilieren?
- Wie dem Druck durch Konkurrenz „benachbarter“ Disziplinen standhalten?
- Welche Kompetenzen braucht Soziale Arbeit für einen multidisziplinären, hoch komplexen Arbeitskontext?

#### 5 Klinische Sozialarbeit

##### Die Verbindung zur Sozialen Arbeit in den USA wird wieder aufgenommen

- Ein Weg in die Zukunft der Sozialen Arbeit ist die Clinical Social Work, die sich in den USA seit den 60er Jahren etablieren und durch ihre qualifizierte Ausbildung überzeugen konnte.

- Sie versteht sich als beratende und behandelnde Sozialarbeit für alle Altersgruppen.
- Sie ist spezialisiert auf
  - die „direkte Arbeit“ mit Klienten,
  - schwierige psycho-soziale Störungen,
  - komplexe soziale Probleme bzw. Problemkonstellationen

#### Gesundheitsarbeit mit intensiver Einbeziehung des sozialen Kontextes

- Sie arbeitet mit schwer erreichbaren Menschen, deren gesundheitliche Verfassung das Leiden an den gesellschaftlichen Verhältnissen bzw. gesellschaftliche Ungleichheit ausdrückt.
- Sie ist innovativ in der Einbeziehung des sozialen Kontextes in die psycho-soziale Beratung, in der ressourcenorientierten sozialtherapeutischen Behandlung, in der Rehabilitation und der psycho-sozialen Begleitung von gesundheitlich gefährdeten, belasteten, erkrankten und behinderten Menschen.

#### Klinische Sozialarbeit: Auszug aus dem Plädoyer

- „So richtig es ist, alle recht verstandene Soziale Arbeit als gesundheitsdienlich zu bezeichnen, so notwendig ist eine Präzisierung: Wenn gesundheitsfördernde Aufgaben ins Zentrum rücken, kann von Gesundheitssozialarbeit gesprochen werden. Und sofern dies in besonders schwierigen Beziehungs- und Behandlungskontexten erfolgt, sprechen wir von Klinischer Sozialarbeit, die zusätzliche Kompetenzen erfordert. ... (H)ierzulande (ist) ein eigenes Verständnis von Klinischer Sozialarbeit zu entwickeln, das weder mit ‚Sozialarbeit in Kliniken‘ noch mit ‚Medikalisierung des Sozialen‘ gleichgesetzt werden kann.“ (vgl. DGS, 2001)

#### Kompetenzen der Klinischen Sozialarbeit

##### Klinische Sozialarbeit

- hat Kompetenzen, um an Heilbehandlungen und Reha-Maßnahmen mitzuwirken,
- hat Kompetenzen, um Beziehungen zu klären, aufzubauen und zu gestalten, sowie Kenntnisse zur Verbesserung von Lebensverhältnissen,

sen, die an das kurative Handeln des Gesundheitssystems andocken,

- hat hohe besondere Beratungskompetenzen, um mit „schwer erreichbaren Menschen“ Beziehungen aufzunehmen und zu gestalten.

#### Was hat die klinische Fachsozialarbeit in Deutschland erreicht?

- Clinical Social Work (1998): erstes Themenheft (BdW); 2000 Fachkongresse DGS und GVSG
- 2001 Plädoyer für Klinische Sozialarbeit, unterzeichnet von 19 Hochschullehrern
- 2003 Masterstudiengang ASFH/FH Coburg (Akkreditierung 2004)
- 2003 Gründung der Sektion Klinische Sozialarbeit in der DGS
- 2005/2006: Fachzeitschrift „Klinische Sozialarbeit“ – und viele Veröffentlichungen zum Thema.

#### Literatur

Bock, T. (Hrsg.) (1979). *Medizin und Sozialarbeit: Rollenerwartungen und Erfahrungen aus der Zusammenarbeit in der Therapie Suchtkranker und psychosomatisch Kranker. Vorträge der Freiburger Sozialtherapiewoche 1978*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Cooper, M. G. & Granucci Lesser, J. (2002). *Clinical Social Work. An Integrated Approach*. Boston/London/Toronto: Allyn & Bacon.

Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit [DGS] – Arbeitskreis Sozialarbeit und Gesundheit (2001). Plädoyer für klinische Sozialarbeit als Fachgebiet der Sozialen Arbeit. *Forum Sozial* 2(1), 16-17.

Dorfman, R. A. (1988). *Paradigms of clinical social work. Bd. 1*. New York: Brunner/Mazel.

Dunlap, K. M. (1974/1996). Functional theory and Social Work Practice. In F. Turner (Hrsg.), *Social Work treatment. Interlocking theoretical Approaches*. (4. Aufl.) (S. 319-340). New York/London: Free Press 1996. (Erstauflage 1974.)

Durner, A. & Köhle, K. (1973). Integration der Sozialarbeit im medizinisch-klinischen Bereich. *Blätter der Wohlfahrtspflege* 120 (10), 263-265.

Feustel, A. (2004). Erläuterung zur Sozialen Diagnose. In A. Salomon, *Frauenemanzipation und soziale Verantwortung. Ausgewählte Schriften*. Hg. A. Feustel. Bd. 3: 1919-1948 (S. 255-258). Neuwied: Luchterhand.

Geißler-Piltz, B. (2005). Die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit – eine Historie mit vielen Brüchen. *psychosozial*, Nr. 101, 28 (3), 17-29.

Goldstein, E. (1980). Knowledge base of clinical social work. *Social Work* 25(3), 173-178.

Hamilton, G. (1940). *Theory and Practice of Social Case Work*. New York: Columbia University Press).

Kadushin, A. (1990). Supervision in der Sozialarbeit. *Supervision* 18, 4-24.

Müller, C. W. (1995). *Wie Helfen zum Beruf wurde.*

*Eine Methodengeschichte der Sozialarbeit*. Bd. 1: 1883-1945. (4. Aufl.) Weinheim: Beltz.

Müller, C. W. (1998). *Wie Helfen zum Beruf wurde. Eine Methodengeschichte der Sozialarbeit*. Bd. 2: 1945-1995. (3. Aufl.) Weinheim: Beltz.

Munson, C. E. (1983). *An Introduction to Clinical Social Work Supervision*. New York: Haworth Press).

*Neue Praxis. Sonderheft: Sozialarbeit und Therapie*. 1978[4].

Pantucek, P. (1998). *Lebensweltorientierte Individualhilfe. Eine Einführung für soziale Berufe*. Freiburg: Lambertus.

Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa. (Schriftenreihe Soziale Berufe.)

Reynolds, B. C. (1934). *Between Client and Community. A Study in responsibility in Social Case Work*. Northampton, MA: Smith College. (Smith College Studies in Social Work. 5,1.)

Richmond, M. (1917). *Social diagnosis*. New York: Sage Foundation.

Salomon, A. (1926/2004): Soziale Diagnose. In A. Salomon, A., *Frauenemanzipation und soziale Verantwortung. Ausgewählte Schriften*. Hg. A. Feustel. Bd. 3: 1919-1948 (S. 255-314). Neuwied: Luchterhand 2004. (Originalausgabe 1926.)

Viefhues, H. (Hrsg.) (1981). *Lehrbuch der Sozialmedizin*. Stuttgart: Kohlhammer.

Zeller, S. (1994). *Geschichte der Sozialarbeit als Beruf. Bilder und Dokumente (1893-1939)*. Pfaffenweiler: Centaurus.

# „ICD plus“ und „Therapie plus“ - Diagnostik und Intervention in der Klinischen Sozialarbeit

Silke Birgitta Gahleitner

## 1 Klinische Sozialarbeit – wozu überhaupt?

Der soziale Wandel in der postmodern geprägten Gesellschaft mit ihren Chancen, Risiken, biographischen Unsicherheiten und Orientierungslosigkeit hat in den letzten Jahrzehnten dramatische Ausmaße angenommen – insbesondere für sozial deklassierte Personen und Gruppen. Seit der Anerkennung der Psychotherapie als Heilberuf und der damit verbundenen Einschränkung auf die Behandlung von ‚Störungen mit Krankheitswert‘ klafft zudem im psycho-sozialen Bereich ein noch größerer ‚treatment gap‘ zwischen dem Anspruch der WHO mit ihrer Definition von Gesundheit als eines Zustandes ‚vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens‘ und der realen Versorgung insbesondere schwer erreichbarer und benachteiligter Bevölkerungsgruppen (Zurhorst, 2000).

Benachteiligtes Klientel hat häufig nicht nur besonders viele frühe Verletzungen und Traumata erlitten, sondern zudem keinen Zugang zu Hilfsmöglichkeiten auf der hochschwelligsten Ebene der Psychotherapie in ihrer derzeitigen Angebotsform. Sie bleibt oftmals als ‚schwer erreichbar‘ sich selbst überlassen. Im Zeitalter der Vereinzelung und der Lobhymnen auf das ‚Unternehmerische Ich‘ als optimale ‚Lebens- und Wirtschaftsform‘ bedürfen diese in die Spirale der Abwärtsmobilität geratenen Menschen (Gahleitner, 2000) undogmatischer, passgerechter Konzepte und einer klaren Parteilichkeit und Zuwendung bei den Bewältigungsversuchen in den sie umgebenden – von Sozialabbau geprägten – Verhältnissen.

Der Anspruch, das seelische und soziale Moment von Gesundheit und Krankheit in ganzem Umfang einzubeziehen sowie eine gesundheitsfördernde und korrektive soziale und ökologische Umwelt zu gestalten, ist damit in keiner Weise eingelöst. Insbesondere die ‚soziale Systemebene wird dort [in der Behandlung und Versorgung von Patienten, S.B.G.] bisher weder systematisch in den Blick genommen, noch

systematisch bearbeitet“ (Ortmann & Kleve, 2000, S. 364). Soziale Arbeit hat sich eigentlich zur Aufgabe gemacht, eben diese Menschen zu erreichen und zu behandeln. Es bedarf dafür jedoch neuer Formen klinisch-sozialarbeiterischer Behandlung, psycho-sozial bedingte Beeinträchtigungen auch psycho-sozial zu beeinflussen und deren sozial bedingte Ungleichverteilung zu mindern (Pauls, 2004).

## 2 Historische Stolpersteine

Psycho-soziale Diagnostik sowie Beratungs-, Behandlungstheorie und -praxis befinden sich derzeit in einem noch offenen Diskurs über ihre Zielsetzungen und Spezifikationen (Pauls, 2004; Nestmann, Engel & Sieckendieck, 2004). Der Anspruch auf Mehrdimensionalität in den Konzepten steht dabei zwar historisch in einem engen Anschluss an die klassischen Grundorientierungen der Psychotherapie, muss sich jedoch in kontinuierlicher Selbstreflexion immer wieder neu verorten, um spezifische Behandlungskonzepte zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit für besonders betroffene Bevölkerungsgruppen zu entwickeln. Beratung und Psychotherapie können daher nicht nur aufeinander verweisen, sich flankieren und ergänzen oder einander folgen: Vielmehr bleiben psychotherapeutische Grundorientierungen (vgl. Definition von Strotzka, 1984) ein ebenso zentraler Referenzbereich für die weitere Entwicklung der einzelnen Formen von Beratung wie Beratungs- und Behandlungskonzepte Sozialer Arbeit in Zukunft auf psychotherapeutische Entwicklungen Einfluss nehmen werden.

In Seminaren mit Studierenden der Sozialen Arbeit kommt jedoch immer wieder die Frage auf, ob denn beraterrische und psychotherapeutische Konzepte für die spätere Berufspraxis überhaupt Relevanz besäßen. Diese Frage verweist auf die mehrfach gebrochene historische Entwicklung der Sozialen Arbeit (vgl. Geißler-Piltz, 2005). In den 70er Jahren übten die Sozialwissenschaften zahlreich und berechtigt Kritik an den diskriminierenden Praktiken der Medizin und der Psycho-

den psychotherapeutisch orientierte Einzelfallkonzepte mit einer einseitigen Verortung der Verantwortung sozialer Problemlagen im Individuum. Die Formulierung der Gefahr, soziale Probleme zu psychologisieren und psychische Störungen als selbstverschuldet zu begreifen, griff eine noch ältere Kontroverse zwischen den historisch gewachsenen Aufgaben der Sozialen Arbeit auf, die Goldstein (1980, S. 173) für die USA mit den Begriffen „people helper“ versus „societal changer“ beschrieben hatte.

Eine negative Folge dieser durchaus wichtigen gesellschaftskritischen Debatte war jedoch, dass das dadurch entstandene Vakuum an klinischen Aufgaben nicht durch die Soziale Arbeit, sondern durch psychotherapeutische Methoden gefüllt wurde (vgl. Geißler-Piltz, in diesem Band). Immer mehr SozialarbeiterInnen besuchten Zusatzausbildungen im psychotherapeutischen Bereich von Medizin und Klinischer Psychologie. Der Wunsch, damit in klinischen Arbeitsfeldern besser gerüstet zu sein, erfüllte sich jedoch nur zum Teil, da eine Ausarbeitung psychotherapeutischer Konzepte für den originären Bereich der Sozialen Arbeit ausblieb. Die ‚direct practice‘ der ‚people helper‘ entwickelte sich damit weiter von den Aufgaben der Sozialen Arbeit weg, nicht – wie eigentlich in der sozialkritischen Debatte gefordert – zu den Kernproblemen benachteiligter Lebenslagen hin.

Soziale Arbeit ist jedoch von ihrer originären Aufgabenstellung her spezifiziert auf ‚hard-to-reach‘-Klientel in Multiproblemsituationen. Klinische Sozialarbeit setzt dabei im Kontrast zur Klinischen Psychologie an der sozialen Perspektive an, also daran, das Unterstützungspotential durch Kompensation defizitärer sozialstruktureller Situationsfaktoren im Alltag zu mobilisieren. Dies kann jedoch ohne eine hinreichende Förderung der individuellen Faktoren ebenso wenig zielführend sein wie eine zu enge Fokussierung auf psychophysische Aspekte. Die psycho-soziale Fallarbeit muss daher beide Aspekte miteinander verknüpfen (Pauls, 2004).

SozialarbeiterInnen sind folglich nicht nur gefordert, über klinische

Kenntnisse zu verfügen, sondern *zusätzlich*, diese für ihre Berufspraxis kritisch zu reflektieren, auf das Spektrum sozialarbeiterischer Anforderungen zu beziehen und integrativ in Anwendung zu bringen. Klinisches Handeln in der Sozialen Arbeit trägt so dem Umstand Rechnung, dass jedes Individuum – insbesondere im Kontext sozialer Benachteiligung – fortwährend vor der Aufgabe steht, auf dem Hintergrund seiner bisher entwickelten psychischen Struktur und seiner aktuellen psychosozialen Situation bedeutsame Veränderungen seiner Lebenslage psychisch zu verarbeiten.

Im Folgenden wird anhand eines Fallbeispiels aus dem Bereich psychosozialer Traumaarbeit ein diagnostisches und interventives Vorgehen vorgestellt (vgl. dazu anhand eines anderen Fallbeispiels ausführlicher Gahleitner, 2005), welches auf diese Weise für Anregungen und Weiterentwicklungen aller Art zur Diskussion gestellt werden soll.

### 3 Klinische Sozialarbeit und komplexe Traumatisierung: eine ‚gelungene Passung‘

Unter einem Trauma versteht man ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten“ (Fischer & Riedesser, 1998, S. 79), das den Rahmen der Belastungsfähigkeit um ein Vielfaches übersteigt wie z.B. eigene oder unmittelbar beobachtete Todesnähe oder eine ernsthafte Verletzung der körperlichen Unversehrtheit. Jemand, der Solches erlebt, ist der Erfahrung von ohnmächtigem Kontrollverlust, Entsetzen und (Todes-)Angst ausgesetzt. Die natürlichen menschlichen Selbstschutzstrategien angesichts von Lebensgefahr – Flucht und Widerstand – erweisen sich als sinnlos.

Als besonders gravierend sind im sozialen Nahraum stattfindende, frühe und anhaltende Traumatisierungen zu betrachten, bei denen das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit in die Welt und das Vertrauen in die Menschheit bereits von Beginn der Entwicklung an immer wieder erschüttert wird. Aus dieser Perspektive betrachtet bringen bereits früh Traumatisierte außergewöhnliche Fähigkeiten hervor und entwickeln z.T. sehr kreative und vitale Überlebensstrategien. Was einst hilfreich war, kann im weiteren Lebensverlauf jedoch wieder destruktiv wer-

den und gravierende Symptome verursachen. Resultat ist häufig ein ausgeklügeltes System vielfältiger somatischer und psychischer Symptome, die die gerade erst entstehende Persönlichkeit entscheidend in der Entwicklung beeinflussen (Herman, 1993; Terr, 1995). In den letzten Jahren hat sich dafür insbesondere in den angloamerikanischen Ländern der Begriff ‚komplexe Traumatisierung‘ durchgesetzt (vgl. van der Kolk, Pelcowitz, Roth, Mandel, McFarlane & Herman, 1996).

Das Ausmaß der Traumatisierung ist abhängig von der Art, den Umständen und der Dauer des Ereignisses, vom Entwicklungsstand des Opfers zum Zeitpunkt der Traumatisierungen und eventuell vorhandenen protektiven Faktoren bzw. Risikofaktoren. Frühe und anhaltende Traumatisierung verursacht insbesondere Phänomene psychischer Fragmentierung und Desintegration. Die Fundamente des Selbst und die eigene Selbstwahrnehmung werden erschüttert bzw. können sich erst gar nicht entwickeln. Das Verhältnis zum eigenen Körper, zum Bewusstsein und den Affekten ist gestört. Im zwischenmenschlichen Bereich fehlt es an positiven Bindungserfahrungen. Desorganisierte Bindungsmuster, Gefühle von Misstrauen und Entfremdung, jedoch auch ein mangelndes Gefühl für Grenzen sind die Folge (Olbricht, 1997). Häufig treten dissoziative Erscheinungen auf, im Extremfall bis zur Borderlineproblematik oder zur multiplen Persönlichkeitsstörung (Wirtz, 1990).

Die Veränderungen lassen sich neben den sozialen, psychischen, psychosomatischen und psychiatrischen Auffälligkeiten auch hirnelektrisch nachweisen. Traumatisierte nehmen Reize anders auf und ordnen sie anders zu als Menschen ohne Traumaerfahrung. Das Selbstschutzsystem ist in ständiger Alarmbereitschaft und führt zu Reizbarkeit, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, unkontrollierten Übererregungen wie z.B. (auto-)aggressiven Verhaltensweisen. Die Wahrnehmung fokussiert sich hauptsächlich auf ‚traumarelevante‘ bzw. mit dem Trauma zusammenhängende Reize und Faktoren. Trotz des Versuchs, sich den überflutenden Bildern und Zuständen zu entziehen, werden Betroffene immer wieder von ‚Erinnerungen‘ heimgesucht, die jedoch nur bruchstückhaft vorliegen. Traumatisierte sind gefangen zwischen Gedächtnisverlust und Wiedererleben, zwischen

überwältigenden Gefühlen und absoluter Gefühllosigkeit, häufig weitgehend ohne Möglichkeiten der Selbstregulation (van der Kolk, 1999).

Komplexe Traumata verursachen also multiple Entwicklungsstörungen auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene (Streeck-Fischer, 1999) und erfordern daher eine bio-psychosoziale, biographieorientierte, mehrdimensionale Diagnostik und Behandlung. Dies gilt letztlich für die meisten psychopathologischen Phänomene – im Traumabereich wird dieser Zusammenhang, diese ‚Passung‘ jedoch besonders deutlich. Der Problematik muss daher auf bio-psychosozialer Ebene und unter Berücksichtigung des biographischen und umgebenden Gesamtkontextes begegnet werden: durch engmaschige Vernetzung personenzentrierter, umfeldorientierter und sozialstruktureller Aufgaben. Dies erfordert ein integratives Arbeitskonzept mit flexiblen Methodiken und Techniken in Diagnostik wie Intervention.

### 4 Mehrdimensionale Diagnostik

Eine soziale Diagnose ist eine „Diagnose ... , die alle Seiten des menschlichen Lebens, die Anlage und die Entwicklung, Milieu und Schicksal in das rechte Licht setzen und zu einem Gesamtbild vereinigen soll, das für die Hilfeleistung den Ausgangspunkt abgibt und das Ziel bestimmt“ (Salomon, 1926, S. 6). Mit dieser umfassenden Definition setzte Alice Salomon bereits vor fast 100 Jahren einen Standard, der bis heute als uneingelöst betrachtet werden kann.

Um der geforderten Mehrdimensionalität wenigstens näherungsweise gerecht zu werden, wird im Folgenden anhand eines Fallbeispiels der komplexen Traumatisierung einer jungen Migrantin neben der phänomenologischen Psychodiagnostik auch eine biographie- bzw. entwicklungsorientierte Diagnostik und eine soziale und Lebensweltdiagnostik vorgeschlagen, die schließlich in eine mehrdimensionale Problem- und Bedingungsanalyse einmündet, von der aus eine adäquate Interventionsplanung vorgenommen werden kann (Pauls, 2004).

*Naomi<sup>1</sup> stammt aus einer Familie mit gefährdetem Aufenthaltsstatus*

<sup>1</sup> Das zugrunde gelegte Fallbeispiel wurde nicht nur anonymisiert, sondern im Sinne des zu for-

aufgrund ihres kulturellen radikal-islamisch geprägten Hintergrundes, massiver soziostruktureller Benachteiligung und Diskriminierung im Heimatort und einer schweren Alkohol- und Gewaltproblematik in der Familie. Naomi wuchs als älteste Schwester mit 8 weiteren Geschwistern im Großfamilienverbund auf. Naomi ist in dem Glauben, ihre Mutter sei früh gestorben und die Mutter der Geschwister sei ihre Stiefmutter. Die Familienverhältnisse lassen sich ebenso wie der kulturelle Hintergrund nicht detailliert klären, da in den wenigen vorliegenden Papieren mehrere Unstimmigkeiten zu verzeichnen sind. Als Naomi nach mehrjährigem Freiheitsentzug, der sie auch immer wieder am Schulbesuch hinderte, und Zwangsverheiratung von der Ursprungsfamilie floh, wurde sie zum ersten Mal vom Jugendamt fremd untergebracht – zunächst in einer Wohngemeinschaft, dann in der Psychiatrie. Da sie den Aufenthalt dort ebenfalls nicht ertragen konnte, kehrte sie nach Hause zurück, wo sie über mehrere Tage von ihrem Ehemann vergewaltigt, misshandelt und über die ganze Zeit hinweg mit einer Waffe bedroht wurde. Nach wenigen Tagen gelang es ihr, erneut zu fliehen. Daraufhin wurde sie in einer weit entfernten Stadt in einer Einrichtung für traumatisierte Mädchen und junge Frauen untergebracht.

#### Psychodiagnostik

Nach dem in Deutschland als Klassifikationsschlüssel verwendeten ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2000) werden die Auswirkungen traumatischer Ereignisse nach der Dauer der Folgesymptomatik unterschieden. Eine traumatische Belastungsreaktion ist demnach eine höchstens einige Tage anhaltende ‚normale‘ Reaktion auf ein erlebtes ‚abnormales‘ Ereignis in Form emotionaler Überforderungssymptome und Rückzugstendenzen (verschlüsselt F 43.0). Von einer posttraumatischen Belastungsstörung (abgekürzt PTSD oder PTBS) wird gesprochen, wenn die Belastung über einen längeren Zeitraum anhält. Sie ist gekennzeichnet durch einen Wechsel zwischen physischer wie psychischer Überflutung durch das Erlebte, Vermeidung aller

Reize, die mit dem Trauma in Verbindung stehen und physiologischer Dauererregung (verschlüsselt F43.1). Bei lang anhaltender Extremtraumatisierung kommt es zu einer Zerstörung psychischer Grundstrukturen und zu andauernden Persönlichkeitsveränderungen (verschlüsselt 62.0).

Das ICD-10 erfasst damit lediglich Traumatisierungen, die auf eine bereits geformte, erwachsene Persönlichkeit treffen. Wie bereits angesprochen, ist jedoch der aktuelle Entwicklungsstand des Opfers von großer Bedeutung für die Symptomentwicklung. Beginnt die Traumatisierung sehr früh und setzt sich über lange Zeit fort, spricht man daher in Fachkreisen von der oben genannten komplexen posttraumatischen Belastungsstörung oder auch DESNOS (disorder of extreme stress not otherwise specified; van der Kolk, Pelcovitz, Roth, Mandel, McFarlane & Herman, 1996), die inzwischen als ergänzende Beschreibung der PTBS in den Anhang des DSM-IV aufgenommen wurde (American Psychiatric Association, 2000), jedoch im ICD-10 bisher keine Beschreibung erfährt.

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung erfasst Störungen der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus wie z.B. chronische Affektdysregulationen, selbstdestruktives Verhalten, impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen, Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins wie z.B. Amnesien oder Dissoziationen, Somatisierungen, chronische Persönlichkeitsveränderungen wie z.B. Änderungen der Selbstwahrnehmung: chronische Schuldgefühle; Selbstvorwürfe; Gefühle, nichts bewirken zu können, oder Gefühle, fortgesetzt geschädigt zu werden, Veränderungen der Beziehung zu anderen Menschen sowie die Unfähigkeit zu vertrauen und Veränderungen in Bedeutungssystemen wie z.B. Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit (vgl. dazu ausführlicher Gahleitner, 2005).

*Naomi zeigte von dieser Symptomatik insbesondere Affektdysregulationen, wie starke Aggressionen und Selbstverletzungen oder aber risikoreiche Verhaltensweisen, litt unter massiven Dissoziationen sowie Somatisierungen, großen Schwierigkeiten zu vertrauen und unter maßlosen Schuldgefühlen. Ihr Wertesystem war dagegen interessanterweise stark und stabil ausgeprägt, vermutlich aufgrund der frühen Verantwortung für den weiteren Nachwuchs der Familie. Auch ihr*

*Bindungsverhalten deutete darauf hin, dass es diesbezüglich auch Ressourcen in der Kindheit gegeben haben musste, eventuell ebenfalls der Großfamiliensituation geschuldet, die im umgebenden Haushalt ein gewisses Netz an Verbindlichkeiten zur Verfügung gestellt haben könnte. Auf den ICD-Achsen für Kinder und Jugendliche zeigte Naomi auf der zweiten Achse keine Auffälligkeiten und auf der Achse des Intelligenzniveaus durchschnittliche Werte. Achse vier lässt sich schwer klären, da die andauernden psychosomatischen Beschwerden einer permanenten Abklärung auf eventuelle physische Manifestationen erfordern. Die Achse der psychosozialen Umstände kann nach ICD mit abnormen intrafamiliären Beziehungen, Kommunikationsstrukturen und gesellschaftlichen Belastungsfaktoren (1.3, 4.3 und 7.1) beschrieben werden und die Achse des psycho-sozialen Funktionsniveaus mit der Klassifikation 4 für gemindert eingeordnet werden. Die beiden letzten Achsen sind jedoch nach ICD sehr grob verschlüsselt und damit nur bedingt aussagekräftig und daher möglichst durch weitere diagnostische Instrumente zu ergänzen.*

#### Biographische Analyse

Ein Trauma entfaltet seine Wirkung im Spannungsfeld subjektiver und objektiver Faktoren. Zu den subjektiven Faktoren gehört die kognitive, affektive, physische und soziale Entwicklung nebst angeborenen oder erworbenen konstitutionellen Faktoren. Vor diesem individuellen Hintergrund, der durch entwicklungstypische Verletzlichkeiten und individuelle und psychische Vorerfahrungen geprägt ist, erlebt das Kind die traumatogenen objektiven Faktoren. Das traumatische Erlebnis wiederum wird durch entwicklungsbedingte Umbau- und Umformungsprozesse und durch deren Verbindung zu anderen psychischen Abläufen ständig aktualisiert und modifiziert. Die Entwicklungsmatrix bietet daher einen wichtigen Referenzrahmen für die Diagnostik traumatischer Erfahrungen (siehe Abbildung 1).

Jede Entwicklungsstufe stellt das traumatisierte Kind vor neue Anforderungen, deren Wahrnehmung und Bewältigung durch die Geschichte der vorangegangenen Erfahrungen – wie durch ein Prisma „aktiv wirkender Biografie“ (Röper & Noam, 1999, S. 241) – geprägt sind (vgl. Gahleitner, 2005; für eine ausführliche Übersicht vgl. Crit-

dernden Personenschutzes bei derartigen sog. ‚Verbrechen im Namen der Ehre‘ biographisch leicht verfremdet. Es entspricht jedoch entlang des symptomatischen Gehalts sowie dem Diagnostik- und Behandlungsverlauf den realen Auswirkungen derartiger multipler Traumatisierungen.

tenden, 1997; Ferrara, 2002, S. 135 ff.) (siehe Abbildung 1).

Anstelle einer frühen positiven Bindungserfahrung, die zentrale Orientierungspunkte schafft, bewirkt frühe und dauerhafte traumatische Überstimulierung komplexe Bindungs- und Entwicklungsstörungen wie mangelnde Selbstregulation, Affektdysregulationen und eine verzögerte Kognitions- und Sprachentwicklung (van der Kolk, 1999). Stattdessen bildet das Kind frühe Abwehrmechanismen aus wie z.B. dissoziative Fähigkeiten, überagiles oder apathisches und Vermeidungsverhalten (Riedesser, Fischer & Schulte-Markwort, 1999). Traumabezogene innere Schemata werden zu einem Teil des Selbst- und Weltbildes, an dem sich die zukünftigen Handlungen und Erwartungen orientieren. Die sozialen Beziehungen sind durch die früh erworbenen Bindungsstörungen und Störungen im Familiensystem beeinträchtigt, regressive Erscheinungen lassen das Kind selbst an kleineren Entwicklungsanforderungen scheitern.

Im Jugendalter kulminieren Chancen und Anforderungen durch Autonomie- und Integrationsprozesse (Streeck-Fischer, 1999). Für traumatisierte Jugendliche bedeutet dies häufig die krisenhafte Aufdeckung der kumulativ erlittenen Traumata. Probleme in der Identitätsentwicklung führen zu Essstörungen, Schlafstörungen, Unruhezuständen, Schwierigkeiten mit Sexualität und Freundschaften etc. Natürliche Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz werden dadurch nachhaltig beeinträchtigt. Der Wunsch, alles ungeschehen zu machen und es anderen gleich zu tun, und die Unfähigkeit, diesen Wunsch zu realisieren, stürzt sie zusätzlich in destruktives Ausagieren und führt zu Chronifizierungen, die sich bis ins Erwachsenenalter erstrecken (Bürgin, 1999). Das Risiko einer Verschlechterung oder eines plötzlichen Ausbrechens posttraumatischer Symptomatik besteht dadurch bis ins hohe Alter (Hankin, 1997).

Naomi zeigte bei der Aufnahme in die Einrichtung zwar eine gewisse Erleichterung über die Entfernung vom Ursprungsort und den dortigen traumatischen Ereignissen, befand sich aber schnell in der für häusliche Gewalt typischen Spirale extremer Schuldgefühle gegenüber den verbliebenen Geschwistern, Sehnsucht nach einem gewissen Maß an Vertrautheit in dieser völlig fremden Jugendhilfswelt und starkem Misstrauen vor neu-

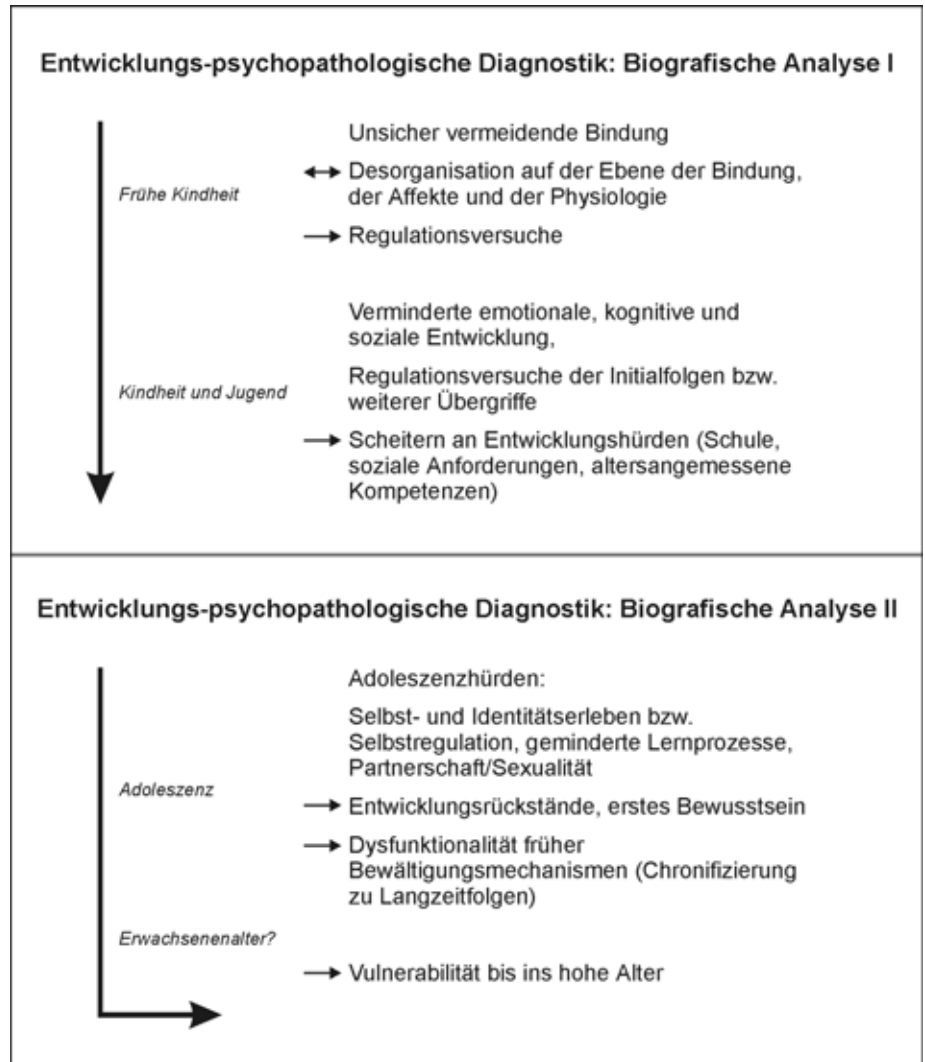


Abbildung 1: Entwicklungspsychopathologische Diagnostik (biografische Analyse)

en Bindungserfahrungen, insbesondere gegenüber den Betreuungspersonen. Auf der Gleichaltrigenebene integrierte sie sich dagegen erstaunlich schnell in die therapeutische Wohngruppe.

Bald nach dem Einzug wurde sie sich ihrer eigenen Enttäuschung über die durch die frühen und fortgesetzten Traumatisierungen entstandenen Entwicklungsdefizite bewusst, eine Problematik, die häufig bei Jugendlichen mit durchschnittlicher bis überdurchschnittlicher Intelligenz zu verzeichnen ist, wenn ihnen das volle Ausmaß der Schädigung im Alltag ersichtlich wird. Trotz eines ausgeprägten Ehrgeizes und vielen sichtbaren Kompetenzen war mehr als der erweiterte Hauptschulabschluss vorerst außer Reichweite. Starke psychosomatische Probleme und selbstverletzende Tendenzen erschwerten ihr diesen Weg zudem beträchtlich.

Alles in allem jedoch konnte Naomi die Adoleszenzphase nutzen, um sich aktiv vom Gewaltsystem zu distanzieren und in einer Einrichtung Zuflucht zu suchen. Auch wenn von einer chronifizierten komplexen Traumatisierung ausgegangen werden muss, die eine verstärkte Vulnerabilität bis ins hohe Alter bedingt, konnte der Verlauf ab dem Jugendalter aktiv von ihr mit gestaltet werden.

### Soziale und Lebensweltdiagnostik

Aufgrund ihrer prägenden Wirkung auf die Persönlichkeit verzerren frühe traumatische Erfahrungen die Erwartungen von Betroffenen in Bezug auf die Welt sowie in zwischenmenschliche Interaktionen und das persönliche Integritätsgefühl (Riedesser, Fischer & Schulte-Markwort, 1999). Der Mensch als Körper-Seele-Geist-Wesen in Verbund mit seiner sozialen und ökologischen Lebenswelt ist daher durch eine

frühe Traumatisierung auf allen Ebenen angegriffen. Janoff-Bulman (1985) beschreibt dieses Phänomen als ‚shattered assumptions‘, als eine fundamentale Erschütterung grundlegender Überzeugungen wie der eigenen Unverletzbarkeit, dem Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit in der Welt und der positiven Selbstwahrnehmung. Diagnostisch lässt sich das Ausmaß der Beeinträchtigung auf der Ebene der Persönlichkeit mit den ‚fünf Säulen der Identität‘ aus dem Konzept der Integrativen Therapie und Beratung erheben (vgl. Petzold, Wolf, Landgrebe & Zorica, 2000). Die fünf Säulen der Identität – Leiblichkeit bzw. Gesundheitszustand, soziales Umfeld, Arbeit/Freizeit/Leistung, materielle Abgesichertheit und Wertvorstellungen – werden entlang den inneren Repräsentanzen durch den/die KlientIn bildlich dargestellt (siehe Abbildung 2).

Zur Vertiefung und Verbreiterung der sozialen und Lebensweltdiagnostik können Körperbilder (sog. bodycharts) dienen (vgl. ebenda). Das soziale Umfeld und seine Bedeutung für die Betroffenen lässt sich mit Hilfe des sozialen oder sozio-kontextuellen Atoms (Märtens, 1997) diagnostisch erfassen. Damit verbildlicht man den Personenkreis, mit dem ein Individuum in einer bestimmten Lebensphase in engem emotionalen Austausch steht oder stand (zum detaillierten Verfahren vgl. Gahleitner, 2003). Alle bedeutsamen Personen werden dafür auf einem Blatt platziert und in entsprechenden Abständen um den/die KlientIn gruppiert. Zudem kann jede Person mit einer Farbe versehen werden, um die Art der Beziehung deutlich zu machen und zusätzlich mit einem Satz, den sie oder er typischerweise im Verlauf des Lebens an das Opfer gerichtet hat.

Das soziale Netzwerkinventar lässt sich zudem zu einer Eco-Map ausweiten, die in den sozialen Kontext einer Person zusätzlich die beteiligten Institutionen und das Hilfenetzwerk integriert (Pauls, 2004, 2005). Als besonders hilfreich erweist sich die Methode im Traumabereich, wenn man als Ausgangspunkt die traumatische Situation wählt und diese mit der heutigen aktuellen Lage der Klienten vergleicht. Zumeist erschließt sich dadurch eine ressourcenorientierte Perspektive, die den Behandlungsverlauf sehr positiv zu beeinflussen vermag. Auch Genogramme lassen sich in dieses Verfahren integrieren (Gahleitner, 2003, 2005).

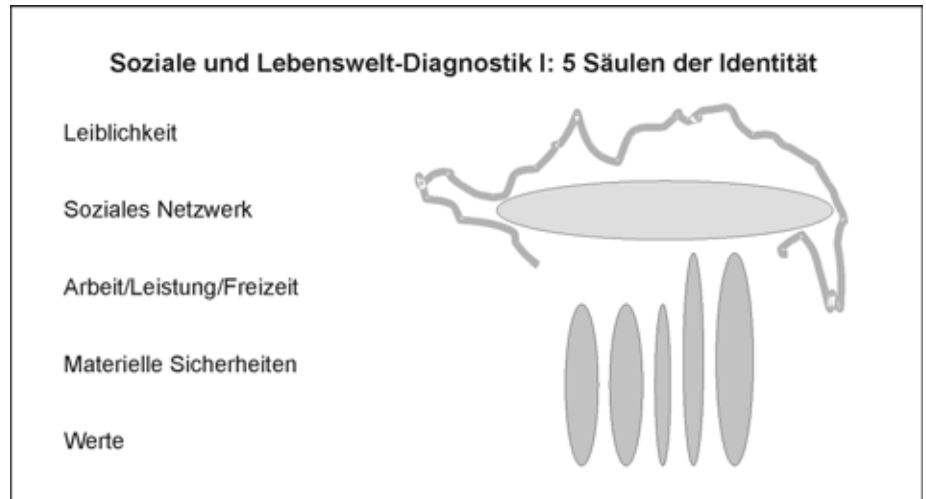


Abbildung 2: Soziale und Lebensweltdiagnostik mit Hilfe der 5 Säulen der Identität

*In der Anamnese zeigte sich zur Zeit der Aufnahme bei Naomi eine große Belastung im bereits angesprochenen psychosomatischen Bereich. Ständig wechselnde Beschwerden mit und ohne physiologische Korrelate hielten die gesamte Einrichtung auf Trab. Die Fürsorge hier auch als eine erste Zeit der Vertrauensbildung zu betrachten, machte diese Situation ein wenig erträglicher für das Betreuungsteam. Im Bereich der Leistung und Freizeitgestaltung konnte Naomi auf erstaunlich gute Ressourcen zurückgreifen. Dies verstärkte allerdings am anderen Ende ihre psychosomatischen Erscheinungsbilder und autoaggressiven Tendenzen, die ihr als einzige Option eine Form der Entlastung boten, die sie sich selbst zugestehen konnte.*

*In der sozialen Einbettung zeigte sich das Aufwachsen in der Großfamilie als Ressource. Im sozialen Gefüge der Einrichtung konnte sie auch dort ihren Platz als ‚älteste Schwester‘ sehr schnell konstellieren und behaupten. Nach einer Eingangsphase des extremen Misstrauens gegen alle Erwachsenen etablierten sich über die Bezugsbetreuung und Psychotherapie die ersten tragfähigen Bindungen, von denen aus auch mehr Alltagsstabilität entwickeln konnte. Dennoch muss bei ihr auch von früheren Bindungs- als auch Werteressourcen ausgegangen werden, ohne die ihre vielfachen Kompetenzen und Zielstrebigkeiten schwer zu erklären wären. Ihre guten kognitiven Fähigkeiten unterstützten die positiven Perspektiven trotz der ausgeprägten posttraumatischen Problematik, die durch Verzerrungen und dissoziative Tendenzen im Alltag zahlreiche Stolpersteine zutage förderte.*

### Mehrdimensionale Problem- und Bedingungsanalyse

Die soziale und Lebensweltdiagnostik mündet sinnvoller Weise in ein Verfahren, welches die verschiedenen Dimensionen auf eine anschauliche Weise reduziert bzw. operationalisiert. Dies geschieht in der mehrdimensionalen Problem- und Bedingungsanalyse Verfahren entlang der personalen und interpersonellen Defizite und Ressourcen. Unter Ressourcen fasst man alle innerseelischen und interaktionellen Handlungen bzw. Mittel der Hilfe und Unterstützung, mit denen Belastungen, Überforderungssituationen und Krisen bewältigt werden können (Petzold, 1998). Dazu gehören vor allem Bindungsressourcen, prägnantes Selbst- und Identitätserleben, Kohärenz (Antonovsky, 1997), Einsicht und produktive Lernprozesse, emotionaler Ausdruck, Kreativität, psychophysische Selbstregulation, Entspannungsfähigkeit, kommunikative Kompetenzen, Beziehungsfähigkeit, praktische Lebensbewältigung, Zukunftsperspektiven, konstruktive Interessen und ein positiver Wertebezug.

Die Defizite und Ressourcen werden sodann in ein Koordinatensystem psycho-sozialer Intervention platziert und bieten eine Systematik für die weitere Interventionsplanung in Form von spezifischen Anhaltspunkten der jeweiligen Unterstützung. Für Naomi ergab sich daraus folgende Darstellung (siehe Abbildung 3).



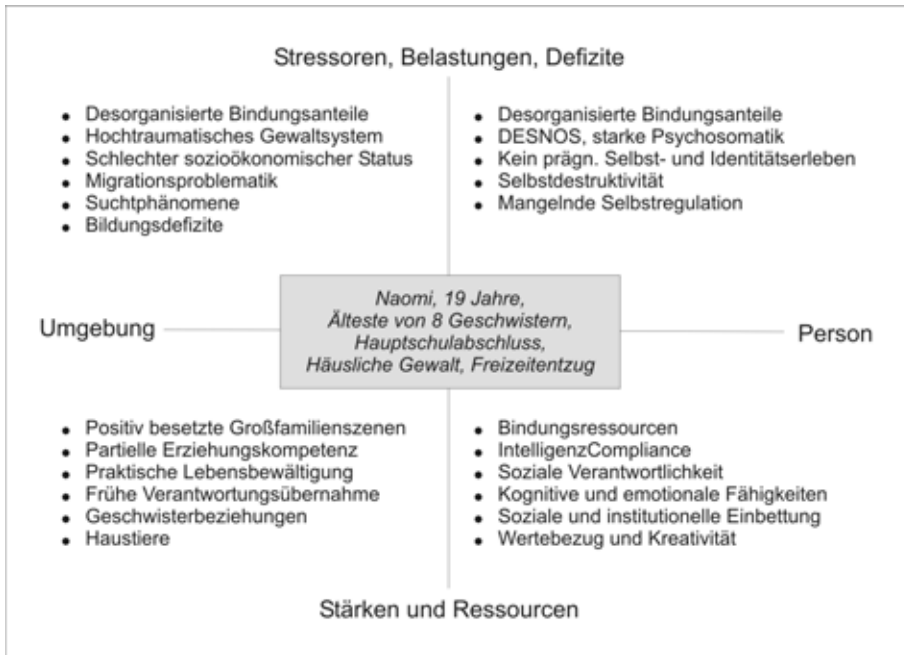


Abbildung 3: Koordinatensystem psycho-sozialer Intervention

## 5 Intervention bei komplexen Traumata

Wie bereits deutlich wurde, ist die komplexe posttraumatische Belastungsstörung eine sozial verursachte Störung, die sich jedoch bis tief in die psychische und physische Verfassung der Betroffenen einprägt. Es muss ihr daher auf bio-psycho-sozialer Ebene und unter Berücksichtigung des umgebenden Gesamtkontextes begegnet werden (vgl. dazu ausführlich Gahleitner, 2005).

Grundvoraussetzung für jeden Bewältigungsprozess ist zunächst die Etablierung eines Mindestmaßes an relativer Sicherheit und vertrauensvoller Bindung. Nach Herstellung der äußeren Sicherheit beginnt die häufig mühsame und störungsanfällige Beziehungsarbeit. Sie sollte auf zwei Ebenen erfolgen: 1. auf der Alltagsebene durch Eltern oder Bezugspersonen, und 2. durch das Angebot einer therapeutischen Beziehung. In enger Vernetzung sollten die Angebote zwei unterschiedliche Ebenen von Beziehungsräumen möglich machen: eine klar strukturierte und nach außen orientierte Alltagsbeziehung und eine nach innen orientierte raumgebende therapeutische Beziehung. Beide sollen jedoch gleichermaßen Alternativerfahrungen zu ehemals traumatisierenden Personen eröffnen – sowohl in Bezug auf einen verantwortlichen Umgang mit Grenzen als auch bzgl. des Angebots von Schutz und

Fürsorge. Die Erfahrungen eröffnen die Chance, aus den oft massiven Übertragungsdynamiken Stück für Stück wieder tragfähige authentische Beziehungen entstehen zu lassen und pädagogisches Handeln und therapeutisches Verstehen miteinander zu vereinbaren (Butollo & Gavranidou, 1999).

Im einem geschützten psychotherapeutischen Setting, eventuell unterstützt durch kreativtherapeutische Angebote, können auf dieser Basis bereits während der Anamnese ressourcenorientierte Bewältigungshilfen zum Einsatz kommen, um den Umgang mit bedrohlichen überflutenden Gefühlen zu erlernen und innere Sicherheit zu entwickeln. Diese Arbeit kann im fortgeschrittenen Stadium an vielen Stellen von weiteren Bezugspersonen unterstützt werden. Dies kann in Form konkreter Übungsaufgaben geschehen oder durch die Nutzung zusätzlicher beschäftigungs- und kreativtherapeutischer Angebote wie beispielsweise sportliche Aktivitäten und Selbstbehauptungstrainings. Die Etablierung von Stabilität ist Voraussetzung für den Aufbau des erschütterten Kontrollvermögens und zielgerichtetes Handeln im Alltag, jedoch auch für die Bereitschaft zum Einlassen auf einen weitergehenden Aufarbeitungsprozess (Ehlers, 1999).

Erst nach Erlangen eines ausreichenden Umfangs an Sicherheit und Stabilität können Versuche unterstützt werden, sich mit der traumatischen Erfahrung auseinanderzusetzen (Butollo,

Hagl & Krüsmann, 1999; Wirtz, 1990). Dabei muss sehr behutsam vorgegangen werden. Für Traumatisierte war es über lange Zeit hinweg funktioneller, nicht zu denken und zu fühlen (van der Kolk, 2000). Die traumatische Erfahrung kognitiv und emotional zu restrukturieren, ist daher ein langer und mühsamer Weg. Auch hier geht es wieder um eine enge Zusammenarbeit zwischen sozialarbeiterischen, sozialpädagogischen und therapeutischen Aufgaben. Während der Zeit der Aufarbeitung kommt es z.B. häufig zu alltagslabilisierenden Dekompensationen. Die Betreuungs- bzw. Umfeldpersonen im Alltag müssen hier unterstützend tätig werden bzw. in die therapeutische Behandlung einbezogen werden, um die notwendige Entlastung für den Bewältigungsprozess des Opfers zu bieten. Andererseits muss das therapeutische Vorgehen in Rücksicht auf zentrale Alltags- und Entwicklungsaufgaben der Betroffenen stattfinden und für Kriseninterventionen zur Verfügung stehen. Die therapeutische Begleitung der Aufarbeitung sollte also eingebettet in den Lebensalltag erfolgen, die sozialarbeiterischen und sozialpädagogischen Aufgaben andererseits in Rücksicht auf den Aufarbeitungsprozess an manchen Stellen zurückstehen.

Nach einer Bearbeitung bzw. Annahme des Traumas als Lebensrealität kann unter veränderten Bedingungen eine neue Form der Alltagsorientierung stattfinden (Herman, 1993), in der die Verantwortung für sich und das weitere Leben und eine Fokussierung auf die individuellen Möglichkeiten und Grenzen in der Gegenwart zentrale Themen sind. Dieser Prozess muss wiederum in enger interdisziplinärer Arbeit stattfinden und entlang den jeweils anstehenden Entwicklungsaufgaben ausgerichtet werden. In dieser Phase hat der therapeutische Bereich die Aufgabe der Unterstützung und ‚Zuarbeit‘ zur Sozialarbeit und Sozialpädagogik bzw. Erziehungsarbeit der Eltern in Form klarer alltagsrelevanter Zielsetzungen. Am Ende dieser Phase geht es um den Abschied vom Hilfesystem (siehe Abbildung 4).

Über den ganzen Zeitraum hinweg ist die Integration des Umfeldes in den Aufarbeitungsprozess als Unterstützung für den Bewältigungsprozess und als prophylaktischer Schutz gegen Reviktisierungen und sekundäre Traumatisierungen unabdingbar. Die Umfeldarbeit sollte personell von der Be-

troffenenarbeit getrennt werden, jedoch ebenfalls in enger Vernetzung stattfinden, um anstehende Themen aufeinander abstimmen zu können und gemeinsame Ziele verfolgen zu können.

Methodisch ist dieses Vorgehen geprägt von einer integrativ-therapeutischen Ausrichtung, die auf der Basis einer humanistischen Grundhaltung und tiefenpsychologischem Verstehen Beziehung als Hauptachse versteht und verhaltenstherapeutische, gestalttherapeutische, psychodramatische und körperorientierte Techniken interventiv verbindet (vgl. dazu für den Traumabereich Garbe 1993, 1998; Petzold, Wolf, Landgrebe & Zorica, 2000). In den zentralen Parametern für die therapeutische Beziehungsgestaltung lassen sich unschwer die basalen Fähigkeiten und Einstellungen der klientenzentrierten Psychotherapie, die dialogische Haltung der Gestalttherapie, die traumagerechte Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung psychoanalytischer Konzepte und der bindungsorientierte Zugang zur Behandlung nach modernen verhaltenstherapeutischen Anregungen erkennen (Gahleitner, 2005).

Im Therapieprozess wird der zugegebenermaßen etwas anspruchsvolle Versuch gemacht, eine Balance zwischen gegenwärtigen und vergangenen Themen, tragender und aktivierender Grundhaltung sowie begegnungs-, einsichts- und zielorientierten Interventionen herzustellen. Daraus ergibt sich eine zeitliche Orientierung an den momentan präsenten Phänomenen, die über den Rückblick in die Strukturen und den Vorausblick in die Entwürfe erschlossen werden, eine Methodik in Form von vier Arbeitsmodi, dem beziehungsorientierten, dem übungsorientierten, dem ergebnisaktivierenden und dem konfliktzentrierten Modus sowie eine therapeutische Orientierung an vier Wegen der Besserung durch korrigierende emotionale Erfahrung, Erlebnis- und Problemaktivierung, Verstehen bzw. Klärung und ressourcenorientierte Begleitung. Ziel integrativtherapeutischen Vorgehens sind indikationsspezifische und situationsadäquate Interventionen, die ‚vitale Evidenzverfahren‘ als Synergieeffekte körperlichen Erlebens, emotionaler Erfahrung, rationaler Einsicht und sozialer Bedeutsamkeit bieten (siehe Abbildung 5).

Im Folgenden wird zur Veranschaulichung des Vorgehens ein Einblick in

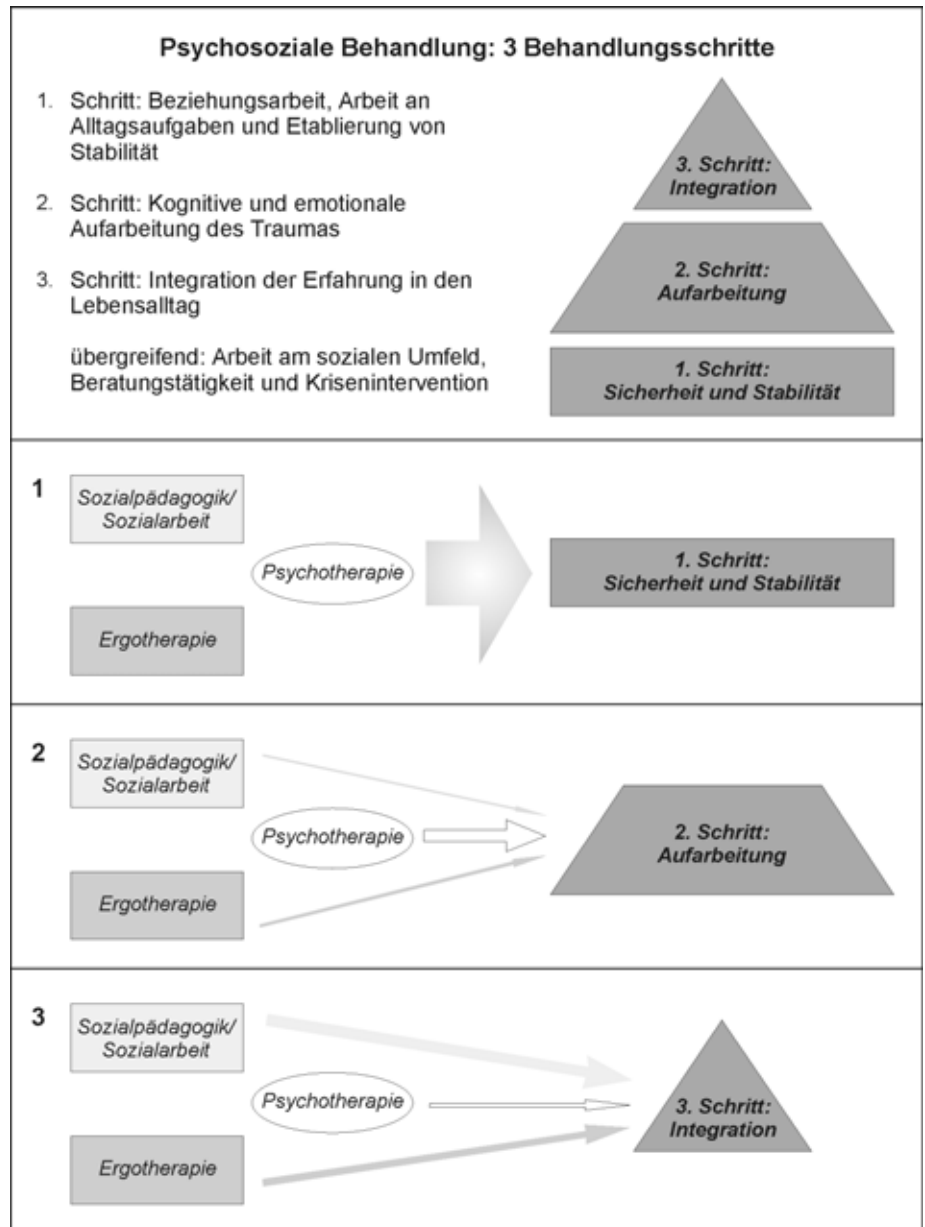


Abbildung 4: Hilfe- und Behandlungsprozess

den Behandlungsprozess der geschil- derten Klientin gegeben werden:

*Als Eingangsthemen etablierte Naomi den Wunsch, ihr Leben in Freiheit und ohne Gewalteinflüsse gestalten zu können, insbesondere die Schule zu besuchen und später zu studieren. Aufgrund der Erfahrung in den vorherigen Einrichtungen äußerte sie panische Ängste, erneut über ihre zahlreichen Traumatisierungen sprechen zu müssen und kündigte insbesondere für den psychotherapeutischen Bereich einen überzeugenden Totalboykott an. Als Ressource fielen sofort ihre guten kognitiven und reflexiven Fähigkeiten auf. Zunächst wurde auf dieser Basis eine Alltagsstruktur entwi-*

*ckelt, entlang derer sie sich ihren Zielen annähern konnte.*

*Ihr ausgeprägtes Misstrauen gegen Erwachsene, ihre selbstdestruktiven und extremen somatisierenden Tendenzen markierten die ersten Stolpersteine. Sie müsse alles alleine schaffen, war ihre monotone Antwort auf Unterstützungsangebote – und es könne sie ohnehin niemand verstehen. Halt hingegen boten ihr von Anfang an ihre guten Beziehungen zu den anderen Bewohnerinnen der Einrichtung und ihre guten sozialen Kompetenzen. Jeder der Betreuungsbereiche, sowohl der sozialpädagogische wie auch der therapeutische, bemüht sich daher im Sinne der Herstellung von innerer und äußerer Sicherheit gleichermaßen*

um Möglichkeiten vertrauensvoller Bindungsalternativen und nachnäherer Sequenzen im Alltag.

Als erste Maßnahme des so massiv boykottierten therapeutischen Bereichs erfolgte eine ‚Befreiung von der Therapiepflicht‘ mit einer einzigen Aufgabe: der des Kennenlernens in einer Freizeitaktivität ihrer Wahl. Die Äußerung ihres Wunsches, irgendwo unbehelligt Graffiti sprühen zu dürfen, war bereits ein erster diagnostischer Hinweis in ihrer Biographie voller Freiheitsberaubung. Über diese Ausgangsaktivität entfaltete sich ein reger Kontakt und Austausch, der zwar keinem klassischen Psychotherapiesetting entsprach, aber von einer Regelmäßigkeit, Tragfähigkeit und Bindungsqualität geprägt war, die sich im therapeutischen Kontakt mit Jugendlichen sonst selten entfaltet. Auch dabei spielte die Reflexionsfähigkeit und der eigene Anspruch nach Weiterentwicklung eine entscheidende Rolle: der Wille, es schaffen zu wollen und dabei auch selbstkritisch mit eigenen Ängsten und negativen Kognitionen umzugehen.

Bald darauf begann der therapeutische Bereich auf der Basis einer tragfähigen Bindung mit traumatherapeutischen Angeboten wie dem sicheren Ort und der Eröffnung eines Tresors für überflutende Gedanken und Zustände. Einfache Übungen zum Angstabbau und zur Selbstkontrolle ermöglichten zunächst einen Stand, auf dem auch manche dissoziativen Phasen in der Schule bewältigt werden konnten.

Manche der Techniken wurden an die Kreativtherapeutin weitergegeben oder von ihr übernommen. Sie kümmerte sich die restliche Woche um die Umsetzung von konkreten Maßnahmen in Krisensituationen wie beispielsweise im Umgang mit den massiven Schmerzattacken. Auch ‚Verschreibungen‘ wie Sport und das Niederschreiben oder -sprühen von problematischen Gedanken und Gefühlen kamen so eher in eine Umsetzung. Dies wurde auch vom gesamten pädagogischen Team unterstützt. In dieser Zeit wurden auch auf allen Betreuungsebenen psychoedukative Elemente bzgl. der Somatisierungen gestreut.

Manche der Beschwerden und Symptome verringerten sich daraufhin, sie stellen jedoch weiterhin einen wichtigen Anzeiger für Belastungs- und Überforderungssituationen dar. Allmählich gelingt es Naomi mehr und mehr, den Belastungen bewusste Schonung entgegenzusetzen und auf anderen Ebenen den Körper und die Psyche beispielsweise durch sportliche Bemühungen angemessener zu fordern. Auch in diesen Schritten erhielt sie zahlreiche Unterstützung vom sozialpädagogisch-kreativtherapeutischen Team. Mit der Kernproblematik, den massiven lebenslang erfahrenen Traumata jedoch, ist in einer Phase der rasenden Entwicklung der Adoleszenz mit viel Vorsicht umzugehen. Naomi verkörperte diese Vorsicht in einer gesunden Abwehr der zugrundeliegenden Themen: mit dem eisernen Willen, daran nicht

rühren zu wollen. Dennoch ist die Welt für so stark traumatisierte Mädchen voller Schlüsselreize, die unablässig traumatische Begebenheiten triggern und Belastungen aller Art hervorrufen.

Zahlreiche Begegnungen und Gespräche rankten daher auch um die tiefe Schuldproblematik und den Sog, nach Hause zurückzukehren und alles ungeschehen zu machen. Zusätzliche Belastungen durch die ständig intervenierende Ausländerbehörde spitzten das Gefühl, von der Jugendhilfe nicht gehalten werden zu können, zu. Begegnungen mit weit entfernten Verwandten ließen das Gefühl entstehen, auch in dieser weiten Distanz von Zuhause nicht wirklich sicher zu sein. Isolierte Gefühlssensationen wie Gerüche und Geräusche verursachten Flashbacks oder dissoziatives Verhalten. Verzweiflung und Delinquenz waren die Folge.

Neben ihrer Fähigkeit, sich auf kreativem Wege auszudrücken, erwiesen sich dabei als hilfreich die Arbeit am Körperbewusstsein als Gegengewicht zu den immer wiederkehrenden Dissoziationen und eine stabilisierende Identitätsarbeit unter Einsatz von kreativen Medien als Ausdruck für traumatische Erfahrungen, ohne Worte finden zu müssen. Insbesondere aber führte die zunehmende Vertrauensbildung zu Möglichkeiten, immer mehr problematische Seiten von sich zu zeigen, im biographischen Kontext zu verstehen und dabei gemeinsam darauf zu achten, nicht zu viele der traumatischen Themen auf einmal aufzureißen: auch hier innerhalb der Therapie ein Versuch, therapeutisches Verstehen und pädagogische Alltagsanforderungen in Einklang miteinander zu bringen.

Die als Antwort auf den Vertrauensmissbrauch bewusst etablierte emotional tragende und ‚nachnähernde‘ Beziehung ermöglichte bei ihr, mit der Arbeit an belastenden Gefühlen und Kognitionen zu beginnen, ohne zu viel zutage zu fördern, gleichzeitig damit aber eine weitere Gefühlsdifferenzierung und kognitive Weiterentwicklung zu erreichen. Die Frage der Rückkehr nach Hause scheint sich in diesem Prozess endgültig gelöst zu haben und die Einrichtung nun als ein neues Zuhause zu fungieren, welches Naomi mit hohem ästhetischen Anspruch mitgestaltet. In der Schule verzeichnet Naomi langsam Erfolge. Dennoch: Trotz der gelungenen Bindungsarbeit und einer insgesamt positiven Entwicklung befinden wir uns letztlich

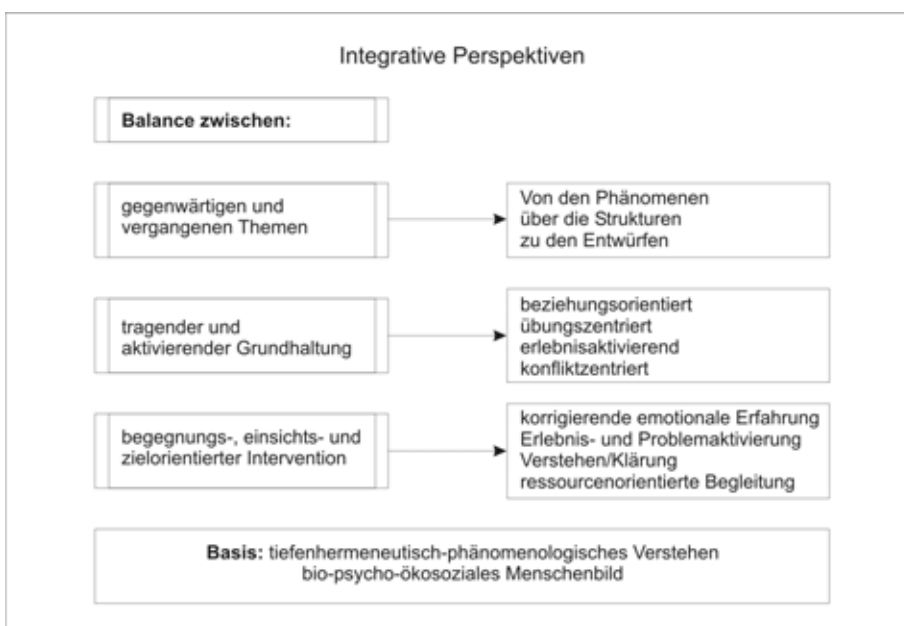


Abbildung 5: Integrative Perspektiven

immer noch am Beginn des Aufarbeitungsprozesses. Die Arbeit an der Selbstdestruktionen und der inneren Unruhe befindet sich noch den Anfängen. Die Jugendhilfe hat die Finanzierung bislang mit getragen, eine langfristige Sicherheit ist von dieser Seite unter den momentanen finanziellen und ausländerrechtlichen Bedingungen jedoch nicht zu erwarten.

Insgesamt betrachtet jedoch hat sich in der Arbeit mit Naomi eine Basis etabliert, die Fortschritte möglich macht und Rückschritte auffangen kann – möglich macht und die sie mit dem bisher Erreichten in ihr weiteres Leben mitnehmen kann. Die enge Vernetzung zwischen Therapie, Sozialpädagogik und Sozialarbeit mit dem Ziel, die therapeutische Arbeit mit dem anstrengenden Lebensalltag zu vereinbaren, wird sich für sie ebenfalls bezahlt machen. Der weitere Verlauf wird zeigen, wie groß der Anteil an traumatischer Belastung sein wird, den Naomi noch in unserer Einrichtung aufarbeiten kann, und was an ‚traumatischem Gepäck‘ sie in ihr weiteres Leben mitnehmen wird, um sich auf dieser Basis möglicherweise später damit erneut einer Auseinandersetzung zu stellen.

### 6 ‚Therapy plus‘ of ‚persons in situations‘ als originäre Aufgabe Klinischer Sozialarbeit

Klinisch-sozialarbeiterische Diagnostik und Behandlung als alternatives Unterstützungsangebot zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie entwickelt(e) sich in unterschiedlichen methodischen Konzepten, Settings und Institutionen als professionelle Antwort auf Überforderungen durch psychosoziale Verarbeitungsprozesse postmoderner Lebensverhältnisse. Besonders die Arbeit mit benachteiligten KlientInnen bedarf dabei eines komplexen und theoretisch anspruchsvollen, verständnisgenerierenden theoretischen Rahmens. „Die Komplexität der Beziehungsdimension“ (Stemmer-Lück, 2004, S. 55) in der Sozialen Arbeit stellt eine Herausforderung an die helfende Diagnostik und Intervention als komplexe umfassende Diagnostik und einen begleitend-unterstützenden ‚strukturaufbauenden fördernden Dialog‘ (Becker, 1996) dar.

An dem ausgeführten Fallbeispiel wird deutlich, wie sehr gerade die im Traumabereich erforderliche Diagnostik und Intervention unter einem brei-

ten personen- wie umfeld- wie sozialstrukturellen Fokus auf die Kernkonzepte klinischer Sozialarbeit verweist (Pauls & Mühlum, 2005). Mit ihrem bio-psycho-sozialen Ansatz: ‚therapy plus‘ of ‚persons in situations‘ ermöglicht klinische Sozialarbeit das geschilderte indikationsspezifische und kontextorientierte Vorgehen (siehe Abbildung 6; vgl. dazu Pauls, 2004).

Die Qualifikation bietet damit eine originäre Voraussetzung für einen Einsatz auf verschiedensten Ebenen des Hilfeprozesses von Traumaopfern.

In ihrer beratenden Funktion bietet sie die Möglichkeit der Arbeit in Fachberatungsstellen zu verschiedenen Thematiken wie z.B. für misshandelte und missbrauchte Kinder und Jugendliche oder minderjährige Flüchtlinge. In ihrer soziotherapeutischen und psychopädagogischen Ausrichtung qualifiziert sie zur Fachsozialarbeit in spezialisierten sozialtherapeutischen oder anderen ambulanten oder stationären Kontexten. Betreuungsteams für derartige Facheinrichtungen werden heutzutage kaum mehr ohne Zusatzqualifikationen zusammengestellt. In der Koordination und Leitung derartiger Einrichtungen ist die breite diagnostische Perspektive der Soziogenese der Problematik und der komplexe Behand-

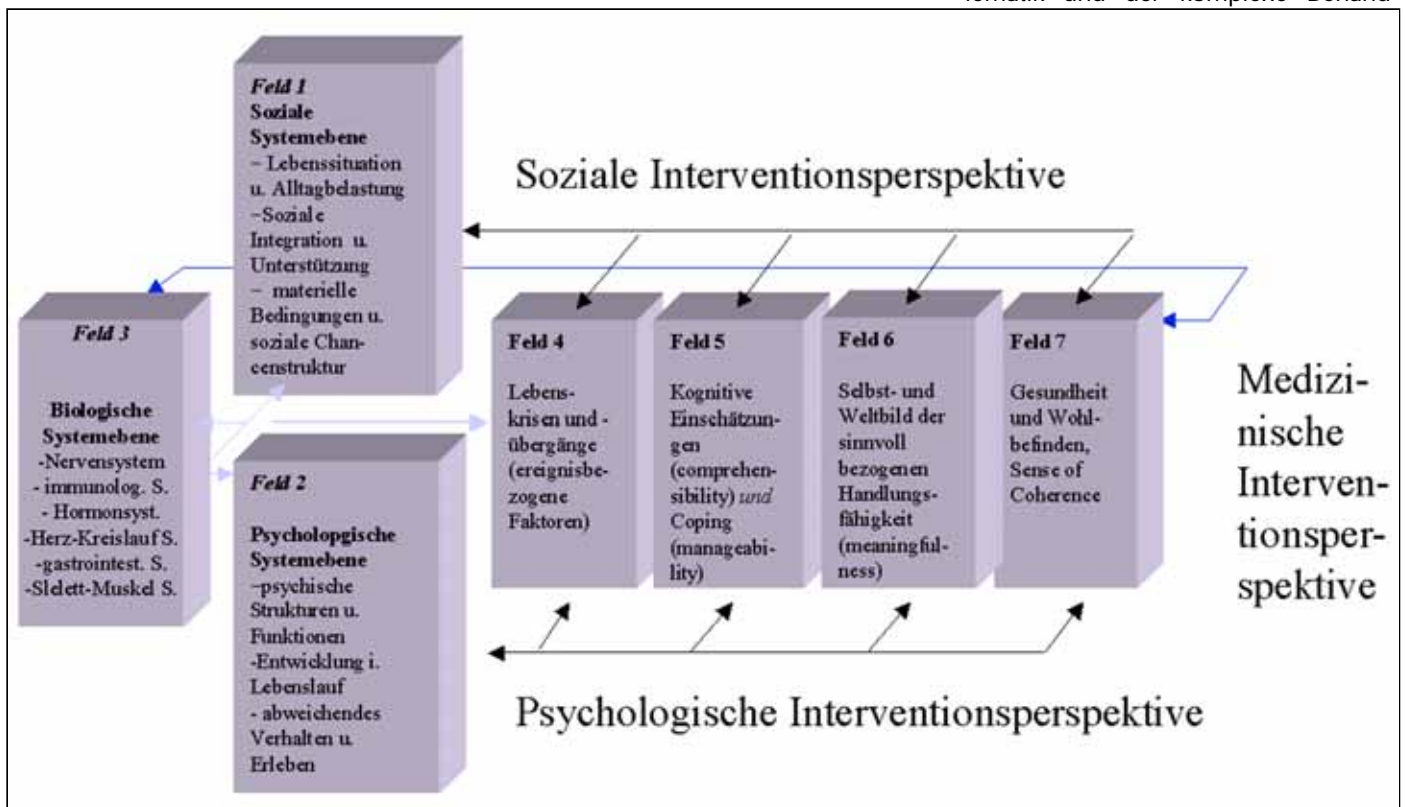


Abbildung 6: Das bio-psycho-soziale Modell (Pauls, 2004)

lungsansatz unter Berücksichtigung des umgebenden Kontextes der Klinischen Sozialarbeit gefragt.

Mit einer therapeutischen Zusatzqualifikation wird der Einsatz im Feld der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Familientherapie und Gruppentherapie ermöglicht. Als eine Antwort auf Problematiken im psychosozialen Feld, die momentan in der pathologiezentrierten Perspektive des neu geregelten Psychotherapiegesetzes vernachlässigt wird und zu einer Unterversorgung soziogenetisch verursachter Problematiken führt, widmet er sich dem durch das immer dünner werdende soziale Netz fallenden Klientel. Betrachtet man andere Länder wie die USA oder auch Entwicklungen im deutschsprachigen Raum wie beispielsweise in Österreich, so findet man dort seit vielen Jahren psychotherapeutische Gemeinschaftspraxen mit medizinischer, psychologischer und sozialarbeiterischer Ausrichtung, die je nach Problematik gezielt indikationsspezifisch tätig werden und wo die verschiedenen Disziplinen fruchtbar zusammenwirken – eine Entwicklung, die in Deutschland bisher nicht Fuß fassen konnte und einen nicht unbeachtlichen Teil psycho-sozialer Versorgung offen lässt.

Die auf die Umfeldperspektive fokussierte Ausbildung der Klinischen Sozialarbeit mit der Vermittlung sozialer Zusammenhänge, ihre breite diagnostische Perspektive und ihr komplexer Behandlungsansatz unter Beachtung des umgebenden Kontextes ermöglichen so die Einbettung von Therapie in einen Zusammenhang, ohne den die Traumabehandlung zur inwendigen Aufarbeitung ohne Basis im Außen verkommen kann, zu einem ‚Flug ins ungewisse Blau‘ (Wilms, 1988). Durch diese Berücksichtigung der ‚person in situation‘ und ein Konzept von ‚therapy plus‘ kann eine Tragfähigkeit im sozialen Alltag gewährleistet werden, in den alle KlientInnen letztendlich zurückkehren und in dem sie sich eigenverantwortlich bewähren müssen.

## Literatur

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR (4<sup>th</sup> ed., text revision). Washington, DC: Author.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (A. Franke & N. Schulte, Übers.). Tübingen: DGVT. (Original 1987: Unravel-

ing the mystery of health – how people manage stress and stay well.)

Bürgin, D. (1999). Adoleszenz und Trauma. Grundsätzliche und spezifische Aspekte der Behandlung von Jugendlichen mit traumatischen Erfahrungen. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma* (S. 128-160), Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Butollo, W. & Gavranidou, M. (1999). Intervention nach traumatischen Ereignissen. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 459-477), Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union.

Butollo, W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (1999). *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma*. München: Pfeiffer.

Crittenden, P. M. (1997). Toward an integrative theory of trauma: A dynamic maturation approach. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention. Rochester Symposium on Developmental Psychopathology* (Vol. 8; pp. 33-84). Rochester, NY: University of Rochester Press.

Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.

Ferrara, F. F. (2002). *Childhood sexual abuse. Developmental effects across the lifespan*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst.

Gahleitner, S.-B. (2000). *Sexueller Mißbrauch und seine geschlechtsspezifischen Auswirkungen*. Marburg: Tectum.

Gahleitner, S. B. (2003). *Sexuelle Gewalterfahrung und ihre Bewältigung bei Frauen und Männern. Eine explorative Untersuchung aus salutogenetischer Perspektive*. Dissertation an der Freien Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie.

Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhardt.

Garbe, E. (1993). *Martha. Psychotherapie eines Mädchens nach sexuellem Mißbrauch*. Münster: Votum.

Garbe, E. (1998). Integrative Therapie mit Opfern sexuellen Mißbrauchs. In G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie* (S. 500-519), Tübingen: DGVT.

Geißler-Piltz, B. (2005). Die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit – eine Historie mit vielen Brüchen. *psychosozial* 101, 28 (3), 17-29.

Goldstein, E. (1980). Knowledge base of clinical social work. *Social Work*, 173-178.

Hankin, C. S. (1997). Chronische posttraumatische Belastungsstörungen im Alter. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 357-384), Berlin: Springer.

Herman, J. L. (1993). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. München: Kindler.

Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In C. Figley (Ed.), *Trauma and its wake. The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (pp 15-35), New York: Brunner/Mazel.

Märtens, M. (1997). *Psychotherapie im Kontext:*

*soziale und kulturelle Koordinaten therapeutischer Prozesse*. Heidelberg: Asanger.

Nestmann, F., Engel, F. & Sieckendieck, U. (2004). „Beratung“ – ein Selbstverständnis in Bewegung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sieckendieck (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Bd. I: Disziplinen und Zugänge* (S. 219-230). Tübingen: DGVT.

Olbricht, I. (1997). *Folgen sexueller Traumatisierung für die weitere Lebensgestaltung*. Vortrag bei den 47. Lindauer Psychotherapiewochen am 23. April 1997 in Lindau.

Ortmann Karlheinz & Kleve Heinz (2000). Sozialmedizin in der Sozialarbeit – ein Schlüssel für die Weiterentwicklung gesundheitsbezogener Sozialarbeit. *Das Gesundheitswesen*, 62 (7), 361-364.

Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa.

Pauls, H. (2005). Psycho-soziale Mehrebenen-diagnostik zwischen gestörtem Subjekt und gestörten Verhältnissen. *psychosozial* 101, 28 (3), 31-41.

Pauls, H. & Mühlum, A. (2005). Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 1 (1), 6-9.

Petzold, H. G. (1998). *Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung*. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H. G., Wolf H. U., Landgrebe, B. & Zorica, J. (2000). „Integrative Traumatherapie“ – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie* (S. 445-549), Paderborn: Junfermann.

Riedesser, P., Fischer, G. & Schulte-Markwort, M. (1999). Zur Entwicklungspsychologie und -pathologie des Traumas. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma* (S. 79-90), Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Röper & Noam (1999). Entwicklungsdiagnostik in klinisch-psychologischer Therapie und Forschung. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 218-239). Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union.

Salomon, A. (1926). *Soziale Diagnose*. Berlin: Carl Heymann.

Stemmer-Lück, M. (2004). *Beziehungsräume in der Sozialen Arbeit. Psychoanalytische Theorien und ihre Anwendung in der Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.

Streeck-Fischer (1999). Mißhandelt – Mißbraucht: Probleme der Diagnostik und Psychotherapie traumatisierter Jugendlicher. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma* (S. 174-196), Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Strotzka, H. (1984). *Psychotherapie und Tiefenpsychologie – Ein Kurzlehrbuch* (2. Aufl.). Wien: Springer.

Terr, L. C. (1995). Childhood traumas: An outline and overview. In G. S. Everly & J. M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp. 301-319), New York: Plenum.

van der Kolk, B. A. (1999). Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (Develop-

mental Trauma). In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma* (S. 32-56), Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

van der Kolk, B. A. (2000). Der Körper vergisst nicht. Ansätze einer Psychophysiologie der posttraumatischen Belastungsstörung. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie* (S. 195-217), Paderborn: Junfermann.

van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A. & Herman, L. H. (1996). Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaption to Trauma. *American Journal of Psychiatry, Festschrift Supplement*, 153 (7), 83-93.

Weltgesundheitsorganisation (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (4. überarb. Aufl.). Bern: Huber.

Wilms, W. (1988). *Fliegen ins Blau. Erfahrungen zwischen Kunst und Therapie*. München: AG SPAK.

Wirtz, U. (1990). *Seelenmord. Inzest und Therapie* (2. Auflage). Zürich: Kreuz.

Zurhorst, G. (2000). Armut, soziale Benachteiligung und Gesundheit. In S. Sting & G. Zurhorst (Hrsg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit* (S. 41-54), Weinheim: Juventa.

## Beratung in der Klinischen Sozialarbeit

Karlheinz Ortman

In einem kurzen Abriss möchte ich nachfolgend meine Überlegungen zur inhaltlichen Füllung des Begriffs Beratung in der Klinischen Sozialarbeit vorstellen. Es würde mich sehr freuen, wenn meine Ausführungen zum Diskurs über die inhaltliche Ausgestaltung der Klinischen Sozialarbeit beitragen könnten.

Um die Logik meiner Überlegungen besser nachvollziehbar zu machen, möchte ich gerne vorausschicken, dass ich bemüht bin, Defizite und Ressourcen, die die Hilfe suchenden Menschen im Kontext professioneller Sozialarbeit haben, grundsätzlich biopsychosozial zu verstehen. Das ist immer leicht gesagt und geschrieben, wird aber gelegentlich – so ist mein Eindruck – in seiner Bedeutung und Konsequenz für das berufliche Denken und Handeln unterschätzt.

Die biopsychosoziale Perspektive weist sowohl auf die potenzielle Gleichrangigkeit körperlicher, psychischer und sozialer Anteile im biopsychosozialen Zusammenwirken als auch auf die untrennbare Verwobenheit der drei genannten Aspekte hin.

Lässt man auch nur eine Ebene außer Acht, etwa das *Soziale* (bleibt psychosomatisches Verstehen und Handeln) oder das *Somatische* (bleibt psychosoziales Verstehen und Handeln), so stellt dies nach biopsychosozialen Verständnis eine Reduzierung dar. Solche Reduzierungen bringen es mit sich, dass komplexe Problemlagen nur ausschnitthaft wahrgenommen und bearbeitet werden können. Daraus können sich gravierende Folgen für den Erfolg und Misserfolg von Hilfeangeboten ergeben, insbesondere für die Hilfe suchenden Menschen.

Vor diesem Hintergrund müsste ich daher dafür eintreten, Beratung in der Klinischen Sozialarbeit als biopsychosoziale Beratung zu entwerfen. Dennoch gestatte ich mir hier eine Reduzierung auf die soziale Dimension biopsychosozialer Problemlagen. Deren Bearbeitung halte ich für den Gegenstand der Sozialarbeit und damit auch der Klinischen Sozialarbeit.

Warum verdient die soziale Dimension besondere Aufmerksamkeit?

Es ist seit vielen Jahren bekannt,

- dass Gesundheit und Krankheit in hohem Maße durch soziale Faktoren beeinflusst und
- dass soziale Faktoren in unserem gegenwärtigen Gesundheitssystem nicht angemessen wahrgenommen und bearbeitet werden (nur 1% der Beschäftigten im Gesundheitssystem sind SozialarbeiterInnen).

Das heißt, wir haben es mit einem Problemfeld zu tun, das ein enormes, noch viel zu wenig erkundetes Hilfe- und Gesundungspotenzial in sich birgt und im Interesse der Hilfe suchenden Menschen geradezu darauf wartet, endlich mehr beachtet und fachgerecht bearbeitet zu werden. Und genau dies halte ich für die spezifische Aufgabe der Sozialarbeit.

Deswegen trete ich auch dafür ein, dass die Klinische Sozialarbeit dieses Defizit zum Ausgangspunkt nimmt, um primär *soziale* Verstehens- und Handlungskonzepte zu entwerfen und zu praktizieren, anstatt sich mit den bisherigen „Anleihen“ aus anderen Fächern, etwa der (klinischen) Psychologie, zu frieden zu geben.

Beratung in der Klinischen Sozialarbeit sollte nach meinem Verständnis deshalb noch mehr als klinische *Sozialberatung* entwickelt werden, in der primär soziale Aspekte thematisiert und bearbeitet werden. Dies gilt in ähnlicher Weise übrigens auch für die Sozialtherapie, auf die ich hier nicht eingehen kann.

Wenn wir in der Klinischen Sozialarbeit diesen Weg konsequent gehen, werden wir in der Lage sein, die soziale Dimension biopsychosozialer Problemlagen besser zu erfassen und angemessen zu bearbeiten.

Dies wird den Hilfe suchenden Menschen zu Gute kommen. Deren soziale Themen, sei es Arbeitslosigkeit, Einsamkeit, Überschuldung, Familienkonflikte oder Beziehungsstörungen werden dann nicht mehr vernachlässigt, oder gar „übersehen“, sondern ins Zentrum des Hilfeprozesses gerückt und in einen biopsychosozialen Zusammenhang gestellt.

Im Rahmen einer klinischen Sozialberatung können Menschen insbesondere lernen, ihre sozialen Potenziale zu erkennen, auszuschöpfen und zu erweitern. Ein Zuwachs an sozialer Kom-

petenz wird bei den Hilfe suchenden Menschen zu mehr sozialer Integration führen. Soziale Integration wiederum ermöglicht zahlreiche Formen sozialer Unterstützung und kann dadurch direkt gesundheitsförderlich wirken.

Auch die Klinische Sozialarbeit kann davon profitieren. Wenn es gelingt, die Fachlichkeit der Klinischen Sozialarbeit als Fachlichkeit für Soziale Fragen und Antworten eindeutig ausweisen – so meine abschließende These – vermeiden wir Verwechslung und Konkurrenz und können in Augenhöhe mit anderen Fächern und Professionen agieren und kooperieren, ganz im biopsychosozialen Sinne.

## Zum Verhältnis von Klinischer Sozialarbeit und Psychotherapie

Die aktuelle Debatte um die Zulassung von Sozialberufen zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP)

Günter Zurhorst

### Zusammenfassung

In dem Beitrag wird die aktuelle Auseinandersetzung um die fortbestehende Zulassung von Sozialberufen zur Ausbildung in der KJP dargestellt. Dabei wird gezeigt, wie im Wege eines einseitigen Wissenschaftsverständnisses von Klinischer Psychologie und Psychotherapie eine Ausgrenzung der sozial-kulturellen Dimensionen von psychischer Gesundheit/Krankheit und damit einhergehend der sozialpädagogischen Fachlichkeit des Psychotherapeutenberufes erfolgen kann.

Hiergegen sind starke Initiativen gefragt, um die Vielfalt der Psychotherapieverfahren sowie den Verbleib der Sozialberufe in der Psychotherapie zu sichern und aktiv zu fördern.

### 1 Klinische Sozialarbeit und „psychische Gesundheit“

Klinische Sozialarbeit wie auch Psychotherapie benötigen für ihre Theorie und Praxis einen angemessenen und tragfähigen Begriff von psychischer Gesundheit und sind in dieser Hinsicht auf Bezugswissenschaften wie z.B. Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Soziologie und nicht zuletzt Sozialphilosophie angewiesen. Doch fällt die Antwort auf die Frage, was denn „angemessen“ und „tragfähig“ heißt, nicht gerade leicht.

Um sich hier nicht in Plattitüden („Gesundheit = Normalität“) zu ergehen, wäre es ratsam, sich zunächst mit der Frage zu befassen, ob und gegebenenfalls wie in einer Kultur und Gesellschaft, die durch seelisches Massenelend bzw. eine „Gesundheit zum Tode“ (Adorno, 1954, S. 63) gekennzeichnet ist, überhaupt eine verblendungsfreie positive, wissenschaftliche Definition von psychischer Gesundheit möglich ist. Die Frage kann in diesem Beitrag allerdings nicht diskutiert werden.

Einmal unterstellt, es wäre zumindest der *Vorschein* einer solchen Definition möglich, so hätte sie mit Sicher-

heit utopischen Charakter. In diesem Sinne verstehe ich auch die bis heute höchst umstrittene, aber nach wie vor gültige Gesundheits-Definition der WHO von 1946, der zufolge Gesundheit „der vollkommene Zustand körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ ist. Für die Zwecke meines Beitrages reicht es aus festzuhalten, dass hier zum einen körperliche, seelische und soziale Dimensionen der Gesundheit gleichberechtigt zum Tragen kommen, was z.B. bedeutet, dass es keine psychische Gesundheit ohne soziale Gesundheit gibt, und dass zum anderen der Begriff des Wohlbefindens objektive wie subjektive Momente der Gesundheit gleichermaßen berücksichtigt. Gesundheit kann nicht unabhängig vom subjektiven Erleben der Menschen mit objektivierenden wissenschaftlichen Methoden „festgestellt“ werden.

In Konkretion der WHO-Definition, die später auch die Grundlage des WHO-Gesundheitsförderungsansatzes (Ottawa-Charta; WHO 1986) bildete, wurden unterschiedliche inhaltliche Ausdifferenzierungen und wissenschaftliche Präzisierungen vorgenommen, von denen ich hier nur zwei exemplarisch erwähnen möchte.

Im Rahmen des Belastungs-Bewältigungs-Paradigmas gehen Badura und Hehlmann von folgender Definition aus:

*„Gesundheit ist eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl – und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird.“ (Badura & Hehlmann, 2003, S. 18)*

Und Helmut Milz definiert im Rahmen eines interaktionstheoretischen Paradigmas:

*„Persönliche Gesundheit lässt sich am ehesten verwirklichen, wenn es gelingt, tragfähige soziale Strukturen der gegenseitigen Unterstützung und Hilfe als alltägliche Wirklichkeit zu gestalten. Gegenseitige soziale Unterstützung und sozialer Respekt für die*

*Besonderheiten eines jeden können dazu führen, dass wir eine sensible Unterscheidung zwischen Selbst und anderen entwickeln, ohne gleichzeitig einen konkurrenten Gegensatz zwischen der eigenen Person und den anderen zu konstruieren. Dies betrifft auch die respektvolle Anerkennung und Achtung der uns umgebenden nichtmenschlichen Mitwelt, die wir nicht ohne folgenschwere Nachteile willkürlich beherrschen können, sondern auf deren permanente Koevaluation wir existentiell angewiesen sind.“ (Milz, 1995, S. 31)*

Ich will hier nicht die Frage diskutieren, inwiefern diese Bestimmungen für eine Definition *psychischer* Gesundheit bereits hinreichend sind, sondern eher darauf hinweisen, dass beide Paradigmen zwar zu Recht den für die Klinische Sozialarbeit bedeutsamen biopsychosozial-kulturellen Charakter der Gesundheit betonen, aber dennoch einen entscheidenden Punkt außer Acht lassen, der in der Gesundheitsdefinition der Ottawa-Charta von zentraler Bedeutung ist: nämlich der Zusammenhang von Gesundheit und Selbstbestimmung. So heißt es dort:

*„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. ... Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet. Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen.“ (Franzkowiak & Sabo, 1993, S. 96f.)*

Damit ist gesagt, dass ein für die Klinische Sozialarbeit angemessenes Verständnis von Gesundheit seinen Ausgangspunkt bei der Überwindung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in Richtung auf ein selbstbestimmtes Leben nehmen muss (Empowerment). Und dies bedeutet z.B., dass eine Definition von psychischer



Gesundheit sich nicht den herrschenden Normalitätsstandards einer durch soziale und gesundheitliche Ungleichheit gekennzeichneten Gesellschaft unterwerfen darf. Der berühmte französische Medizinhistoriker Georges Canguilhem hat hierzu treffend ausgeführt:

*„Das Normale ist kein statischer und friedlicher Begriff, sondern ein dynamischer und polemischer. ... Normieren und normalisieren, das bedeutet: einem Daseienden, Gegebenen eine Forderung aufzuzwingen, von der aus sich Vielfalt und Disparität dieses Gegebenen als ein nicht bloß fremdes, sondern feindliches Unbestimmtes darstellen. ... Was die Gesundheit ausmacht, ist die Möglichkeit, die das augenblicklich Normale definierende Norm zu überschreiten...“.* *„(Der normale Mensch ist der normative Mensch, der fähig ist, neue und sogar organische Normen zu setzen.“* (Canguilhem, 1977, S. 163, 132, 92)

Nicht die bloße Wiederherstellung einer funktionalen Ordnung macht also (psychische) Gesundheit aus, sondern die Neufindung einer Ordnung in Richtung auf ein selbstbestimmtes Leben.

Es ist daher die Aufgabe Klinischer Sozialarbeit, sich nicht nur als Hüterin der sozial-kulturellen Dimension der psychischen Gesundheit zu verstehen, sondern vor allem die überragende Bedeutung des sozialen Gradienten von Gesundheitsstörungen bis in deren individuelle Verästelungen zu thematisieren und geeignete Behandlungskonzepte anzubieten.

In dieser Perspektive findet die Klinische Sozialarbeit ihre Legitimität und ihr eigenständiges theoretisches wie praktisches Profil (Zurhorst, 2005). Dass diese umfängliche Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit mittlerweile auch Eingang in die gesetzliche Krankenversicherung gefunden hat (§ 20 SGB V), ist vornehmlich den engagierten Vertretern von New Public Health (Rosenbrock & Gerlinger, 2004) sowie einer Gruppe von führenden Sozial-epidemiologen (Mielck, 2000) zu verdanken. Dennoch werden die dargelegten unabweisbaren Zusammenhänge oftmals bestritten oder einfach nicht zur Kenntnis genommen. Das sei am Beispiel des Mainstreams der Klinischen Psychologie/Psychotherapie gezeigt, der im Wege methodologischer Voreingenommenheiten nicht nur einem verfehlten Begriff von psychischer Gesundheit aufsitzt, sondern damit zugleich einen berufsständisch moti-

vierten Kampf gegen die Zulassung von Sozialberufen zur Psychotherapieausbildung führt. Auf der Strecke bleiben dabei nicht nur z.B. alle für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen notwendigen sozialpädagogischen Fachkompetenzen, sondern es würden auch diejenigen Patienten, die aus Multiproblemfamilien stammen und z.T. kaum wartezimmerfähig sind und sich einer Kommstruktur nicht fügen können, kaum ambulante Behandlungen finden.

## 2 „Psychische Gesundheit“ und der Mainstream der Klinischen Psychologie und Psychotherapie

In ihrem weit verbreiteten „Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie“, das sich der Tradition der akademischen Psychologie und den Erkenntnissen der Allgemeinen Psychologie verpflichtet sieht, begründen Perrez und Baumann (2005) ihren Gesundheitsbegriff im Ausgang von der WHO-Definition 1946 und verstricken sich bald in die Differenz von *Gesundheit* und *Gesundsein* bzw. *Krankheit* und *Kranksein*. *Gesundsein/Kranksein* identifizieren sie mit der „subjektiven, erlebten Sicht“, *Gesundheit/Krankheit* mit dem „objektiven, von außen festgestellten Zustand“ (ebd., S. 36). Auf die problematische Reduktion von *Gesundsein/Kranksein* auf „subjektiv Erlebtes“ komme ich gleich zurück.

Sodann definieren Perrez/Baumann ihren „objektiven“ Gesundheitsbegriff folgendermaßen:

*„Biologische und psychische Funktionssysteme betrachten wir dann als ‚gesund‘, wenn sie ihre Funktionen zur Erhaltung des Gesamtsystems zu erfüllen vermögen.“* (ebd., S. 35)

Was aber heißt „Erfüllung der Funktionen“? Wir erfahren, dass hier verschiedene Normen und die Abweichungen davon (subjektive Norm, statistische Norm, Funktionsnorm, soziale Norm) sowie unterschiedliche Funktionsebenen zum Tragen kommen (Ebene der einzelnen psychischen Funktionen, der komplexen Funktionsmuster und der interpersonellen Systeme). „Erfüllung“ meint dann so viel wie „Fähigkeit zur Bewältigung von Anforderungen“ oder etwas präziser:

*„Psychisch Gesunde sind ... Personen, die sich als relativ situationsunabhängig gesteuert, ansprechbar, ruhig, zuverlässig, stimmungsstabil etc. beschreiben. Wohlbefinden er-*

*weist sich als korreliert mit Stabilität und Extraversion. Als psychisch gestört werden ... Personen bezeichnet, deren Messwerte außerhalb der statistischen Norm liegen.“* (ebd., S. 37)

Das Vorgehen von Perrez und Baumann wird damit transparent: Sie definieren psychische Funktionsnormen auf der Ebene statistischer Normalität bzw. durchschnittlich erwünschten sozialen Verhaltens und bezeichnen dieses als psychische Gesundheit. Die mögliche Inanspruchnahme einer „subjektiven Norm“ wird dabei schnell und einseitig in den Bereich der negativen Abweichung bzw. Störung gerückt, wenn Perrez und Baumann hier ausschließlich den sich krank wahnenden Hypochonder oder den sich gesund wahnenden Schizophrenen bemühen.

Die grundsätzliche Erklärung der „subjektiven Norm“ zu einer bloßen Zutat zum eigentlichen, dem „objektiven“ Gesundheitsgeschehen verkennt jedoch Sinn und Bedeutung des WHO-Gesundheitsbegriffs. Perrez und Baumann reduzieren in polemischer Absicht den Begriff „physical, mental and social well-being“ auf eine subjektivistische Fassung von *Gesundsein*: „Mit der Aussage ‚Ich bin gesund‘ meinen wir, dass alle möglichen Funktionssysteme nach unserer subjektiven Einschätzung befriedigend funktionieren“ (ebd., S. 35), was aber leider Täuschungen beinhalten könne.

Im Unterschied zu dieser Auffassung bedeutet jedoch der Begriff *well-being* im Sinne von *Gesundsein*, dass es eine kategorial falsche Bestimmung seitens der Medizin ist, Organe oder psychische Funktionen von Menschen als „gesund“ oder „krank“ zu bezeichnen, weil dann der personale Bezug verschwindet. Es gilt also zu begreifen, dass die Aussage „Ich bin krank“ eine Person in ihren gesamten Lebensbezügen meint und dass die Redeweise einer Person, „mein Magen oder meine Wahrnehmung ist krank“ Ausdruck einer distanzierten, entfremdeten Selbstbeziehung ist.

Die These von Perrez und Baumann, dass psychische Gesundheit sich an der statistischen Normalität der vorgegebenen funktionalen Ordnung zu orientieren hat, wird noch eindeutiger von Dietmar Schulte formuliert:

*„Nicht die Person ist krank, sondern einzelne Verhaltensweisen und einzelne psychische Funktionen zeigen extreme Abweichungen, die gegebenenfalls von der Gesellschaft und dem*

*Betroffenen als anormal oder zumindest als änderungsbedürftig bewertet werden. ... Durch Analogiebildung zum Computer lassen sich verschiedene prinzipielle Störungsmöglichkeiten verdeutlichen. Es kann sich um eine Störung der ‚hardware‘, also des Nervensystems handeln. ... Es kann jedoch sein, dass die hardware ungestört ist und ‚nur‘ ein Programmfehler vorliegt bzw. das Programm unangemessen ist. ... Die eigentliche Programmierung erfolgt ... während des Sozialisationsprozesses, und hier können Fehler einprogrammiert werden. ... Bei empirischem Nachweis solcher nur schwer korrigierbarer Programmfehler wäre der Begriff psychische Krankheit zu rechtfertigen. Denn in diesem Falle ist ein Defekt in der Person anzunehmen, ein Programmdefekt.“ (Schulte, 1990, S. 34)*

Zunächst sei hier auf schwerwiegende Kategorienfehler bei Schulte hingewiesen. Mit Canguilhem ist gegen das „Maschine-Modell“ von Gesundheit/Krankheit einzuwenden:

*„Es gibt keine Gesundheit eines Mechanismus. Für eine Maschine ist der Zustand richtigen Gehens keine Gesundheit, der unregelmäßige Gang keine Krankheit. Es ist absurd, den lebenden Organismus als eine regulierte Maschine aufzufassen, denn letztlich ... steht die regulierte Maschine immer an der Stelle einer Regulation oder einer bewussten organischen Auswahl... Eine natürliche Regulation kann per definitionem nur eine Selbstregulation ohne Maschine sein. Dass es keine Krankheit der Maschine gibt, bedeutet genau dasselbe wie die Tatsache, dass es keinen Tod der Maschine gibt.“ (Canguilhem, 2004, S. 58f.)*

Des Weiteren leidet Schultes Definition an einer normativen Unterbestimmung.

Psychische Krankheit als Programmdefekt und psychische Gesundheit als Erfüllung eines vorgegebenen gesellschaftlichen Programm-Musters im Sinne der statistischen Normalität zu bestimmen – das sind offensichtlich quasi-technologische Normen, die von vornherein jede Möglichkeit, dass Menschen gerade an diesen Programm-Normen erkrankt sein könnten, ausschließen. Daraus folgt, dass Psychotherapie auf eine bloße Reparaturmaßnahme reduziert wird, wie im folgenden Dialog zwischen dem verhaltenstherapeutischen Psychotherapeuten Manfred Döpfner und dem

Kinderarzt Dietrich Schultz (Döpfner & Schulz, 2005, S. 86-89) am Beispiel der Störung ADHS sichtbar wird.

Zunächst führt Döpfner zur normativen Grundlage seiner Verhaltenstherapie aus:

*„Generell gilt Verhalten immer dann als psychisch auffällig, wenn es nicht die Erwartungen der Umgebung erfüllt. Und diese sind gesellschaftsspezifisch. Unsere Kultur beruht auf Lesen, Schreiben sowie lang dauernder geistiger Aufmerksamkeit und legt entsprechend großen Wert darauf. In diesem Sinne ist ADHS auch ein Produkt unserer Kultur. Wenn wir hingegen in einer Stabhochspringerkultur lebten, gäbe es sicher viele Kinder mit einem Stabhochsprungdefizit, das entsprechend als Krankheit definiert und behandelt würde. Unsere Gesellschaft braucht aber nun einmal keine besonders bewegungshungrigen Menschen. ... Ich will damit keine generelle Gesellschaftskritik üben, sondern nur darauf hinweisen, dass unser Begriff, was eine Krankheit ist und was nicht, sehr von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen abhängt“.*

Schultz antwortet Döpfner wie folgt:

*„Ich beobachte vor allem, dass sich dann (nach Ritalin-Einnahme – GZ) die Eltern und Lehrer entspannen, weil das Kind endlich das tut, was es soll. Aber niemand fragt danach, was es selbst will. ... Meiner Erfahrung nach möchten sie (die Kinder – GZ) vor allem, dass man sie nach ihren eigenen Bedürfnissen fragt und diese respektiert. Dann haben sie auch viel weniger Probleme mit der Umgebung. Die Gesellschaft kümmert sich nur leider nicht darum, dass das Kind mit seinem schwierigen Verhalten immer auch seine Wünsche und Hilflosigkeit aufzeigt, wenn auch unbewusst und indirekt. Aber es ist eine kreative Leistung, die wir anerkennen sollten. Stattdessen wird versucht, sie auf das vorgegebene Anforderungsprofil zu trimmen, indem alle möglichen Teilleistungen trainiert werden. Auch klassische Verhaltenstherapie unterstützt dies. Derartige Verhaltenstherapie ist einseitig auf die Eltern ausgerichtet und prinzipiell autoritär: Sie setzt den Kindern Regeln vor und kümmert sich vor allem darum, wie diese am besten durchzusetzen sind. ... In diesem Sinne kann man die ADHS-Symptome auch als eine Art Gegenwehr gegen die kontrollierende Übermacht der Eltern interpretieren.“ (ebd., S. 89).*

Dagegen wendet Döpfner ein:

*„Das ist nicht richtig. Wir beziehen die Kinder und ihre Wünsche prinzipiell in die Therapie mit ein. Sie möchten schließlich mit anderen Kindern und Erwachsenen gut auskommen und auch in der Schule erfolgreich sein. Den meisten Kindern geht es besser, wenn ihnen dies gelingt“.* (ebd.)

Diese Sichtweise Döpfners ist aufgrund ihrer falschen Engführung auf eine genetische/psychische Funktionsstörung beim je einzelnen Kind für die Klinische Sozialarbeit nicht akzeptabel. Die deutlich sichtbaren Reduktionismen von psychischer Gesundheit auf Normalität und damit einhergehend von Psychotherapie auf Reparatur unterlaufen sämtlich die Intentionen des WHO-Gesundheitsbegriffs und führen zu einem Verlust der soziokulturellen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit.

Mit dieser Verneinung der soziokulturellen Dimensionen geht – folgerichtig – der aktuelle Versuch der Ausgrenzung der Sozialberufe aus der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie einher, den ich im Folgenden kurz umreißen möchte.

### 3 Die Auseinandersetzung um den Verbleib der Sozialberufe in der KJP

Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) von 1998, das nur für den nicht-ärztlichen Bereich gilt, hatte zwei neue Heilberufe etabliert: den Psychologischen Psychotherapeuten (PPT) und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). Während der erstgenannte Beruf den Diplom-PsychologInnen vorbehalten ist, sind beim Letzteren auch Sozialberufe zur staatlich anerkannten Ausbildung, die zu einer Approbation führt, zugelassen. Hierzu zählen vor allem Absolventen mit Studienabschlüssen in Sozialpädagogik, Pädagogik und Heilpädagogik (jeweils Universität oder Fachhochschule). Darüber hinaus haben die Länderbehörden in unterschiedlicher Weise weitere Sozialberufe zugelassen. Mit dieser Regelung vollzog der Gesetzgeber die ohnehin von Anfang an bestehende Situation nach, dass die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland maßgeblich von PädagogInnen entwickelt und praktiziert wurde und wird und dass aus inhaltlichen Gründen eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ohne pädagogische Fachlichkeit kaum vorstellbar ist. So

stellte das sog. Grawe-Gutachten von 1991 zur Frage eines Psychotherapeutengesetzes fest, dass die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland zu mehr als 90% von analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (vormals „Psychagogen“) geleistet wurde, welche zumeist vom Grundberuf Sozialpädagogen/Sozialarbeiter waren und deshalb ausschließlich im Rahmen eines ärztlich dominierten Delegationsverhältnisses tätig sein durften (Meyer et al., 1991, S. 120ff.).

Des Weiteren wurde bei der Beratung des PsychThG im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages einhellig festgestellt:

*„Bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten soll ... der erfolgreiche Abschluss des Studiengangs der Pädagogik oder Sozialpädagogik den Zugang zur Ausbildung ermöglichen, weil die Ausbildung in diesen Studiengängen in besonderem Maße zum Umgang mit psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen befähigt.“* (Schmidbauer et al., 1998, S. 33)

Obwohl also das PsychThG eindeutig von der Gleichwertigkeit der psychologischen und pädagogischen Berufe (einmal abgesehen von den Zugangsmöglichkeiten zum höheren Dienst) bei der Zulassung zur KJP ausgeht, gab es in den letzten Jahren immer wieder berufspolitisch motivierte Diskussionen über den Kreis der zuzulassenden Berufe, die sich hauptsächlich um die Frage drehten, welcher Beruf wie viele klinisch relevante Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit Patienten für die Ausbildung mitbringt. Diese Problematisierung erhielt dann zunächst Nahrung durch die Ergebnisse der ersten staatlichen Abschlussprüfungen, bei denen die KandidatInnen aus dem psychologischen Beruf eine signifikant kleinere Durchfallquote aufwiesen als die KandidatInnen aus den Sozialberufen (Scherer et. al., 2005, S. 212ff.).

Dies wurde und wird in der ärztlich- und psychologisch-psychotherapeutischen Szenerie mitunter mit dem Hinweis kommentiert, dass Sozialpädagogen offenbar zu wenig klinisch-psychologisch ausgebildet sind und ihnen deshalb – in der Endkonsequenz – der weitere Zugang zur Ausbildung versperrt werden sollte. Über diese „Argumente“ wird bereits in den Entscheidungsgremien der Länderbehörden diskutiert, jedoch bleibt es offen-

bar aus guten Gründen zunächst bei einer Kenntnisnahme.

Bedeutsamer bzw. riskanter für den Verbleib der Sozialberufe in der Psychotherapie ist jedoch die aktuelle Studienreform, die bekanntlich mit einer Veränderung der Studienabschlüsse einhergeht.

Bei der Festlegung der zuzulassenden Berufe war das PsychThG – wie bereits gesagt – davon ausgegangen, dass das Diplom (Uni oder FH) oder ein gleichwertiger Abschluss für die Zulassung notwendig ist. Zwar taucht in der Gesetzesformulierung der Begriff „Diplom“ nicht auf; jedoch haben sich alle Länderbehörden auf den Diplom-Abschluss verständigt. Aufgrund des Bologna-Prozesses und den damit eingeleiteten Studienreformen wird es an den Hochschulen jedoch zunehmend weniger Diplom-Studiengänge und stattdessen Bachelor- und Master-Studiengänge geben. Dadurch entstand die Diskussion, ob demnächst ein Bachelor oder aber ein Master für die Zulassung gefordert werden soll. Diese Situation könnte nun genutzt werden, um die Sozialberufe aus der KJP zu verdrängen.

Es ist bei den relevanten psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbänden sowie bei den psychotherapeutischen Landeskammern und der Bundespsychotherapeutenkammer gänzlich unstrittig, dass die Zugangsberufe zur Ausbildung in KJP gleichwertige Abschlüsse aufweisen sollten, was bisher jedoch so nicht der Fall war. Denn während von den Psychologen ein Universitäts-Diplom mit dem Schwerpunkt in Klinischer Psychologie verlangt wurde, konnten die Sozialberufe auch mit einem Fachhochschul-Diplom ohne weitere Schwerpunktforderung zur Ausbildung zugelassen werden. Den ärztlichen Grundberuf in der Psychotherapie hier einmal beiseite gelassen, so ist zur Kenntnis zu nehmen, dass inzwischen die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) für die Psychologenschaft bereits klare Empfehlungen ausgegeben hat: Die zukünftigen Psychologen, die eine Zulassung zur Ausbildung in KJP erwerben wollen, können dies nur aufgrund eines Master of Science (MSc) in Psychologie erreichen. Sollte es gelingen, dass diese Norm auch Verbindlichkeit für die Sozialberufe erhält, dann müssten die Fachhochschulabsolventen nach ihrem Bachelorstudium entweder ein Masterstudium in Psychologie (Klinischer Psychologie) an einer Universität

absolvieren, oder die Fachhochschulen müssten selbst einen Masterstudiengang etablieren, der dem Master in Psychologie „gleichwertig“ ist. Im ersten Falle wäre dies das Ende der Sozialberufe in der KJP, da der MSc in Psychology durchgängig durch eine naturwissenschaftlich orientierte Forschungsmethodologie bestimmt ist und der dargelegten Reduzierung von Gesundheit auf Normalität sowie der Psychotherapie auf Reparatur das Wort redet. Im zweiten Falle müssten die Fachhochschulen unter Berücksichtigung der eigenen sozialberuflichen Fachlichkeit ein Äquivalent zum MSc in Psychology erarbeiten, möglicherweise ein MA of Social Work mit klinischem Profil. Das aber erforderte nicht zuletzt erhebliche Anstrengungen und Klärungsprozesse unter den beteiligten Hochschulen.

Die durchaus in Hochschulkreisen diskutierte Möglichkeit eines Zuganges zur KJP-Ausbildung aufgrund eines BA-Abschlusses in Sozialer Arbeit wird übrigens von den Länderbehörden und den Kammern als unzureichend abgelehnt, obwohl die Kultusministerkonferenz (KMK) von einer anderen Gesetzeslage ausgeht: Denn ihr zufolge wird das Universitäts-Diplom durch den Master abgelöst, das Fachhochschul-Diplom jedoch durch den Bachelor. Sollte es aber bei der Zulassung derart unterschiedliche akademische Abschlüsse geben, wären erhebliche negative Konsequenzen in berufs- wie in sozialrechtlicher Hinsicht für die Sozialberufe zu erwarten.

#### 4 Die Initiative der AZA-KJP

Die Frage, wie unter den neuen Bedingungen der Studienreform und mit Blick auf die Standards der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie-Ausbildung die Zulassung der Sozialberufe gesichert werden kann, war Ausgangspunkt einer Initiative von Mitgliedern der Bundespsychotherapeutenkammer, der Fachhochschulen (Hochschullehrern) und des Fachbereichstages Soziale Arbeit, die sich zu Beginn 2005 konstituierte. Schnell entwickelte sich diese Initiative zu einer „Arbeitsgemeinschaft für die Zulassung zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ (kurz: AZA-KJP), an der aktuell VertreterInnen der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (Federführung), des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit, des Berufsverbandes der Heilpä-

dagogen, der Psychotherapeutenkammern, der psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände, der Fachhochschulen, der Fachbereichstage Soziale Arbeit und Heilpädagogik sowie der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit und einiger Ausbildungsinstitute für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie teilnehmen.

Nach ausführlichen Diskussionen wurde festgestellt, dass nur der Masterabschluss (MA) die weitere Zulassung der Sozialberufe garantieren kann. Die außerordentlich große Heterogenität der konsekutiven und Weiterbildungs-Master sollte durch einen Kriterienkatalog für solche Masterstudiengänge eingedämmt werden, die an einer Zulassung der AbsolventInnen zur Ausbildung in KJP interessiert sind. Bei genauer Betrachtung wurde deutlich, dass es sich bei diesem Katalog um keine Einbahnstraße handeln darf. Eine Aufnahme psychologischer Inhalte in den Katalog soll keinesfalls eine Einschränkung des pädagogischen Profils bedeuten. Vielmehr wäre wünschenswert, dass die Masterstudiengänge für Psychologen, die auf die Ausbildung in KJP ausgerichtet sind, wesentlich mehr pädagogische Inhalte des Kriterienkatalogs berücksichtigen, statt allein einer Engführung auf Klinische Psychologie das Wort zu reden. Es ist deshalb daran gedacht, den Kriterienkatalog aktiv in die fachlichen, verbandlichen und politischen Gremien einzubringen.

### Literatur

- Adorno, T.W. (1954). *Minima Moralia*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Badura, B. & Hehlmann, T. (2003). *Betriebliche Gesundheitspolitik*. Berlin: Springer.
- Canguilhem, G. (1977). *Das Normale und das Pathologische*. Frankfurt/Berlin/Wien: Ullstein. (Ullstein-Buch. 3317.) (Französisches Original 1972.)
- Canguilhem, G. (2004): *Gesundheit – eine Frage der Philosophie*. Berlin: Merve. (Internationaler Merve-Diskurs. 270.) (Französisches Original 1988.)
- Döpfner, M. & Schultz, D. (2005). „Ein Produkt unserer Kultur“. Streitgespräch zwischen dem Psychologen Manfred Döpfner und dem Kinderarzt Dietrich Schultz. *Gehirn & Geist*, 2, 86-89.
- Franzkowiak, P. & Sabo, P. (Hrsg.) (1993). *Dokumente der Gesundheitsförderung*. Mainz: Sabo.
- Meyer, A.E., Richter, R., Grawe, K., Schulenburg, J.M. v.d. & Schulte, B. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Hamburg: UKE.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Huber.

Milz, H. (1995). Persönliche Gesundheit in ökosozialer Verantwortung. In E. Göpel & U. Schneider-Wohlfart (Hrsg.), *Provokationen zur Gesundheit. Beiträge zu einem reflexiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit* (2. Aufl.) (S. 17-32). Frankfurt: Mabuse. (Original 1994.)

Perrez, M. & Baumann, U. (Hrsg.) (2005). *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie*. Bern: Huber.

Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2004). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern/Göttingen: Huber.

Scherer, U., Mayer, K. & Neuser, J. (2005). Die schriftlichen Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz: Ergebnisse und Analysen. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 212-221.

Schmidbauer, H., Kirschner, K. & Böhme, U. (1998). Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit [zum Psychotherapeutengesetz]. *Deutscher Bundestag-Drucksache*, 13/9212, 33-44.

Schulte, D. (1990). Psychische Gesundheit, psychische Krankheit psychische Störung. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie. Bd 1: Grundlagen, Diagnostik, Ätiologie* (S. 28-37). Bern: Huber.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Online verfügbar: [www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf) [15.11.2005].

Zurhorst, G. (2005). Soziale Benachteiligung und psychosoziale Gesundheit. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 1(1), 4-6.

# Sozialtherapie: Zur heilkundlichen Tätigkeit von Sozialarbeitern im Gesundheitswesen

Wolf Crefeld

## Zusammenfassung

Die Aufgaben von Sozialarbeitern insbesondere in psychiatrischen und suchtherapeutischen Kliniken einschließlich denen des Maßregelvollzugs, als Erbringer der Soziotherapie nach § 37a SGB V sowie in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind in der Regel nicht fürsorgerischer, sondern heilkundlich-therapeutischer Natur. Dennoch fehlt bis heute eine heilberufsrechtliche Definition der Qualifikation von Sozialarbeitern im Gesundheitswesen und ein Schutz der Berufsbezeichnung, wie dies für therapeutisch tätige Fachberufe im Interesse der Strukturqualität im Gesundheitswesen üblich ist. Im Interesse einer einheitlichen und verbindlichen Basisqualifikation sozialtherapeutisch Tätiger wäre eine Regelung der Qualifikation zum Sozialtherapeuten gemäß Art. 74 I Pkt. 19 des Grundgesetzes angezeigt.

## 1 Von der sozialen Fürsorge zur Sozialtherapie

Sozialarbeiter und Sozialpädagogen im Gesundheitswesen sahen lange Zeit und teilweise auch heute ihre Aufgabe in der Vermittlung sozialer Hilfen oder – in einem älteren Ausdruck – der *Fürsorge* für Kranke und Behinderte. Wenn dennoch seit Alice Salomon gelegentlich von *Sozialer Therapie* oder sozialer Behandlung gesprochen wurde, meinte man damit methodisch kompetente soziale Einzelhilfe, aber nicht Therapie im medizinischen Sinne. Ende der 60er Jahre brachten engagierte Sozialmediziner wie Sigrud Willemssen und Herbert Viefhues in die Diskussion, Sozialarbeiter sollten über die bisher praktizierten Aufgaben der sozialen Hilfe hinaus auch eine wichtige Rolle als Therapeuten übernehmen. Es ging ihnen explizit um die Mitwirkung von Sozialarbeitern am therapeutischen Prozess aufgrund einer eigenen fachlichen Kompetenz. Nur wenig später sprach sich dann auch die Sachverständigenkommission des

Deutschen Bundestages zur Lage der Psychiatrie in ihrer Psychiatrie-Enquete für eine *weitergehende Qualifikation* von Sozialarbeitern in der Psychiatrie aus, damit diese an der Therapie und Rehabilitation psychisch Kranker mitwirken.

Der Berufsverband, damals noch DBS, nahm diese Ideen auf. So wird in dem am 2. November 1973 beschlossenen Berufsbild ausdrücklich auch *„sozialtherapeutische Arbeit“* als eine Aufgabe im Rahmen des Berufsbildes angesprochen. DBS-Mitglied Waltraut Matern, die an der Entstehung der Psychiatrie-Enquete mitgewirkt hatte, setzte in ihrem westfälischen Wirkungsbereich vehement die Auffassung durch, dass die Rolle der Sozialarbeiter in der Psychiatrie nicht mehr in der tradierten Fürsorge, sondern in der *Rehabilitation* zu suchen sei. Else Funke, langjährige Vorsitzende des DBS, wies in ihrem Rechenschaftsbericht 1976 auf die damaligen Bemühungen im Gesundheitsministerium des Bundes um die Schaffung des *„nichtärztlichen Therapeuten“* hin und berichtete von den Bemühungen des DBS, damit Sozialarbeiter und Sozialpädagogen mit entsprechender Fortbildung künftig diesem *therapeutischen Beruf* angehören könnten.

## 2 Therapie nur mit Kindern

Das Ergebnis war berufspolitisch nur ein Teilerfolg: Sozialarbeiter können mit entsprechender Qualifikation die Anerkennung als *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten* erlangen – ein Erfolg, der bei der derzeit vorbereiteten Novellierung des Gesetzes wieder in Gefahr ist. Für therapeutisches Arbeiten mit Erwachsenen gibt es nach wie vor keine verbindlich geregelte therapeutische Qualifikation für Sozialarbeiter. In Konkurrenz mit klinischen Psychologen oder Fachpflegekräften erweist sich dies berufspolitisch als ein erheblicher Wettbewerbsnachteil, wie man unter anderem an den Entwicklungstendenzen sieht, für Behandlungsüberleitung Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikation zu favorisieren.

Zweifellos können Sozialarbeiter mit besonderer Qualifikation für die methodisch versierte Gestaltung psy-

chosozialer Unterstützungsprozesse eine wesentliche Rolle bei der Behandlung insbesondere chronisch Kranker wahrnehmen. Doch wenn damit tatsächlich eine *therapeutische* Tätigkeit gemeint ist, sind die nicht unerheblichen strukturellen Differenzen zwischen dem Dienstleistungssystem der Sozial- und Jugendhilfe (der *„Sozialen Arbeit“* im ursprünglichen Sinn) und dem Gesundheitswesen zu beachten. Will ein Beruf hier reüssieren, so muss er sich auf die Strukturen des Gesundheitswesens einstellen und erforderlichenfalls *fach- und berufspolitische Konsequenzen* ziehen.

Zu diesen strukturellen Besonderheiten gehört, dass für die an der Therapie direkt oder mittelbar mitwirkenden Fachberufe staatlich definierte Qualifikationsstandards gelten – ein Grund, weswegen man im Gesundheitswesen klar profilierten Berufsbildern begegnet. Wenn nun ein Teil der Sozialarbeiter über die Funktionen der tradierten Krankenhausfürsorge hinausstrebt in die Rolle eines an Therapie und medizinischer Rehabilitation regelhaft mitwirkenden Berufs, muss er sich mit diesen Rahmenbedingungen auseinandersetzen, wie sie für *alle* rund 15 Heil- bzw. Medizinalfachberufe gelten. Von der folgenden Darstellung nicht betroffen sind die vielfältigen, manchmal als *„gesundheitsbezogen“* bezeichneten Tätigkeiten im Rahmen der Sozialhilfe, der Jugendhilfe und frei finanzierter Projekte Sozialer Arbeit.

## 3 Medizinalaufsicht und Heilberufe

Seit den Anfängen des modernen Staatswesens gibt es staatliche Bemühungen, die Qualifikation von Personen, die berufsmäßig mit der Behandlung von Kranken befasst sind, einer besonderen Kontrolle zu unterwerfen. Man spricht von der *„Medizinalaufsicht“*, die historisch eine der ältesten Maßnahmen zur Sicherung von Strukturqualität in der Gesundheitsversorgung darstellt und ursprünglich vor allem Ärzte und Hebammen betraf. Ihr Ziel ist, dass ein Patient, der die Hilfe einer heil- oder pflegekundigen Person sucht, darauf *vertrauen* kann, dass diese tatsächlich über die dem Stand ih-

res Faches entsprechenden Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt. Heute geschieht dies in der Weise, dass alle Fachberufe, denen der Staat eine besondere Bedeutung für die Qualität der Behandlung, Pflege und Rehabilitation im Rahmen des Gesundheitswesens beimisst, heilberufsrechtlichen Regelungen unterworfen werden. Im Sprachgebrauch des Bundesgesundheitsministeriums werden sie als Heilberufe oder auch Medizinalfachberufe bezeichnet.

Was ist ein Heilberuf? Eine Antwort finden wir über Art. 74 I Pkt. 19 des Grundgesetzes. Dort wird als Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung „die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen“ genannt. *Heilberufe* in diesem Sinne sind Fachberufe, deren Tätigkeit der Gesetzgeber eine *besondere Bedeutung für die Qualität der Therapie, Pflege und medizinischen Rehabilitation* zuerkennt. Als Beispiele zu nennen wären neben Ärzten Krankenschwestern, Physiotherapeuten, Hebammen, Logopäden oder medizinisch-technische Assistenten, wobei ständig neue Berufe hinzukommen, wie zuletzt der des Psychotherapeuten und des Altenpflegers. Für diese Berufe schafft der Gesetzgeber auf der Basis des genannten Grundgesetzartikels *Berufsgesetze*, deren Zweck die *Standardisierung der beruflichen Qualifikationen* im Gesundheitswesen ist. Dies geschieht auf dem Wege, dass die genannten Berufsbezeichnungen nur führen darf, wer die gesetzlichen Aus- bzw. Weiterbildungsvorschriften dazu erfüllt hat.

Die Heilberufsgesetze bzw. die auf ihnen basierenden Verordnungen enthalten zu diesem Zweck detaillierte Vorschriften zu *Inhalten und Umfang der Ausbildung* und den entsprechenden Prüfungen, die unter staatlicher Aufsicht im Verlauf und am Ende der Berufsausbildung stattfinden. Nach dem Abschluss einer solchen Berufsausbildung erteilt die zuständige Gesundheitsbehörde ein Zeugnis, das zur *Berufsausübung unter der entsprechenden Berufsbezeichnung* berechtigt. Wer sich ohne ein entsprechendes staatliches Zeugnis als Krankenschwester, Ärztin, Ergotherapeutin oder Hebamme bezeichnet, macht sich strafbar. Die Fortschreibung dieser Aus- und Weiterbildungsvorschriften erfolgt entsprechend den sich wandelnden Anforderungen der beruflichen Praxis nach eingehenden Erörte-

rungen mit den *Berufsverbänden und Fachgesellschaften*.

#### 4 Heilkundliche Tätigkeit als Voraussetzung

Unter welchen Voraussetzungen kann der Gesetzgeber einen Heilberuf schaffen oder aus einem bestehenden Beruf einen Heilberuf entwickeln? Sozialarbeiter arbeiten seit fast hundert Jahren im Gesundheitswesen, dennoch gehört ihr Beruf nicht zu den Heilberufen – erkennbar u.a. daran, dass jeder-mann diese Berufsbezeichnung für sich in Anspruch nehmen darf. Das Bundesverfassungsgericht hat in Zusammenhang mit dem Altenpflegeberuf geklärt, was einen Beruf charakterisieren muss, damit der Gesetzgeber ihn als Heilberuf regeln kann. Maßgebend ist danach, dass seine Funktionen im Gesundheitswesen überwiegend als *„heilkundliche Tätigkeiten“* aufzufassen sind, nämlich als solche, die der Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, therapeutisch beeinflussbaren Funktionsstörungen oder Körperschäden dienen. Im Schwerpunkt müssen sie die *Ersetzung, Ergänzung oder Unterstützung der ärztlichen Tätigkeit* zum Gegenstand haben (vgl. Bundesverfassungsgericht, 2003). Dabei ist die Arbeitsweise für die Bewertung als heilkundliche Tätigkeit unerheblich. So ist zum Beispiel auch eine Ergotherapeutin heilkundlich tätig, wenn sie im Rahmen eines *medizinischen Rehabilitationsprozesses* die Wohnung eines Behinderten an dessen individuelle Erfordernisse anpasst. Wesentlich ist vielmehr, ob für ihre Tätigkeit eine *heilkundliche Indikation* besteht: Es muss ein als behandlungsbedürftig anerkanntes gesundheitliches Problem bestehen, das nach heilkundlichen Erkenntnissen auf eben diese Weise am zweckmäßigsten gebessert oder gelindert werden kann. Damit werden so genannte sozialpflegerische Hilfen zur Verbesserung der Lebenslage, die nicht auf einer heilkundlichen Indikation beruhen, ausgeschlossen. Es reicht also nicht, die Tätigkeit eines Sozialarbeiters als „gesundheitsbezogen“ zu bezeichnen, erforderlich ist der heilkundliche Nachweis ihrer Wirksamkeit.

#### 5 Fürsorge oder Therapie?

So wird auch verständlich, warum die fast hundertjährige Tradition der Krankenhausfürsorge bis heute kein Anlass war, die Qualifikation der Krankenhaus-Sozialdienste heilberufsrechtlich zu regeln. Ihre Aufgabe war explizit die der Fürsorge, die *von einer medizinischen Indikation unabhängige* Vermittlung sozialer Hilfen. Dass ihre Tätigkeit nicht als Teil der medizinischen Therapie gilt, geht zum Beispiel aus dem Krankenhausgesetz des Landes NRW hervor, wird aber auch daran deutlich, dass die Krankenhaus-Sozialdienste in der Regel dem Verwaltungsleiter zugeordnet sind und nicht unmittelbar weisungsabhängig sind von einem leitenden Arzt, der laut Krankenhausgesetz für *alle* therapeutischen Maßnahmen seiner Abteilung verantwortlich ist.

Doch von der traditionellen Krankenhausfürsorge zu unterscheiden ist die Idee, Sozialarbeiter z.B. als „Sozialtherapeuten“ an der Behandlung Kranker zu beteiligen. Realität ist dies bereits für Sozialarbeiter, die als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine staatliche Approbation zu diesem Heilberuf besitzen. Doch es gibt noch weitere Bereiche im Gesundheitswesen, in denen die Mitwirkung von Sozialarbeitern an der Therapie erwartet wird: So sehen sowohl die Psychiatrie-Personalverordnung des Bundes (PsychPV) als auch der § 37a SGB V (Soziotherapie) eine *therapeutische* Tätigkeit von Sozialarbeitern vor. In Suchtfachkliniken beweist die Forderung der Sozialleistungsträger nach einer qualifizierten suchtherapeutischen Weiterbildung der dort tätigen Sozialarbeiter, dass von diesen heilkundliche Tätigkeiten erwartet werden. Für Sozialarbeiter im Maßregelvollzug und in anderen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation dürfte dies nachweisbar sein.

Für alle diese therapeutischen bzw. medizinisch-rehabilitativen Tätigkeiten könnte der Gesetzgeber einen Heilberuf mit der dann geschützten Bezeichnung *„Sozialtherapeut“* schaffen. Das entspräche dem, was einst Else Funke schon angestrebt hat. Die formale Lösung könnte ähnlich der Regelung für den Psychotherapeutenberuf aussehen, indem ein dafür geeignetes *Masterstudium* Voraussetzung wäre für eine anschließende heilberufsrechtlich geregelte Qualifizierung zum Sozialtherapeuten.

## 6 Berufspolitische Interessen

Die Impulse zu einer neuen heilberufsrechtlichen Regelung gehen in der Regel von den jeweiligen Fach- und Berufsverbänden aus. So engagierte sich rund ein Dutzend Verbände und Arbeitsgemeinschaften mit Erfolg für die Schaffung des Psychotherapeutengesetzes. Psychologen haben sich damit einen festen und weiter ausbaufähigen Platz im Gesundheitswesen geschaffen.

Bei der Etablierung eines Berufs im Gesundheitswesen durch ein Heilberufsgesetz geht es berufspolitisch auch um Arbeitsmarkt- und Einkommenschancen. Denn Sozialleistungsträger, Anstellungsträger, Therapieverantwortliche und Patienten *bevorzugen Heilberufe*, weil sie ein Interesse daran haben, dass die an der Therapie bzw. Rehabilitation Mitwirkenden verlässlich über die ihren Beruf charakterisierenden Fähigkeiten und Kenntnisse verfügen. Doch auch die Mitarbeiter in den multiprofessionellen Teams einer Klinik haben ein beträchtliches Interesse an klaren Berufsbildern, denn ein eindeutiges Kompetenzprofil jedes Mitarbeiters *erleichtert die Kooperation* im Klinikalltag erheblich. – Nicht zuletzt aber wünschen *Patienten* sich, dass sie von Klinikmitarbeitern behandelt werden, von deren therapeutischen Fähigkeiten sie eine klare Vorstellung haben. Dies ist ja auch Sinn und Ziel der Heilberufsgesetze: Sie sollen angesichts des hohen Wertes der Rechtsgüter Leben und Gesundheit Patienten *Vertrauensschutz* bieten hinsichtlich der fachlichen Fähigkeiten der sie Behandelnden.

Eine heilberufsrechtliche Regelung der Qualifikation von „Sozialtherapeuten“ (oder wie immer die Berufsbezeichnung lauten würde) hätte also für das Gesundheitswesen ebenso wie für Sozialarbeiter, die therapeutisch tätig sein wollen, wesentliche Vorteile. Ein Ziel, für das sich so bedeutende Kämpferinnen für den Sozialarbeiterberuf wie Else Funke und Sigrid Willemsen eingesetzt haben, würde dann doch noch erreicht. Notwendig dazu wären entsprechende Initiativen der relevanten Verbände mit einer überzeugenden Argumentation gegenüber der Gesundheitspolitik, wie sie Klinische Psychologen und Pflegefachkräfte seit langem erfolgreich praktizieren.

## Literatur

Bundesverfassungsgericht (2003). Entscheidung zur Neuregelung der Altenpflegegesetzgebungskompetenz. Urt. v. 24. 10. 2002 – 2 BvF 1/01. *Neue Juristische Wochenschrift*, 41-58.

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (o.J.). *Die Fachberufe des Gesundheitswesens*. Düsseldorf: Selbstverlag des Ministeriums.

Theobald, A. & Erdle, H. (2000). *Recht der Gesundheitsfachberufe und Heilpraktiker. Loseblattsammlung*. München: Rehm.

# Sozialarbeitswissenschaft – Voraussetzung professioneller Praxis

Albert Mühlum

*Man wäre lieber gut als roh,  
doch die Verhältnisse, die sind nicht so.  
(B. Brecht, Dreigroschenoper)*

## Einführung

„Man wäre lieber gut als roh“, oder etwa nicht?

Aber was heißt hier eigentlich ‚man‘? Wo bleibt ‚frau‘? Und was besagt der Konjunktiv? Was verstehen wir unter gut? Und was halten wir für roh?

Fragen, die nötig sind, um den Satz zu verstehen – und mit anderen teilen zu können. Zumindest dann, wenn Wert auf Verständigung gelegt wird und über das Gleiche gesprochen werden soll. Kommunikationssensible Sozialarbeiterinnen verstehen das sofort, schließlich ist „Klärungshilfe“ (Thomann & Schulz von Thun, 1988) eine ihrer zentralen Aufgaben. Wissen sie aber auch, dass eine begriffliche Klärung die Grundlage jeder Forschung ist?

Folgen wir dem Brecht-Zitat weiter: Was bedeutet wohl: „die Verhältnisse, die sind nicht so“? Was heißt schon ‚Verhältnisse‘? Und gar *die* Verhältnisse. Welche, wo, aus wessen Sicht? Und wie *sollten* sie denn sein?

Um die Verwirrung komplett zu machen: Könnten Zyniker nicht auch das Gegenteil behaupten: „Man wäre lieber roh als gut, doch besser man verbirgt die Wut“. Wie jene 5-Jährige, die ihren kleinen Bruder absichtlich umstößt und sich, beim prüfenden Blick der Mutter, besorgt über das schreiende Kleinkind beugt: „Armer Chris, is' hinfallen“.

Es gibt fast unbegrenzt Forschungsfragen. Sie sind u.a. abhängig vom Erkenntnisinteresse, von vermuteten Zusammenhängen und vorgängigen Theorien.

Zum besseren Verständnis:

- *Forschung und Theoriebildung* dienen der Erkenntnisgewinnung, d.h. der Erzeugung generalisierten systematischen Wissens.
- *Forschung* ist „die theoretisch und methodologisch begründete und überprüfbare Beobachtung, Beschreibung und Rekonstruktion ge-

sellschaftlicher Ausschnitte der Wirklichkeit auf der Basis sozialwissenschaftlicher Erhebungs- und Analyseverfahren“ (Lüders & Rauschenbach, 2001, S. 562).

- *Empirische Forschung* heißt die erfahrungsgestützte systematische Erkenntnisgewinnung. Liegt der Fokus auf der Sozialen Arbeit, ist es Sozialarbeitsforschung.

In allen Fällen hat Forschung mit *Fragen* zu tun, mit einem kritischen *Hin-schauen* und *Hinhören*, mit Interesse am Menschen und dem Antrieb, mehr und genauer wissen und besser verstehen zu wollen. Wer dies *nicht* will, hat – mit Verlaub – in der Sozialarbeit nichts zu suchen (im doppelten Wortsinne). Wer es aber *will*, braucht Anleitung. Und darum soll es hier gehen.

Um den Boden dafür zu bereiten, stelle ich nachfolgend die Forschungsfrage in den größeren Zusammenhang von Praxis, Lehre und Wissenschaft der Sozialen Arbeit.

## 1 Das „soziale Rad“

Sozialarbeitsforschung und Sozialarbeitslehre sind nur in enger Verbindung mit der Sozialarbeitspraxis und der Sozialarbeitswissenschaft erfolgversprechend, hier dargestellt als „soziales Rad“ mit den Speichen SAP – SAL – SAW – SAF (Abbildung 1).

Das Rad zwingt dazu, weiter nachzudenken, über die Nabe, den Kern, um den sich das Ganze dreht: Vorstellungen von der Natur des Menschen, von sozialer Gerechtigkeit und einem gelingenden Leben vielleicht – also

philosophisch-anthropologische Aspekte; und ebenso über die Lauffläche: etwa Institutionen und Sachverhalte, die die Speichen verbinden und damit Gestalt und Funktion des Rades überhaupt ermöglichen. Ich will die Analogie nicht übertreiben, und doch drängen sich weitere Fragen auf: beispielsweise nach dem Drehmoment und der Ladung, wer schiebt und wer zieht, wer lenkt, wer bremst und wer gerät am Ende unter die Räder? (Assoziationen zu Hermann Hesse „Unterm Rad“ sind durchaus naheliegend). Grundsätzlich steht das Rad für eine runde Sache, für Ganzheit und Dynamik.

## Soziale Arbeit als professionelle Praxis: SAP

Nicht nur aus Respekt vor den anwesenden SozialarbeiterInnen, sondern weil „Praxis“ die Grundlage aller empirischen Forschung ist, beginne ich damit. Die berufliche Praxis ist bekanntlich unglaublich vielgestaltig, kaum überblickbar und entzieht sich allen Versuchen einer kompletten Beschreibung. Ich erinnere nur an die Schwierigkeit der Gegenstandsbestimmung und die Suche nach dem Verbindenden, nach dem, was die Sozialarbeit im Innersten zusammenhält (unifying perspective). Der Wildwuchs an Bachelor- und Masterstudiengängen („Bac & Mac“) macht dies gewiss nicht leichter.

Da unsere Zunft unvermeidlich soziale Probleme thematisiert und das schlechte Gewissen weckt, stößt sie kaum auf Begeisterung der Öffentlichkeit – sie wird eher angefeindet und

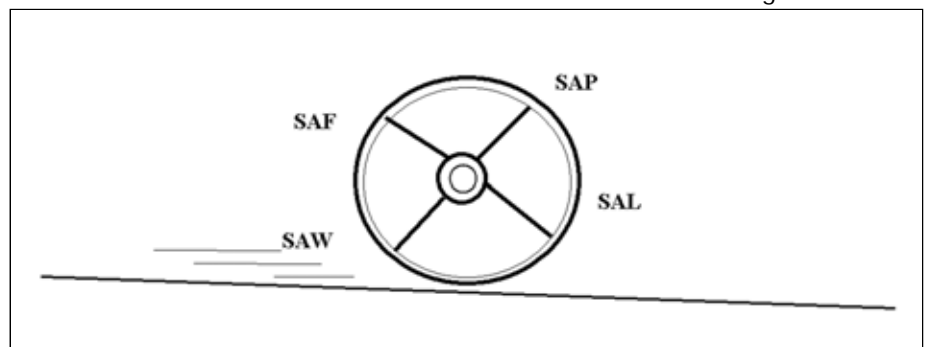


Abbildung 1: Das „soziale Rad“



ausgebremst. Ihre Identität ist so fragil wie die ihrer Klienten, und sie teilt mit diesen ihre Stigmata (wie den Arme-Leute-Geruch). Vielleicht muss ja eine Profession, die vom Leid der Mitmenschen lebt, auch mitleiden. Es gibt strukturelle Gründe für die *chronische Selbstunsicherheit*:

- die Aufgabe ist überkomplex, diffus, oft widersprüchlich und
- die auftraggebende Gesellschaft abwehrend, widerwillig, geizig.

Nun hat Sozialarbeit (Fürsorge, Wohlfahrtspflege) keineswegs professionell begonnen. Das Bemühen um professionelle Anerkennung prägt erst die letzten Dekaden. War es zunächst nur der Versuch, entlang berufssoziologischer Kriterien (akademische Ausbildung, Leitwissenschaft, berufsständische Organisation, Berufsethik und *Berufsregister*) einen Zugewinn an gesellschaftlicher Anerkennung und Durchsetzungsfähigkeit zu erreichen, konzentriert sich die jüngste Debatte auf das Spannungsverhältnis zwischen Profession und Disziplin. Folgt man Rudolf Stichweh (1994, S. 296), dann sind Professionen typischerweise mit der Bewältigung kritischer Phasen und Gefährdungen menschlicher Lebensführung befasst, für die die Hilfe von Experten gesucht wird (vgl. Rauchfleisch, 2001). Dabei muss reflektiertes Wissen eigenständig, kontextangemessen und kreativ in berufliches Handeln umgesetzt werden – zur Veränderung des Sozialverhaltens und der Sozialverhältnisse. Wie dies gelehrt und gelernt werden kann, ist die Schlüsselfrage der Sozialarbeitslehre.

### Soziale Arbeit in der Lehre: SAL

Eine Sozialarbeitslehre im strengen Sinne gibt es (noch) nicht. Das mag provozierend klingen, kennzeichnet aber die Ausbildung, die einem schlecht orchestrierten Musikstück gleicht. Es dominieren Fachwissenschaftler, die in der Lehre oft ungeniert der eigenen disziplinären Systematik folgen, und Fächer, die meist isoliert nebeneinander stehen und kaum auf den sozialberuflichen Alltag vorbereiten. Daraus folgen typische Fehlschlüsse, z.B. das psychologische Missverständnis: SA sei Therapie, das ökonomische Missverständnis: SA sei wirtschaftliche Hilfe, das juristische Missverständnis: SA sei Rechtsberatung oder das pädagogische Missverständnis: SA sei Erziehung. Insgesamt eine *disziplinlose* Ausbildung mit chronischer Überfrach-

tung des Studiums. „Patchwork“ und „Puzzle“ sind dafür noch wohlmeinende Begriffe, da viele Hochschullehrer selbst nicht zu der Integrationsleistung bereit sind, die sie täglich von ihren Studenten erwarten. Die Hoffnung gilt jetzt der Modularisierung neuer Studiengänge („Bac & Mac“), – wenn denn der Versuchung widerstanden wird, nur neue Etikette auf alte Inhalte zu kleben.

Die Sozialarbeit verfügt über einen Fundus an Wissen, der unterschiedlichen Reflexionsgraden und Theorieanforderungen entspricht. Diese „Praxistheorien“ bilden mit ihren Perspektiven und Erkenntnissen den Rahmen der Sozialarbeitslehre, die, ergänzt um methodische Handlungsgrundsätze, als „Kunstlehre“ für die Ausbildung zuständig ist. Zentrale Reformanliegen sind:

- eine bessere Integration des Lernstoffs,
- die Förderung der Selbstverantwortlichkeit im Studium und
- die Befähigung für professionelles Handeln mittels *Wissen, Können und Haltung*.

Ich betone diesen Dreischritt – Knowledge, Skills and Attitudes – weil die Wissensvermittlung meist überbetont, die Fähigkeit zum Handeln, das Können, aber vernachlässigt wird – von der inneren Haltung ganz zu schweigen, weil der Mut zur Persönlichkeitsbildung fehlt.

Vermutlich wird bei der Forschung, um die es hier geht, am wenigsten an die Ethik gedacht, aber auch hier ist moralische Qualität gefragt, wie es gleich das Beispiel des Kleinen Prinzen zeigen soll. Im Übrigen kommt die Sozialarbeitsforschung noch zu kurz, aber immerhin gibt es forschendes Lernen bei Berufsfelderkundungen, im Projektstudium, in Vertiefungsseminaren und Diplomarbeiten – mit steigender Tendenz. Wofür die Etablierung der *Fachwissenschaft Soziale Arbeit* (HRK und KMK 2001) als Zentralfach (Studienreformkommission) neue Chancen eröffnet.

### Soziale Arbeit als Wissenschaft: SAW

„Die Vernunft ist der Schritt, die Mehrung der Wissenschaft der Weg und die Wohlfahrt der Menschheit das Ziel“ – so der Optimismus der Aufklärung bei Thomas Hobbes im 5. Kapitel des Leviathan. Es gibt heute gute Gründe, diese Zuversicht zu relativieren. Aber es gibt keinen vernünftigen Grund, der

Sozialarbeit die wissenschaftliche Fundierung zu verweigern. Und doch scheiden sich an der SAW noch die Geister. Für die einen ist sie notwendig und eine bare Selbstverständlichkeit; die anderen halten sie für überflüssig und schon begrifflich für eine Provokation. Damit verbindet sich eine Wissenschaftsskepsis, die in der Theorie-Ignoranz der Praxis und Praxis-Irrelevanz der Theorie nachklingt.

Doch Professionen und Wissenschaften folgen fast zwangsläufig den Differenzierungsprozessen der Moderne. Nach diesem Entwicklungsmuster ist unsere Wissenschaft überfällig:

- wegen des Bedarfs an sozialprofessionellen Diensten für komplexe biopsychosoziale Probleme in einer zunehmend desintegrierten Gesellschaft
- und wegen des Bedarfs an handlungsleitendem Wissen.

Nach meiner Überzeugung werden das Profil und die Zukunft der Sozialen Arbeit von der Durchsetzung der Disziplin abhängen. Sie muss nicht als klassische Einzelwissenschaft organisiert sein, sondern könnte der Breite und Eigenart der Sozialarbeit gerade dadurch gerecht werden, dass sie als Querschnittsdisziplin relevante Theorien und Wissensbestände integriert und eigene Forschung generiert. Als Handlungswissenschaft wird sie sich – auch – am Nutzen für die Praxis messen lassen müssen.

Die Quellensammlung SAW (Mühlum, 2004) gibt – vor allem zu Ausbildungszwecken – einen Überblick über die jüngste Entwicklung. Sie erleichtert den Zugang zu unterschiedlichen Positionen und ist gleichzeitig eine Aufforderung zur kritischen Auseinandersetzung. Dies richtet sich nicht nur an die Wissenschaftliche Gemeinschaft i.e.S., sondern auch an die Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen, die im *Berufskodex* ausdrücklich zur Mitwirkung an der Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit in Theorie und Praxis aufgerufen sind (= *ethische Verpflichtung* der Professionals).

Wie jede Wissenschaft will die SAW systematisch Wissen über ihren Erkenntnisbereich erzeugen, also auch forschen. Als Handlungswissenschaft bearbeitet sie dazu einen konkreten Ausschnitt gesellschaftlicher Wirklichkeit, der mit der sozialberuflichen Praxis korrespondiert. Wie alle Wissenschaft muss sie dazu unterschiedliche Typen von Wissen bereitstellen: „Faktenwissen“, darauf gestützte „Theo-

rien“ und daraus gewonnenes „Interventionswissen“, und sie muss die eigene Perspektive und das erzeugte Wissen benennen und kommunizieren.

Vielleicht haben wir zu lange den metatheoretischen Diskurs gepflegt und in den „professional wars“ die *Notwendigkeit* und den *Entwicklungsstand* der SAW dargelegt. Entscheiden wird aber der *Ertrag* der Erkenntnisgewinnung, deshalb ist Forschung existentiell wichtig, – z.B. auch via Masterthesis und Dissertationen.

### Soziale Arbeit und Forschung: SAF

Forschung in der Sozialen Arbeit ist noch immer unterentwickelt, auch wenn sie langsam an Qualität und Quantität gewinnt. Entweder haben die Fachhochschulen schlicht versagt (wofür es Gründe gibt) oder nicht verstanden, dass ihre Nähe zur Praxis *Chance und Verpflichtung zugleich* ist: z.B. per Forschung Nutzen zu stiften, Profil zu gewinnen, Theorie zu schärfen.

Tatsächlich aber wird mehr geforscht als publiziert – Konrad Maier (1999) hat schon vor fünf Jahren 100 Forschungsprojekte aufgelistet – wohl wissend, dass die Sozialarbeitsforschung als Bindeglied zwischen Theorie und Praxis unverzichtbar ist, zumal die Nachbarwissenschaften vor spezifischen sozialen Anliegen versagen. Eine auf Autonomie bedachte Sozialarbeit kann deshalb weder auf eigene Theorie noch auf eigene Forschung verzichten. Dabei muss sich das Forschungsprogramm vor allem auf konkrete Probleme und Problembearbeitung im Sozialen Feld konzentrieren, was diese Forschung auch von anderen Disziplinen unterscheidet.

Wir wissen z.B., dass 14% eines Jahrgangs die Schule ohne Abschluss verlassen. Dazu die FAZ: „Ob im Deutschen Jugendinstitut, im Max-Planck-Institut für Bildungsforschung oder im Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung – überall die gleiche Auskunft: Nein, die Frage der Zukunft von Minderqualifizierten sei bislang kein Gegenstand der Forschung. Sehr wichtiges Thema natürlich, aber – man wisse viel zu wenig über diese Jugendlichen... ‚Die werden immer vernachlässigt, das ist sehr alarmierend‘, stellt Tilly Lex fest, Soziologin am DJI.“ (Münchhausen, 2004)

Auch der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe – AGJ – Berlin beklagt, dass die Kinder- und Jugendhilfe – neben dem Bildungs- und Gesundheitswesen einer der größ-

ten Bereiche – nur unzureichend erforscht sei. Er empfiehlt den Trägern und Organisationen, *künftig 3% des Budgets* für praxisbezogene Forschungsvorhaben zu reservieren und „sich nachhaltig für die Etablierung von mit den Forschungsinstitutionen gemeinsam getragenen Forschungs-Praxis-Transferstellen zu engagieren“ (AGJ, 2003, S. 1).

Auf den unbefriedigenden Forschungsstand wies schließlich auch der Elfter Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ, 2002) hin und mahnte (im Berichtsteil der Sachverständigenkommission) „eine systematische Erforschung der mittel- und langfristigen Auswirkungen der Angebote und Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe und ihrer Voraussetzungen“ (ebd., S. 59) an. Ein Ausbau der Forschung wird also im Interesse der qualitätsvollen Entwicklung für dringend notwendig gehalten, wobei die AGJ dringend empfiehlt, den Transfer von Forschungsergebnissen zu verbessern.

Aber wie funktioniert Forschung? Einen leicht verfremdeten Blick gewährt uns der kleine Prinz:

*Der sechste Planet war von einem alten Herrn bewohnt, der ungeheure Bücher schrieb. „Da schau! Ein Forscher!“ rief er, als er den kleinen Prinzen sah... „Was ist das für ein dickes Buch?“ sagte der kleine Prinz, „was machen Sie da?“ „Ich bin Geograph.“ „Was ist das, ein Geograph?“ „Das ist ein Gelehrter, der weiß, wo sich die Meere, die Ströme, die Berge und die Wüsten befinden.“ „Das ist sehr interessant“, sagte der kleine Prinz, „endlich ein richtiger Beruf!“ Und er warf einen Blick um sich. „Er ist sehr schön, Euer Planet. Gibt es da auch Ozeane?“ „Das kann ich nicht wissen“, sagte der Geograph. „Ach!“ Der kleine Prinz war enttäuscht. „Und Berge?“ „Das kann ich auch nicht wissen“... „Aber Ihr seid Geograph! - Und Städte und Flüsse und Wüsten?“ „Auch das kann ich nicht wissen.“ „Aber Ihr seid doch Geograph!“ „Richtig“, sagte der Geograph, „aber ich bin nicht Forscher. Es fehlt uns gänzlich an Forschern. Nicht der Geograph geht die Städte, Berge, Meere und Wüsten zählen. Der Geograph ist zu wichtig, um herumzustreunen. Er verlässt seinen Schreibtisch nicht. Aber er empfängt die Forscher. Er befragt sie und schreibt ihre Eindrücke auf. Und wenn ihm die Notizen eines Forschers beachtenswert erscheinen, lässt der Geograph über dessen Moralität eine amtliche Unter-*

*suchung anstellen.“ „Warum das?“ „Weil ein Forscher, der lügt, in den Geographiebüchern Katastrophen herbeiführen würde. Und auch ein Forscher, der zu viel trinkt.“ „Wie das?“ fragte der kleine Prinz. „Weil die Säufere doppelt sehn. Der Geograph würde dann zwei Berge einzeichnen, wo nur ein einziger vorhanden ist.“ „Ich kenne einen“, sagte der kleine Prinz, „der wäre ein schlechter Forscher.“ „Das ist möglich. Doch wenn die Moralität des Forschers gut zu sein scheint, macht man eine Untersuchung über seine Entdeckung.“ „Geht man nachsehen?“ „Nein. Das ist zu umständlich. Aber man verlangt vom Forscher, dass er Beweise liefert...“ (Saint Exupéry, 1942/1959, Kapitel XV)*

Was folgt daraus für die Sozialarbeit? Und was für das Verhältnis von Theorie und Praxis? Zum Beispiel wird uns die Aufgabe des Forschens manchmal überraschend auferlegt oder das Forschungsobjekt ist strittig oder die Rollen sind ungeklärt. Aber auch: neue Erkenntnisse werden erwartet, Glaubwürdigkeit vorausgesetzt und Belege gefordert.

Mit Blick auf Fachhochschulen dominieren widersprüchliche Erfahrungen:

- Der Forschungsverbund Gesundheit-Pflege-Soziale Arbeit (GePsA), der analog zum Public-Health-Verbund Forschungsvorhaben entwickeln und in peer-reviews qualifizieren sollte, ist leider von der Bildfläche verschwunden.
- Andererseits gibt es – kleinräumige – Forschung, die für Träger und Zielgruppen beachtlichen Erkenntnisgewinn bringen kann. Einige Beispiele werden später vorgestellt (wobei das von Konrad Maier gegründete Institut und die dort betriebene Forschung Modellcharakter haben).

Im internationalen Vergleich ist es mit unserer Forschung schlecht bestellt. So listete Silvia Staub-Bernasconi für das Doktorandenkolloquium der DGS fast 100 internationale Forschungszeitschriften des Social Work auf. Selbst das kleine Irland verfügt über eine Research-Zeitschrift (Irish Association of Social Workers). In Deutschland gab es bis vor kurzem keine einzige. Die neue Zeitschrift „Klinische Sozialarbeit“ ist daher ein ermutigendes Zeichen.

## 2 Forschung - ein Prozess

Eine Weisheit der Dakota lautet: Wenn Du ein totes Pferd reitest, steig ab. Das mag eine Weisheit sein, professionell ist es nicht, Profis sind differenzierter:

*Mediziner* z.B.

- streiten über den Todeszeitpunkt/ Totenschein
- ändern die Kriterien für den Tod eines Pferdes
- machen Kollegen verantwortlich
- bringen Pferd und/oder Reiter in die Pathologie

*Sozialarbeiter* dagegen

- diskutieren, ob ein Pferd so tot sein kann, dass es nicht mehr zu reiten ist
- schirren mehrere tote Pferde zusammen
- entwickeln Qualitätsstandards für den Beritt toter Pferde
- bieten Motivationskurse für tote Pferde und/oder ihre Reiter
- gründen eine Selbsthilfegruppe für Tote-Pferde-Reiter ...

Versuchen wir, den Forschungsprozess ein wenig systematisch zu verfolgen. Er beginnt stets mit der *Problemwahl*:

*Forscher* fragen z.B.

- Was ist das Problem?
- Wer hat ein Problem?

Der Reiter? Noch nicht. Das Pferd? Nicht mehr. Der Betrachter? Kaum. Ahhh: der deutsche Tierschutzbund! Dann wäre es Auftragsforschung – ein eigenes Thema, denn mit dem Auftrag stellen sich weitere Fragen:

Zunächst das *Erkenntnisinteresse*:

- Soll der bescheidene Spaß des Tote-Pferd-Reitens untersagt oder
- das Tote-Pferde-Reiten kommerzialisiert werden?

Hier kommt also erneut die Forschungsethik ins Spiel. Dann die *Definition* der Variablen und die *Operationalisierung*:

- wenn reiten heißt, sich auf einem Pferd fortzubewegen, lebt das Pferd, oder?

Aber mit dem gesunden Menschenverstand tun sich Forscher manchmal schwer. Herbert Marcuse hätte ironisch angemerkt: „Wenn die Tatsachen mit der Theorie nicht übereinstimmen – umso schlimmer für die Tatsachen“. Trotzdem muss jetzt präziser definiert werden, z.B.:

- Wann ist ein Pferd tot? Hirntod oder Herztodkriterium?

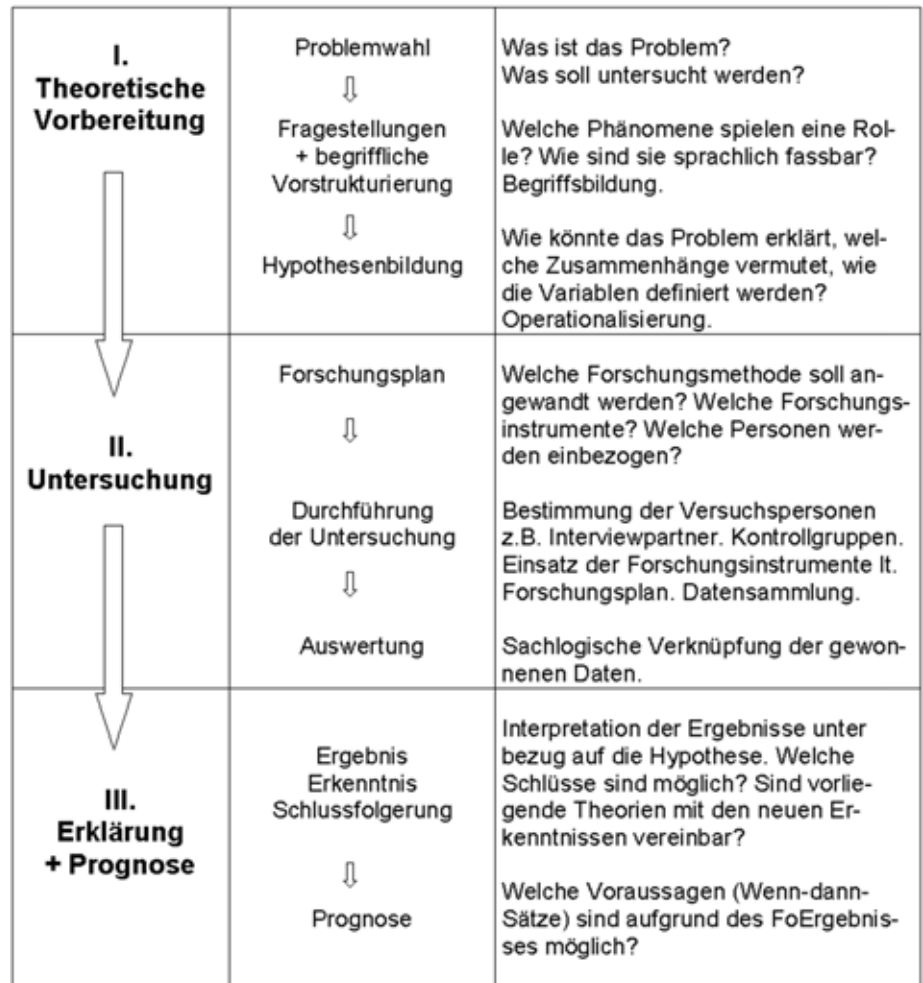


Abbildung 2: Stufen des empirischen Forschungsprozesses

- Wann ist Reiten kein Reiten mehr, sondern einfaches Sitzen?

Es gibt aber auch unterschiedliche *Forschertypen*:

- der Empiriker: beobachtet Reiter, wenn der Tod des Pferdes eintritt;
- der Hermeneutiker: betrachtet den Kontext der Mitreiter und Mitpferde;
- der Konstruktivist: schließt vom Verhalten des Reiters/Pferdes auf deren Vorstellung von der Wirklichkeit
- der Systemiker: bedenkt den zirkulären Zusammenhang von Reiten und Geritten-Werden
- die Genderforscherin: konzentriert sich auf Tote-Stuten-Reiterinnen.

Schließlich die *Forschungsarten*:

- quantitative Forschung: braucht z.B. eine hinlänglich große Zahl von Tote-Pferde-Reitern, nimmt eine geschichtete Stichprobe und berechnet die Wahrscheinlichkeit des Ereignisses;
- qualitative Forschung: stellt das Sinnverstehen und die Rekonstruk-

tion sozialer Prozesse (wie Biografien) ins Zentrum und sucht Aussagen z.B. per Aktenanalyse, Biografiearbeit oder narrativem Interview mit Pferd und/oder Reiter;

- das Konzept der Triangulation versucht die mögliche Verfälschung von Ergebnissen (z.B. durch die Person des Forschers) zu minimieren, z.B. Wiederholung durch andere Forscher oder andere Probanden oder Verwendung mehrerer Methoden = Methoden-Triangulation.

Wird an die Stelle von Reiter und Pferd „Sozialarbeiter und soziales Problem“ oder „Klient und Umfeld“ gesetzt, ergibt sich ein anschauliches und durchaus ernsthaftes Forschungsprogramm. Die Stufen eines empirischen Forschungsprozesses lassen sich dann wie in Abbildung 2 darstellen.

In der Sozialen Arbeit hat sich u.a. die Handlungsforschung bewährt, der die Praxis viele Impulse verdankt. Die Handlungs- oder Begleitforschung setzt die aktive Beteiligung des Forschers voraus, so dass er gleichzeitig

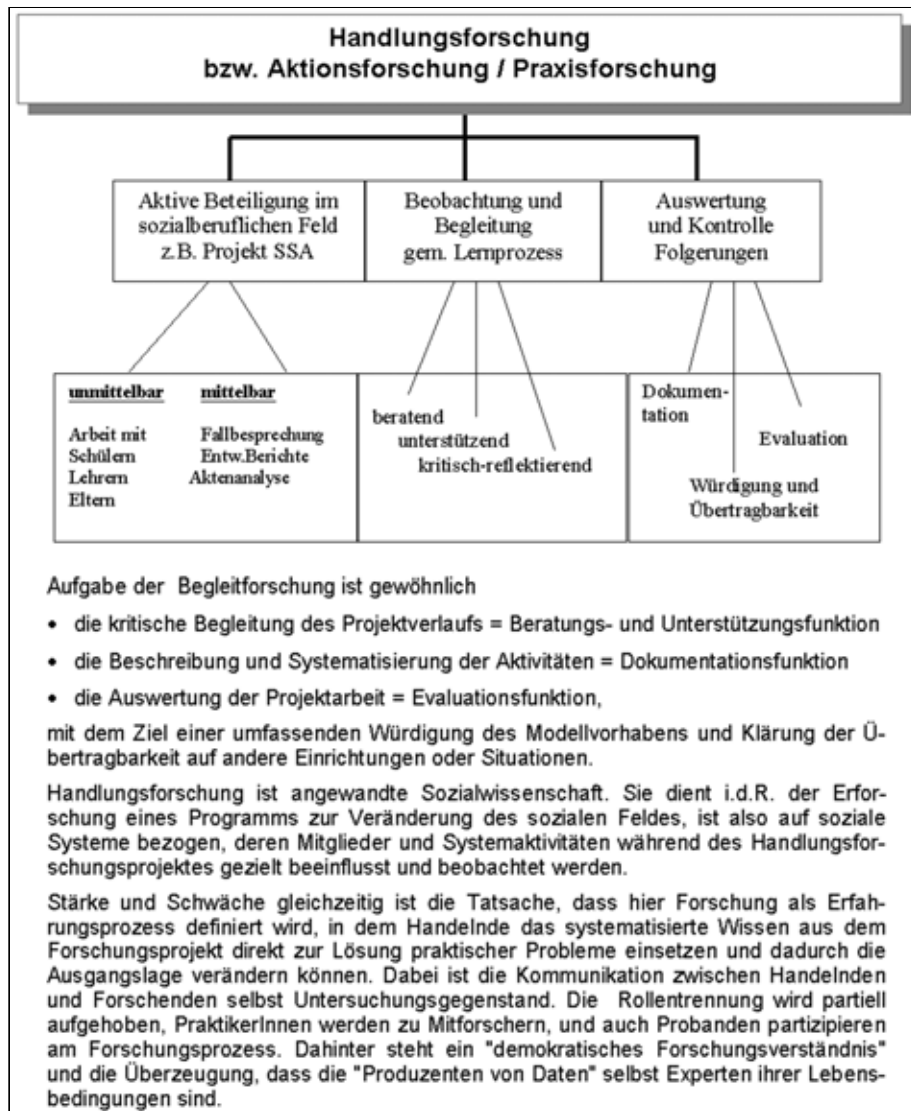


Abbildung 3: Übersicht zur Handlungsforschung bzw. Aktionsforschung/Praxisforschung

Planer, Akteur, Beobachter und Bewerter des Programms ist (vgl. Abbildung 3).

**Exkurs**

Die Vertiefung und Konkretisierung überlasse ich den weiteren Beiträgen. Nur ein kleiner erkenntniskritischer Exkurs sei noch gestattet: Die Wissenschaftsgläubigkeit, der zufolge die empirischen Wissenschaften die einzig zuverlässige Erkenntnisgrundlage sind (Szientismus), ist genauso fragwürdig wie der Radikalkonstruktivismus, dem alles Seiende bloß subjektive „Wirklichkeit“ ist.

Als Hannah Arendt, eine jüdische Philosophin, 1949 zum erstenmal nach Deutschland zurückkam, stellte sie eine eigenartige Realitätsflucht und Sprachlosigkeit fest. Am meisten erschreckte

sie die verbreitete „Haltung, mit Tatsachen so umzugehen, als handele es sich um bloße Meinungen“ (Arendt, 1986, S. 50).

Sozialarbeiter und Bürgerinnen sollten sich vor beiden Extremformen hüten, weil sie handlungsunfähig und verantwortungslos machen. Wem alles gleich gültig ist, wird *gleichgültig* gegenüber Macht und Moral. Genau das meinte Arendt mit jener Feststellung im Kontext ihrer Totalitarismusforschung.

Im übrigen gilt natürlich auch für die Soziale Arbeit, dass alle Forschung dem Leben hinterher läuft, also notwendigerweise rekonstruktiv ist – oder wie Paul Valery sagt: Das Leben kann nur in der Rückschau erklärt, muss aber in der Vorausschau gelebt werden. Solide Forschungsergebnisse können dabei jedoch hilfreich sein.

**3 Folgerungen**

Forschung *in der* Sozialen Arbeit und *für die* Soziale Arbeit halte ich für so wichtig, weil davon das Wohl und Wehe der Klienten – und mittelfristig auch die Anerkennung, ja Existenz, der Profession und der Disziplin abhängt. Das mag pathetisch klingen, drückt aber die reale Sorge aus, dass unsere Zunft zwischen der Inflation neuer Berufsbilder und Studiengänge einerseits und der Bremswirkung öffentlicher Haushalte andererseits zerrieben zu werden droht (oder, um im Bild zu bleiben, unter die Räder kommt) – statt ihren Auftrag zu erfüllen, die Lebenschancen sozial Benachteiligter zu fördern und das Soziale zu stärken.

Sozialarbeitsforschung ist dabei notwendig,

1. weil sie hilft, unser Verständnis für psychosoziale Probleme zu verbessern, Strategien der Problembearbeitung zu entwickeln und wirksamer – effektiv und effizient – zu handeln (und dies empirisch nachzuweisen);
2. weil sie situationsspezifisch und zielgruppengenau in der Lebenswelt der Beteiligten erfolgt – was für die *Nutzer* und *Träger* und *Profis* gleichermaßen bedeutsam ist;
3. weil die Fachhochschulen als „Universities of Applied Sciences“ wegen ihrer Nähe zur Praxis und mit dem Potenzial ihrer Absolventen den Sozialarbeitsfokus konsequent einlösen können;
4. weil sie Teil der professionellen Praxis ist und auch von qualifizierten SozialarbeiterInnen vor Ort erwartet wird, um den „wirklichen“ Anliegen der Menschen zu dienen, wofür sie aber vorbereitet und unterstützt werden müssen.

In der Summe also ein Plädoyer für Forschungsinteresse, Forschungsbefähigung und Forschungspraxis, wobei *forschendes Lernen* und *lehrendes Forschen* im Studium eine Voraussetzung für forschendes Handeln in der Praxis ist.

Diese Interdependenz drückte Wolfgang Frühwald als Präsident der DFG (1996) so aus: „Wo sich Forschung und Lehre entkoppeln, ist weder die Forschung noch die Lehre in der Lage, den Aufgaben der modernen Welt gerecht zu werden“. Spätestens ab der Zwischenprüfung sollten sie so miteinander verbunden sein, dass sie sich gegenseitig befruchten und ergänzen. „Alles andere ist eine langweilige und

den Namen Universität nicht verdienende Hochschule“. Ich meine, das gilt genauso für die Fachhochschule auf Masterniveau.

### Ein kritischer Satz zum Abschluss:

Die Verhältnisse sind gewiss nicht so, wie wir es wünschen. Aber oft müssen sie auch als Alibi für unser Nichtstun oder Versagen herhalten.

Und mancher hockt auf seinem Pferd, als ob es tot wäre – nur weil er zu faul oder unfähig ist zum Reiten (das ist auch eine Art Tote-Pferde-Reiter).

Was ich der Profession und der Disziplin Soziale Arbeit wünsche, ist die Gabe der Unterscheidung, der Mut zum Handeln und der Ansporn (um nicht zu sagen: die Sporen) für Lehre und Forschung.

### Literatur

Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (AGJ) (2003). *Für einen Ausbau der Kinder- und Jugendhilfeforschung. Ein Plädoyer der Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe*. Online verfügbar: [www.agj.de/pdf/5/2003-2002/2003/Kinder%20u%20Jugendhilfe\\_forschung.pdf](http://www.agj.de/pdf/5/2003-2002/2003/Kinder%20u%20Jugendhilfe_forschung.pdf) [15.11.2005].

Arendt, H. (1986). Besuch in Deutschland 1950. Die Nachwirkungen des Naziregimes. In H. Arendt, *Zur Zeit. Politische Essays* (S. 43-70). Berlin: Rotbuch.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2002). *Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Bonn: BMFSFJ. Online verfügbar: [www.bmfsfj.de/Politikbereiche/kinder-und-jugend,did=4872.html](http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/kinder-und-jugend,did=4872.html) [15.11.2005].

Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge (Hrsg.) (2002). *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. (5. Aufl.) Frankfurt: Kohlhammer.

Engelke, E. (2004). *Die Wissenschaft Soziale Arbeit. Werdegang und Grundlagen*. (2. Aufl.) Freiburg: Lambertus.

Frühwald, W. (1996). *Forschungsfreiheit. Ein Plädoyer für bessere Rahmenbedingungen der Forschung in Deutschland*. Weinheim: VCH.

Göppner, H.-J. & Hämäläinen, J. (2004). *Die Debatte um Sozialarbeitswissenschaft. Auf der Suche nach Elementen für eine Programmatik*. Freiburg: Lambertus.

Klüsche, W. (Hrsg.) (1999). *Ein Stück weitergedacht... Beiträge zur Theorie- und Wissenschaftsentwicklung der Sozialen Arbeit*. Freiburg: Lambertus.

Lüders, C. & Rauschenbach, T. (2001). Forschung: sozialpädagogische. In H.-U. Otto & H. Thiersch (Hr.): *Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik* (S. 562-575). Neuwied: Luchterhand.

Lüttringhaus, M. & Richers, H. (2004). *Handbuch aktivierende Befragung. Konzepte, Erfahrungen, Tipps für die Praxis*. Bonn: Stiftung Mitarbeit. (Arbeitshilfen für Selbsthilfe- und Bürgerinitiativen. 29.)

Maier, K. (Hrsg.) (1999). *Forschung an Fachhochschulen für Soziale Arbeit. Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Freiburg: Kontaktstelle für Praxisorientierte Forschung. (Forschungs- und Projektbericht der Kontaktstelle für Praxisorientierte Forschung e.V. an der Evang. Fachhochschule, Freiburg. 12.)

Mittelstraß, J. (1998). Forschung und Lehre – das Ideal Humboldts heute. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B15/98.

Mühlum, A. (2000). Sozialarbeitswissenschaft: Profil – Programm – Provokation. In H. Pfaffenberger, A. Scherr & R. Sorg (Hrsg.), *Von der Wissenschaft des Sozialwesens* (S. 84-106). Rostock: Neuer Hochschulschriften-Verlag.

Mühlum, A. (2001). *Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Ein Vergleich*. (3. neubearb. Aufl.) Frankfurt: Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge. (Dissertationen, Diplomarbeiten, Dokumentationen. 2.)

Mühlum, A. (Hrsg.) (2004). *Sozialarbeitswissenschaft – Wissenschaft der Sozialen Arbeit*. Freiburg: Lambertus.

Münchhausen, A. von (2004). Freunde, wollt ihr ewig Stütze? *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 02.05.2004, Nr. 18, S. 55.

Otto, H.U., Oelerich, G. & Micheel, H.G. (Hrsg.) (2003). *Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch*. Neuwied: Luchterhand.

Rauchfleisch, U. (2001). *Arbeit im psychosozialen Feld. Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Seelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. (UTB für Wissenschaft. 2272.)

Saint-Exupéry, A. de (1942/1959): *Der Kleine Prinz*. Düsseldorf: Rauch. (Erstveröffentlichung 1942.)

Schmidt-Grunert, M. (Hrsg.) (1999). *Sozialarbeitsforschung konkret. Problemzentrierte Interviews als qualitative Erhebungsmethode*. Freiburg: Lambertus.

Steinert, E., Sticher-Gil, B., Sommerfeld, P. & Maier, K. (Hrsg.) (1998). *Sozialarbeitsforschung: Was sie ist und leistet*. Freiburg: Lambertus.

Stichweh, R. (1994). *Wissenschaft, Universität, Profession. Soziologische Analysen*. Frankfurt: Suhrkamp.

Thole, W. (Hrsg.) (2002). *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. Opladen: Leske + Budrich.

Thomann, C. & Schulz von Thun, F. (1988). *Klä rungshilfe. Handbuch für Therapeuten, Gesprächshelfer und Moderatoren in schwierigen Gesprächen*. Reinbek: Rowohlt.

Wöhrle, A. (Hrsg.) 2003: *Profession und Wissenschaft Sozialer Arbeit*. Pfaffenweiler: Centaurus.

# Standards, evidenzbasierte Praxis, Praxisforschung: Was können wir tun?

Anmerkungen zu einer pragmatischen klinischen Sozialarbeitsforschung

Helmut Pauls

## 1 Standards und Normen

- In der Sozialen Arbeit werden die Rufe nach anerkannten Qualitätsstandards immer lauter.
- Erath et al. (2005): verbindliche Standards fundieren „fachliche Autonomie, Selbstachtung und Glaubwürdigkeit“.
- Ein Standard ist eine breit akzeptierte und angewandte Regel oder Norm.
- Eine Norm ist eine allseits rechtlich anerkannte und durch ein Normungsverfahren beschlossene, allgemeingültige sowie veröffentlichte Regel zur Lösung eines Sachverhaltes.
- Wichtige Fragen:
  - Wer bestimmt das Normungsverfahren, beschließt, veröffentlicht und überwacht die Regeln?
  - Was sind die Grundlagen der Entwicklung von Standards zur Qualitätssicherung, und was können wir als ZKS'ler tun?

### Standards der Sektion Klinische Sozialarbeit und der ZKS

- Es gibt anerkannte Verfahren zur Bestimmung von Qualifikationsstufen („level“), die z.B. bei der Akkreditierung von Studiengängen angewandt werden.
- Das *American Board of Examiners in Clinical Social Work (ABE)* hat drei Ebenen von Standards, die operationalisierte Qualifikationen mit bestimmten Befähigungen und Befugnissen verknüpfen.
- Eine bestimmte Qualifikationsstufe mit verbindlichen „Standards“ der Leistungserbringung erlaubt eigenverantwortliche Tätigkeit.

### Vorschlag: Drei Levels für die Klinische Sozialarbeit

Die in Entwicklung befindlichen Standards der ZKS und der Sektion Klinische Sozialarbeit in der DGS orientieren sich derzeit an folgender Struktur (Benennungen vorläufig!):

1. „Praktiker-Level“: Diplom-Sozialpädagogen mit Schwerpunkt bzw. Vertiefung in Klinischer Sozialarbeit. (Niveau: Bachelor-Abschluss).
2. „Fachsozialarbeits-Level“: „FachsozialarbeiterIn für Klinische Sozialarbeit (ZKS)“ (Niveau: Master-Abschluss mit klinischem Schwerpunkt oder einschlägige Fortbildungen, zuzüglich 5 Jahre Berufspraxis)
3. „Ausbilderlevel“: AusbilderIn/SupervisorIn für Klinische Sozialarbeit (Niveau: Master-Abschluss, ZKS-Lizensierung sowie mindestens 3 Jahre (kontrollierte/supervidierte) Praxiserfahrung nach der ZKS-Lizensierung.

### Entwicklung und Durchsetzung von Standards

- Wir sollten eine *partizipative* Entwicklung und Umsetzung von Standards in Zusammenarbeit von Berufspraxis, Hochschulen, Verbänden, Trägern und Betroffenen betreiben.
- Wichtige Grundlage ist die wissenschaftliche Fundierung der Praxis: die praxisorientierte Forschung und die forschende Praxis.
- Hier hat die Soziale Arbeit Defizite (ressourcenorientiert formuliert: große Spielräume zur Weiterentwicklung).
- Die Entwicklung fachlicher Standards muss als Grundlage einer „best Practice“/„evidence-based practice“ verstanden werden.

## 2 Evidenzbasierte Praxis

Evidence-based (= Beweis-basiert):

- mit individuellen Klienten/Patienten wird auf der Basis der besten zur Verfügung stehenden Daten über sozialarbeiterische Praxis gearbeitet.
- Der Begriff „Evidenz“ im Kontext der Evidenzbasierten Medizin (EbM) bezieht sich auf die Informationen aus klinischen Studien, die einen Sachverhalt erhärten oder

widerlegen. ‚Beweisbasierte Medizin‘ wäre die richtige Übersetzung.

- Ein verwandter Begriff ist die evidenzbasierte Gesundheitsversorgung („Evidence-Based Health Care“), bei der die Prinzipien der EbM auf alle Bereiche der Gesundheitsversorgung, einschließlich Entscheidungen zur Steuerung des Gesundheitssystems, angewandt werden.

### Evidenzbasierte Klinische Praxis in der Sozialen Arbeit – eigentlich keine Neuigkeit

Jayarathne & Levy (1979):

- „Empirical clinical practice is conducted by clinicians who strive to measure and demonstrate the effect of their clinical practice by adapting traditional research techniques to clinical practice ...
- The clinician would first be interested in using an intervention strategy that has been successful in the past.
- When established techniques are available, they should be used, but they should be based on objective evaluation rather than subjective feeling.“

## 3 Praxisforschung

### Idealtypische Leitvorstellungen der Forschung

- Wissenschaftliche Forschung ist der Versuch der Erkenntnisgewinnung, und zwar mit Methoden, die möglichst Irrtümer ausschließen sollen: Was können wir wissen? Wie sicher können wir das wissen (= mit welcher Wahrscheinlichkeit)? Welche Vorhersagen lassen sich daraus ableiten (= was können wir tun? Was sollten wir vermeiden?)?
- Grundsätzlich lassen sich *quantitative* und *qualitative* Forschung unterscheiden.
- Diese idealtypischen Leitvorstellungen werden häufig *gegeneinander* gestellt, in Wahrheit über-

schneiden sie sich auf forschungspraktischer Ebene.

### Quantitative Forschung: Man kann in der Sozialen Arbeit „messen“

- Was tun Sie, wenn Sie im Jugendhilfeausschuss darstellen, dass „viele“ Jugendliche (wie viele?) in einem sozialen Brennpunkt Alkoholmissbrauch (wie viel muss man dazu in welcher Zeiteinheit trinken?) betreiben?
- Was, wenn im Jahresbericht steht, dass eine bestimmte Reha-Maßnahme, etwa Teilnahme von Angehörigen an einer psychoedukativen Gruppe, zu einer „Stabilisierung“ der Patienten beigetragen hat (welcher Patienten? Wie vieler? In Hinsicht auf welche Merkmale, die sich in welchem Ausmaß verändert haben? Auch: wie viele und welche haben evtl. nicht profitiert?)
- Die Antwort ist in jedem Fall: Sie müssen in irgendeiner Art und Weise vergleichen, einschätzen, zählen – messen.

### Grundprinzip quantitativer Forschung

- Versuch einer objektiven (die Außenperspektive betonenden) Herangehensweise an den Forschungsgegenstand. Die zu untersuchenden *Phänomene werden als messbar* aufgefasst,
- variablenmäßig isoliert und elementarisiert bzw. „operational“ definiert,
- mittels standardisierter Verfahren untersucht und die Untersuchungsergebnisse statistisch verarbeitet.
- Dabei sind allerdings unterschiedliche Arten des Wissens, die auch unterschiedliche Vorgehensweisen bei der empirischen Überprüfung brauchen, zu unterscheiden: *Tatsachenwissen* (know what), *Regelwissen* (know why), *Handlungswissen* (know how); *Konzeptwissen* (know what it means).

### Qualitative Forschung

Ohne das „Verstehen“ würde Klinische Sozialarbeit entkernt. Qualitativ und hermeneutisch orientierte Forschung problematisiert die universelle Unterstellbarkeit der für quantitativ messendes Vorgehen erforderlichen Voraussetzungen und fokussiert:

- Erfassung von *subjektiven Sinnzusammenhängen* (die Verstehensperspektive betonend),
- Zuwendung zu semantischen Bedeutungs- und Interpretationsfragen
- (Weiter-)Entwicklung nicht verfahrensmäßig standardisierbarer Vorgehensweisen auf Erhebungs- und Auswertungsebene.

### Wirksamkeitsstudien

- Dringend notwendige Wirksamkeitsnachweise basieren auf „Verstehen“ und „Messen“.
- Ich plädiere für das „Sowohl-als-auch“, was doch den Reichtum und die Tiefe einer Disziplin ausmacht, weil es dadurch kritische inhaltliche Diskurse gibt.
- Über alle Humandienste hinweg setzt sich das Prinzip durch, dass nur solche Behandlungsweisen heranzuziehen sind, „für die es eine hinreichende Evidenz gibt, dass sie tatsächlich bewirken, was man erreichen will“ (Wendt 2005, S. 169).
- Wir brauchen empirische Belege für Effektivität von Interventionen Klinischer Sozialarbeit als Grundlage für Entscheidungen über das Vorgehen in der Fallarbeit.

### Strenge und weniger strenge Forschung zur „Praxisbewährung“

Pragmatisch forschende Praxis und praxisorientierte Forschung müssen schrittweise die empirische Basis erweitern, z.B. durch:

- Arbeit an der operationalen Beschreibung von Interventionsmethoden,
- Erfassung der Bedingungen, der Qualität, des Ausmaßes und Ergebnisses ihres Einsatzes (z.B. Falldarstellungen, Kleingruppenstudien, Erfahrungsberichte),
- Analyse der Zielerreichung klinisch sozialarbeiterischer Maßnahmen (qualitativ und quantitativ),
- Entwicklung von praxisnahen externen Kriterien (z.B. Kennziffern wie Krankheitstage, Schulnoten etc.) und aggregierende Einzelfalldokumentation.

## 4 Was wir tun können

„Wir“, die ZKS`ler, könnten wissenschaftlich fundierte Standards im Sinne einer ‚Best Practice‘ entwickeln und

für Praxis und Lehre veranschaulichen, indem wir z.B.

- aufgaben- und arbeitsfeldspezifische Arbeitskreise gründen,
- Verfahrensweisen fachlicher Kommunikation und gegenseitiger Unterstützung verabreden (unter Nutzung des Internet und regelmäßiger Treffen),
- praxisrelevante Evaluationsstudien durchführen (von der Praxisbewährung, Einzelfallevaluation bis hin zu Kontrollgruppenstudien),
- ZKS-Homepage zur Veröffentlichung von Artikeln, Seminararbeiten, Erfahrungsberichten nutzen.

### Eine Frage der Existenz (Klinischer Sozialarbeit in Behandlungskontexten)

- Die Klinische Sozialarbeit muss (d.h. „wir“ müssen) dringend mit den Grundsatzdiskussionen aufhören und sich (uns) der praktischen und pragmatischen Erforschung ihrer Methoden und Erfolge und Misserfolge zuwenden.
- Dabei muss das Machbare getan werden, ohne sich von unerreichbaren forschungsmethodischen Ansprüchen abschrecken zu lassen (das Beste ist der Feind des Guten).
- Denn was ist für die Menschen gewonnen, wenn sie aus Interventions- und Behandlungskontexten verschwindet?

### Literatur

Erath, P., Eszlinger, N. & Schwarzkopf, F. (2005). Qualitätsstandards in der Sozialen Arbeit. Fachliche Autonomie, Selbstachtung und Glaubwürdigkeit sichern. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 152(5), 163-167.

Jayarathne, S. & Levy, R.L. (1979). *Empirical clinical practice*. New York: Columbia University Press.

Wendt, W. R. (2005). Dimensionen sozialer Innovation. In R. W. Wendt (Hrsg.), *Innovationen in sozialer Praxis*. Baden-Baden: Nomos. (Forschung und Entwicklung in der Sozialwirtschaft. 4.)

# Qualitative Sozialarbeitsforschung - Auf der Suche nach ‚sozialer Realität‘

Silke Birgitta Gahleitner &  
Karlheinz Ortman

*„Kreative qualitativ orientierte Forschung bedeutet Vielfalt, nicht Einseitigkeit, bedeutet Gegenstandsbezogenheit, nicht Methodenfixiertheit.“  
(Philipp Mayring, 1993, S. 100)*

## 1 Praxis schafft Wissen - Wissen(-schaft) schafft Praxis

In allen Disziplinen sind Forschung und Theoriebildung für die Weiterentwicklung der Praxis aufgerufen, Konzepte zu entwickeln. Häufig jedoch stoßen die entwickelten Konzepte auf Grenzen in der Anwendbarkeit, die als neue Fragestellungen zurück in Forschung und Theoriebildung kommuniziert werden müssen. Forschung und Praxis sind daher bei der Herausbildung praxisnaher Konzepte wechselseitig aufeinander angewiesen.

In der Sozialen Arbeit als einer komplexen und angewandten Disziplin mit dem doppelten Fokus, psychosoziale Lebensweisen und Lebenslagen mittels professioneller Methoden zu verstehen und verändern, ist es von besonderer Bedeutung, Forschung auf praktische Belange auszurichten. Dies erfordert, entsprechende Theorien zu rezipieren, sie in die Disziplin Soziale Arbeit einzuordnen und sie (selbst-)reflexiv auf die Praxis anzuwenden. Aus den (selbst-)reflexiven Praktiken Sozialer Arbeit entstehen daraufhin in einem beständigen Zyklus neue Fragestellungen für weitere Forschungsvorhaben und erneute Theoriebildung.

Sozialarbeitswissenschaft hat in Deutschland darüber hinaus durch ihre spezifische historische Entwicklung die Aufgabe, die Wechselbeziehung verschiedener Bezugswissenschaften in einer eigenen Wissenschaft der Sozialen Arbeit fruchtbar zu machen. Die vorherrschende Vielfalt der einzelnen Fächer, die noch bis vor wenigen Jahren oft unverbunden nebeneinander standen, führte zu einer „im doppelten Wortsinne disziplinlosen Ausbildung“ (Mühlum, 2004, S. 126). Studieninhalte angehender SozialarbeiterInnen bezogen sich oft nur bedingt auf die Lebenswelt der KlientInnen und stellten infolgedessen eine nur mangelnde

Vorbereitung auf den sozialarbeiterischen Alltag dar.

Klinische Sozialarbeit in ihrer Spezifikation auf eine beratende und behandelnde Profession in unterschiedlichen Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens bemüht sich um Veränderungsimpulse für den Einzelnen im Kontext seiner Umfeld- und Lebensbedingungen. Sie widmet sich dabei insbesondere der Unterstützung schwer erreichbarer KlientInnen in Multiproblemsituationen (Pauls, 2004). Aufgabe klinisch-sozialarbeiterischer Forschung ist, Fragestellungen bio-psycho-sozialer Lebenslagen, Lebensweisen und Lebenskrisen unter den jeweils gegebenen Kontextbedingungen zu bearbeiten. Es stellt sich die Frage, mittels welcher empirisch fundierter Methoden dieses Phänomen jeweils am besten ‚einzufangen ist‘. Im Folgenden werden einige diesbezügliche forschungsmethodologische Aspekte diskutiert.

## 2 Wurzeln angewandter klinischer Forschung

Am 27.5.94 hielt Klaus Holzkamp einen Vortrag mit dem Titel: ‚Hat die Psychologie noch eine Zukunft?‘. Darin vertrat er die These, dass die Psychologie als wissenschaftliche Disziplin sich mehr und mehr von ihrem eigentlichen Gegenstand, nämlich „das Wesentliche des Menschen zu erforschen“, entfernt. Als Hauptvertreter der kritischen Psychologie, die heute an den etablierten psychologischen Instituten bereits zu einer Rarität geworden ist, forderte er neue Forschungskategorien, die einerseits weniger formell und mehr gegenstandsbezogen und andererseits soziohistorisch hergeleitet werden sollten. Die etablierte Psychologie, so Holzkamp, habe nur zu Herrschaftswissen, Anpassungswissen und zur Psychologisierung gesellschaftlicher Zusammenhänge geführt.

Wenn Psychologie noch eine Zukunft haben sollte, auf gesellschaftliche Problematiken Antworten geben und die Entwicklung von Alternativen ermöglichen sollte, dann müsse sie die „ausgetretenen Sackgassen der Variablenpsychologie verlassen“. Subjekt-

wissenschaftliche Forschung, die sich bemüht, der subjektiven Realität des Menschen gerecht zu werden, dürfe nicht weiterhin am Rande renommierter Institute ihr Dasein fristen, sondern müsse ins Zentrum des Blickfeldes gerückt werden, um eine „Rückkehr zur sozialen Welt“ (Blumer, 1973, S. 116) zu ermöglichen!

*„Die Charaktermasse der Fachidioten“, formulierte Modena 1985 in der Hochblüte der gesellschaftskritischen Bewegung etwas radikaler, „denunziert ... die institutionalisierte Dummheit und Arroganz eines Systems, welches die Produktion von Wissen von der Wirklichkeit der gesellschaftlichen Verhältnisse abhebt und aus der gesellschaftlichen Bezogenheit und Verantwortung entlässt; kurzum, in den Elfenbeinturm einsperrt mit dem Ziel, das Wissen im Besitz der herrschenden Klasse zu halten“ (S. 59)*

– Gedanken, die heute nur noch vereinzelt Platz im akademischen Diskurs finden.

Diese Gedanken haben jedoch – wenn auch in einer stark gezügelten Form – Eingang in die Forschungsmethodologien gefunden und besitzen insbesondere für die Forschung in der Sozialen Arbeit große Bedeutung. Die Polarität zwischen qualitativer und quantitativer Forschung und die Dominanz quantitativer Ansätze bzw. naturwissenschaftlicher Paradigmen hat sich jedoch bis heute nicht aufgelöst (vgl. Pauls, in diesem Band). Dieses Ungleichgewicht ist umso erstaunlicher, wenn man bedenkt, dass sogar die Physik als Paradebeispiel der exakten Naturwissenschaften uns längst gelehrt hat, dass der Akt der Beobachtung selbst ein Formen, ein Verändern und ein Eindringen in das beobachtete Phänomen ist, was bedeutet, dass der Beobachter die beobachtete Realität mitkonstruiert.

Für die Sozialwissenschaften, zumal im klinischen Bereich, hat diese Tatsache eminente Bedeutung. George Devereux (1992) hat an vielen Beispielen die Psychodynamik der Abwehr durch die scheinbar objektivierenden Methoden aufgezeigt. Für ihn sind die von den Naturwissenschaften abgeleiteten positivistischen Methoden der Beobachtung und des Experiments nur



eine Variante der Angstabwehr, die auf verschiedene methodische Art und Weise ein generelles Problem der Forschenden gegenüber ihrem Forschungsobjekt betrifft. Devereux fordert von den Forschenden daher eine reflexive Distanz:

*„Eine reflexive Distanz, im Unterschied zur bloß abwehrenden, bedeutet allerdings auch die Fähigkeit, ... Distanz aufgeben zu können, je nachdem, was in der Situation angemessen ist, d.h. zum besseren Verständnis des Geschehens beiträgt“ (Volmerg, 1988, S. 136).*

Es ist daher das Anliegen qualitativer Ansätze in der Sozialforschung, nicht abstrahierend zu objektivieren, sondern sich auf die Interaktion mit dem Beforschten – „the actor's point of view“ (Witzel, 1982, S. 38) – einzulassen, um die spezifischen Erlebens- und Wahrnehmungsweisen von sozialer Realität zu erfassen. So kann neben notwendiger ‚objektivierender Forschung‘ auch der realen Lebenswelt der Betroffenen eine angemessene Bedeutung zukommen. Entlang der Lebensweltorientierung Sozialer Arbeit und der ihr immanenten machtkritischen Position hat dies insbesondere für Forschung in diesem Bereich große Bedeutung.

### 3 Charakteristika und Ziele qualitativer Ansätze

#### Subjektorientierung

„Gegenstand humanwissenschaftlicher Forschung sind immer Menschen, Subjekte. Die von der Forschungsfrage betroffenen Subjekte müssen Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchungen sein“ (Mayring, 1993, S. 9). Qualitative Forschungslogik und -praxis ist stark von der Forderung nach stärkerer Subjektbezogenheit der Forschung geleitet. Betont wird die Deskription und der Interpretation von Forschungsobjekten, nicht etwa Forschungsobjekten und die Forderung, die Subjekte auch in ihrer natürlichen, alltäglichen Umgebung statt im Labor unter experimentellen Bedingungen zu untersuchen

Insbesondere Klinische Sozialarbeit umfasst einen komplexen Gegenstandsbereich personen-, umfeld- und umgebungsbezogener Parameter sowohl in der Einzelfall- als auch der Gruppenarbeit und der Gemeinwesenarbeit. Die Situationsbezogenheit, bestehend aus Erleben, Lebenslage und

Lebensweise, wie auch der ganzheitliche, ökosystemische Anspruch stellt eine andauernde Herausforderung an Praxis wie Forschung dar: ein ständiges Aufrechterhalten des doppelten Fokus (vgl. Geißler-Piltz, 2005) und damit ein andauerndes Abwägen von Komplexität und Reduktion.

Neben den Möglichkeiten der quantitativen Sozialforschung mit ihrem Fokus der verallgemeinerbaren Ergebnisse zu Lebensbedingungen und Lebensumfeldparametern und ihren Fähigkeiten der Reduktion (vgl. Pauls, in diesem Band) bietet die qualitative Sozialforschung den Zugang zur Realität über subjektive Deutungen, also die ‚andere‘, komplexe Seite des doppelten Fokus, insbesondere das subjektive Erleben und reaktive Verhalten von Menschen in bestimmten Lebensumfeldern und Systemen.

*„Es gibt ... auch das Leiden an Zuständen, das nicht nur toter Begriff bleibt, sich verobjektiviert zum interessanten Forschungsgegenstand, ... sondern auch fühlbar bleibt, gespürt wird in seinen Variationen und Ausdrucksmöglichkeiten. Eine Banalität ist, daß irgendwo in diesem Spektrum von „Bewältigung“ gesellschaftlich produziertes Leiden und Schmerz jeder seinen Platz hat. Keine Banalität und nicht selbstverständlich ist, sich und sein Leid, die Zerrissenheit des Lebenszusammenhangs darzustellen, zu diskutieren, kritisch zu hinterfragen, immer mit Hinblick auf Veränderung“ (Ilse Wildling, 1990, S. 80).*

#### Gegenstands- bzw. Praxisorientierung

Um die Bearbeitung von sozialen Problemlagen in Hilfeprozessen zu optimieren, muss die Empirie sich primär um die Erforschung von Hilfepraxis ranken – mit dem Ziel, die jeweils bestmögliche Hilfepraxis zu entwickeln. Ein Blick in die einschlägige Sozialarbeitsliteratur lässt uns schwer erkennen, dass es an empirischen Beiträgen einer solchen ‚Praxisforschung‘ maßgeblich mangelt. Wir erfahren und wissen noch zu wenig darüber, welche Hilfeangebote wie wirken und warum Sozialarbeit mal mehr und mal weniger erfolgreich ist.

Sozialarbeiterische Hilfepraxis ist auch tatsächlich schwer zu (er-)fassen. Sie hat – unter Forschungsgesichtspunkten betrachtet – ein paar sehr unangenehme Eigenschaften:

1. Hilfepraxis ist komplex: einzufangen sind die Beteiligten, deren Biographien, deren Lebenslagen, Le-

bensstile, Wünsche, Werte, Absichten, Gefühle, Wirklichkeiten;

2. Hilfepraxis ist unsicher: was heute besprochen wird, gilt vielleicht morgen schon nicht mehr;
3. Hilfepraxis ist einzigartig: was in einem Fall funktioniert, muss noch lange nicht in einem anderen Fall funktionieren; und:
4. Hilfepraxis ist immer schon vorbei. Sie wird nie wieder so sein. Allenfalls ähnlich.

Wie also in diesem ‚Wirrwarr‘ ‚geordnet forschen‘ und den Gütekriterien sozialwissenschaftlicher Forschung gerecht werden? Wie will man zu verwertbaren Ergebnissen kommen? Dazu braucht es offene, interaktive und reflexive Forschungskonzepte, die dem oben skizzierten Charakter von Hilfepraxis Rechnung tragen können. Qualitative Forschungskonzepte ermöglichen den Blick darauf, dass

- Vorgänge einmalig sind,
- Forschung als ein Verständigungsprozess zwischen den jeweils beteiligten Akteuren zu entwerfen ist und
- Forschung den Beteiligten erlauben muss, ihre Relevanzkriterien und Wirklichkeitsentwürfe entfalten zu können.

Je offener (je multiperspektivischer und multidimensionaler) die Forschungsdesigns und je prozessorientierter das Vorgehen, desto unverfälschter kommt das ‚Wirrwarr Praxis‘ in den Blick und desto besser kann erfasst werden, was im Hilfeprozess passiert. Mit einer solchen Sozialarbeitsforschung könnte es gelingen, die in Hilfepraxen permanent erzeugten Praxiserfahrungen aufzunehmen und zu analysieren, um diese reflektiert als Praxeologien (als Lehre vom Handeln) zurückzugeben (Ortmann & Schaub 2004). Da ‚Hilfepraxis‘ eine bisher weitgehend unberührte Forschungslandschaft darstellt, lassen sich auf diese Weise möglicherweise bisher weitere, noch nicht zur Kenntnis genommene Verstehens- und Handlungskonzepte generieren und weiter entwickeln.

#### Prozessorientierung

Eine stark prozessorientierte Arbeitsweise ist eine der wesentlichen Errungenschaften der qualitativen Sozialforschung. Der/die ForscherIn hat die Aufgabe, Stück für Stück innerhalb eines groben thematischen Rahmens ihre Sinnkriterien und Einschätzungen

des Problemzusammenhangs herauszufinden. Dazu gehören neben der kritischen Verarbeitung einschlägiger Theorien und empirischer Untersuchungen zu dem Themenbereich sowie Erkundungen im Untersuchungsfeld z.B. auch die Einbeziehung der Erfahrungen von ExpertInnen oder die Validierung an der Praxis. Theoretisches Vorwissen kann zwar als formulierte Vorannahme deduktiv in den Forschungsprozess eingehen, aber nicht als feststehende Hypothese. Dies würde den Forschungsprozess enger machen. Dieser ist stets für Revisionen offen zu halten.

Die Prozessoffenheit hat auch Auswirkungen auf die Art der Auswahl der UntersuchungsteilnehmerInnen. In der qualitativen Sozialforschung wird dieser Prozess daher im Gegensatz zur statistischen Stichprobe als Sampling bezeichnet und folgt anderen Gesetzen. Unter theoretischem Sampling wird verstanden, dass die Auswahl der UntersuchungsteilnehmerInnen im Gegensatz zur statistischen Stichprobe von theoretischen Überlegungen geleitet ist. Dabei wird entlang der bisher erzielten Ergebnisse eine schrittweise Auswahl der ForschungsteilnehmerInnen bis zur theoretischen Sättigung vorgenommen. Die theoretische Sättigung ist erzielt, wenn weitere UntersuchungsteilnehmerInnen den bisherigen Ergebnissen keine wesentlichen weiteren Erkenntnisse mehr zuführen würden (Glaser & Strauss, 1967/1998).

Der Forschungsprozess wird dabei von der Erhebung der Daten bis zu ihrer Analyse als eine Suchbewegung verstanden. Dabei unterscheidet man induktive und deduktive Schritte. Deduktion bedeutet hierbei den Schluss vom Allgemeinen auf das Einzelne oder das weniger Allgemeine. Deduktives Vorgehen in der qualitativen Forschung nutzt bisherige durch Literaturstudium oder vorherige Forschungsergebnisse gewonnene Ergebnisse als Suchstruktur bzw. Kategorien für weitere Belege im eigenen empirischen Material. Beim induktiven Vorgehen dagegen werden aus dem Interviewtext Schritt für Schritt neue Kategorien entdeckt, entwickelt und hinzugekommen bzw. erst im weiteren Textverlauf erschlossen. Dieses Vorgehen wird im Gegensatz zur top-down-Technik der Deduktion als bottom-up-Technik bezeichnet, da es aus dem Interviewtext nach dem theoriegenerierenden Verfahren der Grounded Theory von Glaser und Strauss (1967/1998)

Informationen erschließt und erst im zweiten Schritt mit der von Strauss und Corbin (1990/1996) geforderten ‚theoretischen Sensibilität‘ mit bisheriger Literatur in Beziehung setzt.

Dieses Offenhalten des Vorwissens gegenüber dem „eigensinnigen Charakter der empirischen Welt“ (Blumer 1973, S.108), sich also ihr gegenüber in seinen theoretischen bzw. begrifflichen Bestimmungen kontrollieren und kritisieren zu lassen, konstituiert neues aber fundierteres Wissen, das im weiteren empirischen Prozess wiederum als Vorwissen zu gelten hat, bis man den Gegenstand adäquat erfasst zu haben glaubt. Dieser Wechselwirkungsprozess dokumentiert den reflexiven Charakter der Wissensermittlung bzw. Theoriebildung qualitativer Sozialforschung.

### Gütekriterien

Ob eine Forschungsmethodik sich für eine spezifische Forschungsfrage eignet oder geeignet hat, kann man am besten mit einem Rückgriff auf Gütekriterien beurteilen. Auch qualitatives Forschen darf trotz seiner Prozesshaftigkeit nicht verschwommen sein; die Vorgehensweisen müssen offengelegt und systematisiert werden. Dennoch müssen Gütekriterien in der qualitativen Forschungstradition ebenso gegenstandsspezifisch gehandhabt werden wie die Auswahl der Untersuchungsverfahren.

Nach Mayring (1993) gelten folgende Kriterien als konstitutiv für qualitative Forschung:

- Offenlegung des Vorverständnisses;
- ganzheitliche Gegenstandsauffassung, Untersuchung des Gegenstandes in seinem soziohistorischen Kontext sowie Anknüpfen an konkreten praktischen Problemstellungen;
- methodisch kontrolliertes, d.h. die Verfahrensschritte explizierendes und regelgeleitetes Vorgehen
- Offenhalten des Forschungsprozesses für Ergänzungen und Revisionen;
- Betrachtung des Forschungsprozesses als Interaktion;
- Zulassen introspektiven Materials zur Analyse;
- argumentative Begründung bei der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse wird und basiert auch auf induktiven Verfahren;

Neben den grundlegenden Anforderungen – wie: das Vorverständnis offen zu legen, den Forschungsprozess zu dokumentieren, für Ergänzungen und Revisionen offen zu halten und ihn als subjektorientierte Interaktion zu betrachten – gilt dabei insbesondere der argumentativen Interpretationsabsicherung besondere Aufmerksamkeit.

Die dem Forschungsgeschehen immanente Interpretationsmacht schließt bei allem Bemühen Fehldeutungen nicht aus. Eine Möglichkeit, dem entgegen zu wirken, ist die kommunikative Validierung der Daten (Köckes-Stangl 1980). Diese ‚nochmalige Kontrolle der Datenanalyse‘ durch die Forschungssubjekte kann jedoch auch zu Schwierigkeiten führen, da die subjektiven Interessen der Beforschten sich mit dem Forschungsinteresse keineswegs immer decken. Zur Interpretationsabsicherung in der Auswertung wird daher neben der kommunikativen Validierung der kritische Nachvollzug in einer Forschungsgruppe als hilfreich diskutiert, ebenso wie eine ständige Validierung im Austausch mit der Praxis, um den Auswertungsvorgang auf diese Weise mehrfach von anderen nachvollziehen zu lassen.

Dennoch: Bei allen Bemühungen um Korrektheit und Einfühlung – die Frage, ob es gelingt, dem Forschungsgegenstand wirklich gerecht zu werden, der „Schluss vom Material auf soziale Realität“ (Mayring, 1985, S. 188), bleibt offen. Wir haben es immer mit einer Wirklichkeit zu tun, die als solche nicht faktisch erkannt werden kann, sondern interpretiert wird (Strauss & Corbin, 1990/1996). So bleibt Forschung insbesondere im klinischen Bereich bis in die letzten Schritte der Auswertung ein ständiger Balanceakt zwischen unserer Deutung und der Wahrnehmungswelt der InterviewpartnerInnen, die ernst genommen und immer wieder neu abgewogen werden muss (vgl. dazu insbesondere Bar-On 1996).

Dies verweist auch auf ethische Kriterien im Forschungsbereich. Bereits in der Herangehensweise an ein geplantes Forschungsprojekt fließen ethische Grundhaltungen ein und moderieren die Ausgangssituation. Forschungsethische Überlegungen prägen die Themenfindung, die Fragestellung sowie das Forschungsdesign und begleiten damit den gesamten Verlauf eines Forschungsprozesses. Aus Kapazitätsgründen kann an dieser Stelle darauf nicht näher eingegangen werden (vgl.

dazu ausführlich Gahleitner & Kieglmann, 2005; Gahleitner, 2005).

#### 4 Beispiel

Als Beispiel soll hier eine Untersuchung zur geschlechtsspezifischen Verarbeitung sexueller Gewalt dienen (Gahleitner, 2003, 2005). Die Fragestellung lautete, wie Frauen und Männer frühe sexuelle Gewalterfahrungen bewältigen, welche Faktoren eine positive Verarbeitung begünstigen, inwiefern geschlechtsspezifische Aspekte dabei eine Rolle spielen und wie entsprechende Erkenntnisse in die Beratungspraxis einfließen könnten. Bisherige Ergebnisse aus dem zumeist quantitativen Forschungsbereich zeigen diesbezüglich eine sehr uneinheitliches Bild. Während manche Ergebnisse zahlreiche Unterschiede in der Verarbeitung von Frauen und Männern postulieren, referieren andere fast ausschließlich Gemeinsamkeiten und rekurren dafür auf die an vielen Stellen festgestellte Universalität traumatischer Erfahrungen. Die vorliegende Untersuchung wählte daher eine explorative qualitative Herangehensweise mit Hilfe biographisch orientierter Interviews mit Betroffenen sexueller Gewalt.

In der inhaltsanalytischen, jedoch sehr induktiv orientierten Auswertung wurde deutlich, wie stark Verhaltens- und Wahrnehmungsunterschiede zwischen Männern und Frauen auf geschlechtsspezifische Attributionen zurückzuführen sind, die wiederum auf gesellschaftlichen Zuschreibungen basieren. Diese Zuschreibungen setzen der Auswahl von Copingstrategien Grenzen. Das kulturelle System der Zweigeschlechtlichkeit nimmt hier eine Segregation vor, der zufolge beide Geschlechter gleichermaßen ‚auf die VerliererInnenseite geraten‘, indem die Copingprozesse zwar ähnlich, jedoch ‚zeitlich versetzt‘ ablaufen. Für eine erfolgreiche Verarbeitung sind daher für Männer insbesondere die Entdeckung und der Ausdruck von Gefühlsqualitäten zentral, für Frauen hingegen kognitive Strukturierungen der überwältigenden Gefühle und die Entwicklung konstruktiver Aggression. Dieser ‚Griff‘ zur gegengeschlechtlich konnotierten Verarbeitungsstrategie findet zudem an verschiedenen Stellen des Copingprozesses statt und konstituiert damit Unterschiede innerhalb eines eigentlich ähnlich ablaufenden Prozesses.

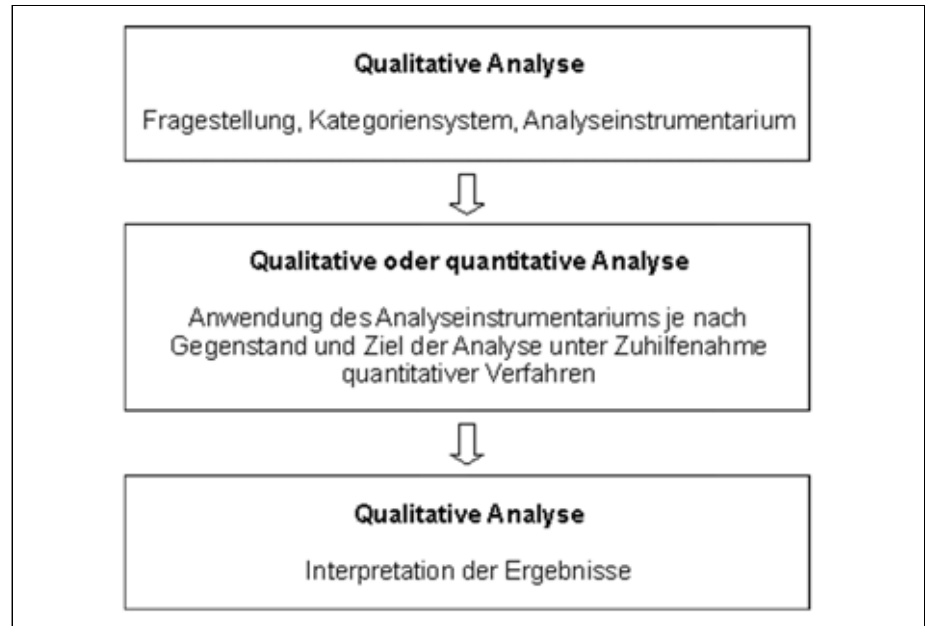


Abbildung 1: Phasenmodell zum Verhältnis qualitativer und quantitativer Analyse (Mayring, 1985, S. 191)

Methodisch kristallisierte sich dieser Aspekt durch das prozessorientierte, geschlechtssensible und induktive Vorgehen heraus. Die Orientierung an subjektiven Wahrnehmungen und Interpretationen der ForschungsteilnehmerInnen und ihren Relevanzsystemen (Bohnsack, 1999), die biographische Kontextualisierung und der sensible Umgang mit den Daten (vgl. Strauss & Corbin, 1990/1996, S. 25) bieten hier Möglichkeiten, die eine quantitative Herangehensweise mit standardisierten Messinstrumenten vermutlich nicht eröffnet hätte. Das Widerspruchspotential im quantitativen Forschungsbereich resultierte vermutlich aus der ‚Zeitverschiebung‘ der Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Copingprozess und führte so in der jeweiligen Momentaufnahme zu Missverständnissen. Die Ergebnisse aus der qualitativen Studie hingegen vermittelten sehr konkret neue Aspekte sowohl für die Entwicklung geschlechtsspezifischer Konzepte in der Psychotherapie und Beratung als auch für weitere Forschung im Traumabereich.

#### 5 Ausblick: qualitativ / quantitativ – Widerspruch oder Einheit?

Wie bereits von Pauls (in diesem Band) ausgeführt, könnte man den Gegensatz zwischen den beiden vorgestellten Forschungsparadigmen schlagwortartig in den Adjektiven – determiniert, momenthaft und situationsübergrei-

fend für die quantitativen Methoden versus interpretativ, prozesshaft und situationsbezogen für die qualitativen – zusammenfassen. Im Grunde jedoch ist diese Dichotomisierung ‚qualitativ-quantitativ‘ ein Scheingegensatz. Qualitatives und quantitatives Denken sind in jedem Forschungs- und Erkenntnisprozess enthalten.

Eigentlich ist qualitatives Vorgehen eine unabdingbare Voraussetzung für jedes wissenschaftliche Vorgehen. Sie schafft den Begriffsapparat, das Kategoriensystem, das Analyseinstrumentarium. Danach kann eine quantitative Analyse folgen, muss jedoch nicht. In jedem Falle aber steht zum Schluss wieder ein qualitativer Analyseschritt, nämlich die Interpretation der Analyseergebnisse (siehe Phasenmodell, Abbildung 1).

Beispielsweise macht bereits die Bezeichnung ‚Antwortkategorien‘ deutlich, dass durch stärkere Standardisierung von Fragebögen der Anteil der Inhaltsanalyse im Forschungsprozess nur vorweggenommen wird. Die/der ForscherIn antizipiert dabei mögliche Äußerungen der Befragten (besser gesagt: versucht es!) und gibt den Befragten ein inhaltsanalytisches Schema dieser antizipierten Äußerungen vor. „Insofern ist die steigende Bevorzugung von standardisierten Interviews und Fragebögen also nicht etwa ein Schritt zu größerer Wissenschaftlichkeit, sondern vielmehr – durch die Ersetzung einer expliziten durch eine vorweggenommene implizite Inhalts-

analyse – ein Abstrich an Objektivität und Überprüfbarkeit zugunsten eines geringeren Arbeitsaufwandes und des Einsatzes vorhandener Computerprogramme im Rahmen herkömmlicher Datenverarbeitung“ (Kriz, 1978, S. 31). So erweist sich die Kontroverse „qualitative versus quantitative Inhaltsanalyse ... weitgehend als Scheinproblem, der Streit darüber als irrelevant“ (ebd., S. 49).

Dennoch ist die jeweilige Anwendung geeigneter Forschungsstrategien für bestimmte Forschungsfelder nicht irrelevant. Es gibt Bereiche, für die sich quantitatives Vorgehen, und andere, für die sich qualitatives Vorgehen eignet. Wir erleben bei SozialarbeiterInnen vielfach eine große Skepsis – wenn nicht gar Ablehnung – gegenüber Forschung. Manche KollegInnen scheinen geradezu forschungsresistent zu sein. Forschung wird – ähnlich wie Theorie – nicht als relevant und hilfreich empfunden. Möglicherweise hat dies damit zu tun, dass SozialarbeiterInnen den sozialarbeiterischen Praxisalltag allzu oft nicht in den Forschungsergebnissen und Theorien erkennen und wiederfinden, Forschung nicht als „versuchte Rekonstruktion eines ... sozialen Prozesses“ (Lisch & Kriz, 1978, S. 11) wahrnehmen können. Dies könnte sich ändern, wenn Forschung die Wirklichkeit des Praxisalltags von SozialarbeiterInnen in den Blick nehmen würde. Dies kann – so unsere These – qualitative Forschung besonders gut leisten, ohne dass wir dabei auf evidenzbasierte Forschung verzichten zu müssten. Dafür ist allerdings – insbesondere im klinisch-sozialarbeiterischen Bereich – noch eine Menge zu tun.

„Eine Lanze zu brechen für qualitative Denken in der wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung, ohne dabei den Weg zu sinnvollen Quantifizierungen zu verbauen, aber auch ohne in Beliebigkeit, Verwaschenheit, Unkontrollierbarkeit zu verfallen, das ist das zugegebene hochgesteckte Ziel...“ (Mayring, 1993, S. 1)

## Literatur

Bar-On, D. (1996). Ethical issues in biographical interviews and analysis. In R. Josselson (Ed.), *Ethics and process in the narrative study of lives* (pp. 9-21). Thousand Oaks, CA: Sage.

Blumer, H. (1973). Der methodische Standpunkt interaktionistischen Interaktionismus. In Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*. Bd 1: Symbolischer Interaktionismus und Ethno-

methodologie (S. 80-188), Reinbek: Rowohlt.

Bohnsack, R. (1999). *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in die Methodologie und Praxis qualitativer Forschung* (3. überarb. Aufl.). Opladen: Leske + Budrich.

Devereux, G. (1992). *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften* (3.Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp. (Original 1967: From anxiety to method in the behavioural sciences.)

Gahleitner, S. B. (2003). *Sexuelle Gewalterfahrung und ihre Bewältigung bei Frauen und Männern. Eine explorative Untersuchung aus salutogenetischer Perspektive*. Dissertation an der Freien Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie.

Gahleitner, S. B.. (2005). *Sexuelle Gewalt und Geschlecht. Hilfen zur Traumabewältigung bei Frauen und Männern*. Gießen: Psychosozial. (Forschung Psychosozial.)

Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhardt.

Gahleitner, S. B. & Kiegelmann, M. (2005). Ethische Fragen in der qualitativen Entwicklungspsychologie. In Mey, Günter (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Entwicklungspsychologie* (S. ??-??), Kölner Studien Verlag, Köln.

Geißler-Piltz, B. (2005). Die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit – eine Historie mit vielen Brüchen. *psychosozial*, Nr. 101, 28 (3), 17-29.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung* (A. T. Paul, S. Kaufmann, Übers.). Bern: Hans Huber. (Original 1967: The discovery of grounded theory – strategies for qualitative research.)

Holzkamp, K. (1994). *Hat die Psychologie noch eine Zukunft?* Vortrag am 27.5.1994 an der Urania in Berlin.

Köckeis-Stangl, E. (1980). Methoden der Sozialisationsforschung. In K. Hurrelmann & D. Ulich (Hrsg.), *Handbuch der Sozialisationsforschung* (S. 321-370), Weinheim: Beltz.

Kriz, Jürgen (1978). Methodologische Grundlagen der Inhaltsanalyse. In Lisch, Ralf & Kriz, Jürgen, *Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse* (S. 29-55), Reinbek: Rowohlt. (rororo-studium. 117.)

Lisch, Ralf & Kriz, Jürgen (1978). *Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse*, Reinbek: Rowohlt. (rororo-studium. 117.)

Mayring, P. (1985). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 187-211). Weinheim: Beltz.

Mayring, P. (1993). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (2. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Modena, Emilio (1985). Projekt Arbeiterbewusstsein der Stiftung für Psychotherapie und Psychoanalyse. Vorläufige Bemerkungen zu einem Versuch alternativer wissenschaftlicher Arbeit. *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 36, 59-81.

Mühlum, A. (2004). Zur Notwendigkeit und Programmatik einer Sozialarbeitswissenschaft. In A. Mühlum (Hrsg.), *Sozialarbeitswissenschaft. Wissenschaft der Sozialen Arbeit* (S. 121-156), Freiburg i. B.: Lambertus.

Ortmann, K. & Schaub, H.-A. (2004). Die Bedeutung des Zusammenwirkens von Praxis, Theorie und Forschung für eine praxeologisch begründete klinische Sozialarbeit. *neue praxis*, 34(6), S. 598-607

Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim/München: Juventa.

Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz. (Original 1990: Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques.)

Volmerg, B. (1988). Erkenntnistheoretische Grundsätze interpretativer Sozialforschung in der Perspektive eines psychoanalytisch reflektierten Selbst- und Fremdverstehens. In T. Leithäuser & B. Volmerg. *Psychoanalyse in der Sozialforschung* (S. 131-179). Opladen: Leske & Budrich.

Wildling, I. (1990). *Obdachlosigkeit und weibliche Identität. Eine qualitative Analyse der Biographien von Frauen 'ohne festen Wohnsitz'*. Dissertation. Universität Salzburg.

Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*. Frankfurt am Main: Campus. (Campus Forschung. 322.)

# Standardisierte Diagnostik in der Sozialen Arbeit – Das Person-In-Environment System (PIE)

Gernot Hahn

## Einleitung

Eine verlässliche, d.h. umfassende und fachlich fundierte Einschätzung der Situation von KlientInnen steht am Anfang sozialer Hilfsprozesse. Diese Einschätzung (Assessment) bedarf einer strukturierten und operationalisierten Form, um die Komplexität sozialer Prozesse erfassen und darstellen zu können. In der Diskussion um Bedeutung und Stellenwert diagnostischer Verfahren (vgl. Heiner, 2004; Pantucek, 2005 und 2006) wurde wiederholt auf das bereits 1994 erschienene „Person-In-Environment System“ (Karls & Wandrei, 1994a) hingewiesen, dessen Systematik eine Klassifikation sozialer Situationen erlaubt und durch eine einheitliche Sprache für die gesamte Sozialarbeit die Chance, eine im Einzelfall besser Daten gestützte und damit bessere wissenschaftliche Fundierung der Hilfeplanung erlaubt. Daneben ermöglicht das PIE die Anschlussfähigkeit sozialer Diagnosen an die Klassifikationssysteme anderer im sozialen Feld tätiger Berufsgruppen (etwa an das ICD-10). Durch die Möglichkeit einer Berufsfeld übergreifenden Anwendung des PIE ergibt sich die Chance, das Datenmaterial für sozialräumliche Planung und Praxisforschung zu verwenden.

In der Diskussion um soziale Diagnostik wird betont, dass standardisierte Diagnoseverfahren wesentliche Elemente sozialarbeiterischer Fallkonstruktion in Frage stellen würden. Insbesondere das Prinzip einer dialogischen und Prozessorientierung würde durch standardisierte Diagnostik beeinträchtigt. Dem ist entgegen zu halten, dass der „sozialpädagogische Blick“, insbesondere in Form einer intuitiven Diagnostik alleine nicht ausreicht, um die von KlientInnen und Leistungsträgern (etwa Sozialhilfeträger, Jugendämter) geforderte Beschreibung leistungserheblicher Sachverhalte zu dokumentieren. Tatsächlich wurden in den Bereichen Sozialer Arbeit, in denen die ökonomischen Rahmenbedingungen bekanntermaßen ungünstig sind (arbeitsfeldspezifische) Diagnoseverfahren entwickelt (etwa im

Bereich der Jugendhilfe: Heiner, 2004, S. 86). Ein standardisiertes, einheitliches Diagnose- und Klassifikationsverfahren bietet hier einen Beitrag zur Überwindung der Legitimationskrise der gesamten Sozialarbeit, da neben der Dokumentation von Einzelfällen vergleichende Evaluationsstudien durchgeführt werden können, welche z.B. die Effektivität fachlicher Interventionsformen erheben können.

Die Wahrnehmung sozialer Probleme können zu Beginn und im Verlauf von Hilfeprozessen von KlientIn und Fachkräften unterschiedlich wahrgenommen und eingeschätzt werden. Dort wo eine gemeinsame Einschätzung nicht verhandelt (ausgehandelt) werden kann, benötigt die Sozialarbeit einen verlässlichen Nachweis der Gründe für eine kontroverse Beurteilung. Die Nutzung eines standardisierten Klassifikationssystems bietet dafür eine hervorragende Grundlage, wodurch auch dem Transparenzgebot Rechnung getragen wird.

## 1 Das PIE-System

Für die Erfassung und Einschätzung sozialer Probleme haben Karls und Wandrei (1994a) das Person-In-Environment System (PIE) entwickelt. Es erfasst die sozialen Funktionen einer Person, d.h. deren Funktionieren (Ressourcen) und Auffälligkeiten (Defizite). Weiter werden Probleme und Defizite im sozialen Versorgungssystem von Gemeinwesen erfasst. Das PIE-System bezieht daneben psychiatrische und körperliche Erkrankungen (als ICD-10-Diagnosen) mit ein.

Anlass für die Entwicklung des PIE-Systems war die Einschätzung der National Association of Social Workers (NASW), welche das Fehlen eines Klassifikationssystems für die systematische Erfassung und Codierung von psycho-sozialen Problemen „diagnostizierte“:

*„Without some way of classifying problems ..., social workers must rely on descriptive statements that may or may not convey essential components and that may vary in format, focus, and language from worker to worker and from agency to agency. This need for common descriptors is not unique*

*to social work. Psychiatry has struggled for more than a century to find a way to classify mental illness. Its Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 Ed. (DSM-IV) is the fourth attempt to classify mental and emotional disorders since the original DSM was published in 1952. Because mental health providers ... have accepted DSM so widely, many social workers also use it and it is now their most frequently consulted reference book. DSM-IV does not, however, address Richmond's (Social Diagnosis – GH) and social work's need to integrate and understand the interrelationship of the person and his or her situation or environment“.* (Karls & Wandrei, 1994a, S. XIII).

Die NASW hatte mit dieser Feststellung den Verzicht einer eigenständigen sozialen Diagnostik zugunsten medizinisch-psychiatrischer Diagnostik als Problem identifiziert, wodurch zum einen die fachlichen Notwendigkeiten Sozialer Arbeit zu kurz kommen, zum anderen eine Fokussierung und Anpassung an naturwissenschaftliche Klassifikationsweisen erfolgt, was mittelfristig zu einem Profilierungsproblem der Handlungswissenschaft Soziale Arbeit führt.

Auf Grundlage dieser Problembeschreibung, entwickelten Karls und Wandrei (1994a) im Auftrag der NASW ein Diagnosemanual, mit dem soziale Probleme und Interventionen verlässlich erfasst werden können. Dadurch erfolgte allerdings keine ausgesprochene Defizitorientierung, da neben der Erfassung von Problemen auch Coping-Mechanismen und Ressourcen erfasst werden. Daneben erfolgt die systematische Erfassung der Strukturmerkmale im Gemeindeumfeld eines/r KlientIn, etwa die Ausstattung und Erreichbarkeit von Beratungsstellen, deren Öffnungszeiten und Ausschlusskriterien.

Das PIE orientiert sich grundsätzlich an einer ganzheitlichen Wahrnehmung von Individuen in ihrer Lebenswelt, in einer konkreten Lebenssituation. Durch die Strukturmerkmale eines Klassifikationssystems sollte die Anschlussfähigkeit an medizinische und psychiatrische Klassifikationssysteme erreicht werden. Grundsätzlich erfolgt die Defi-

tion von Problemen „wie sie beobachtbar“ sind und nicht als „Problem einer Person“. Dafür werden in Faktor I die sozialen Rollen eines/r KlientIn fokussiert, wodurch eine relationale Sichtweise erfolgt: die Verortung einer Problemlage geschieht nicht in der Person, sondern auf der Verhaltensebene, dem „Ort des Sozialen“, also der Ebene der Kommunikation, der Rollengestaltung zwischen den Akteuren, was grundsätzlich eine offene, nicht-wertende Ursachenbenennung von Problemen ermöglicht. Im Sinn eines bio-psycho-sozialen Fallverstehens können die Problemursachen in der Person, der sozialen Struktur und in sozialen Prozessen angesiedelt sein. Genau diese Ebenen werden als Mehrebenen diagnostik durch das PIE erfasst.

Das System enthält vier Achsen (Faktoren), denen eine Klassifikation zugeordnet werden kann:

- Faktor I: Probleme in sozialen Rollen
- Faktor II: Probleme in der Umwelt
- Faktor III: Psychische Gesundheit
- Faktor IV: Physische Gesundheit

Als diagnostische Leistung werden Probleme in sozialen Rollen und in der Umwelt diagnostiziert und klassifiziert, wobei die Klassifikation in Faktor II nur dann erfolgt, wenn sie Probleme in Faktor I tangiert. Faktor III und IV entsprechen den Diagnosen nach ICD-10 bzw. DSM-IV.

**Faktor I**

Diese Achse betrifft Problemaspekte, die bei der Bewältigung sozialer Rollen, also in der Interaktion zwischen Individuen und Umwelt entstehen können. Die Autoren unterscheiden dabei vier Gruppen: Familienrollen, andere interpersonelle Rollen, Arbeitsrollen und Rollen in spezifischen Lebenssituationen. Grundsätzlich können neun Hauptgruppen sozialer Interaktionsprobleme diagnostiziert werden:

- Macht
- Ambivalenz
- Verantwortung
- Abhängigkeit
- Verlust
- Isolation
- Viktimisierung
- gemischte Formen
- andere Formen

Neben Rollenebenen und bestehenden Interaktionsproblemen wird die Intensi-

Faktor I: 1. – 4. Probleme in Rollen						
Name KlientIn						
Gesprächsdatum						
SozialarbeiterIn						
1. Familienrollen	Code	Typus	Intensität	Dauer	Coping	erforderliche Intervention
<input type="checkbox"/> Vater/Mutter	11					
<input type="checkbox"/> Partnern/in	12					
<input type="checkbox"/> Kind	13					
<input type="checkbox"/> Bruder/Schwester	14					
<input type="checkbox"/> anderes Familienmitglied	15					
2. Andere interpersonale Rollen	Code	Typus	Intensität	Dauer	Coping	erforderliche Intervention
<input type="checkbox"/> LiebhaberIn	21					
<input type="checkbox"/> FreundIn	22					
<input type="checkbox"/> NachbarIn	23					
<input type="checkbox"/> Mitglied	24					
<input type="checkbox"/> andere:....	25					
3. Arbeitsrollen	Code	Typus	Intensität	Dauer	Coping	erforderliche Intervention
<input type="checkbox"/> Arbeit – bezahlt	31					
<input type="checkbox"/> Hausarbeit	32					
<input type="checkbox"/> FreiwilligeR	33					
<input type="checkbox"/> StudentIn	34					
<input type="checkbox"/> andere:....	35					

<p><u>Typen von sozialen Interaktionsproblemen</u></p> <p>10 Macht 20 Ambivalenz 30 Verantwortung 40 Abhängigkeit 50 Verlust 60 Isolation 70 Viktimisierung 80 gemischt 90 andere: ....</p>	<p><u>Intensitäts-Index</u></p> <p>1 kein Problem 2 gering 3 mäßig 4 hoch 5 sehr hoch 6 katastrophal</p>	<p><u>Dauer-Index</u></p> <p>1 mehr als fünf Jahre 2 ein bis fünf Jahre 3 6 bis 12 Monate 4 ein bis sechs Monate 5 zwei bis vier Wochen 6 weniger als zwei Wochen</p>
	<p><u>Coping-Index</u></p> <p>1 hervorragend 2 überdurchschnittlich 3 adäquat 4 teilweise inadäquat 5 inadäquat 6 keine Coping-Fähigkeiten</p>	

Abbildung 1: PIE - Classification-System, Faktor I

tät der Probleme (kein Problem – sehr hoch/katastrophal) sowie die zeitliche Dauer des Problems (also ob akut oder chronisch) erfasst, dann in einem eigenen Diagnosebereich die bislang beobachtbaren Coping-Mechanismen („hervorragend“, „adäquat“, „inadäquat“...) (siehe Abbildung 1).

**Faktor II**

Struktur- und Versorgungsprobleme in der Umwelt des/r KlientIn stehen hierbei im Mittelpunkt. Diese können in den Bereichen ökonomische und Grundversorgungssysteme, (Aus-) Bildungssystem, Rechtssystem, Gesundheits-, Sicherheits-, Sozialsystem, Selbst-

organisation und im Bereich System emotionaler Unterstützung angesiedelt sein. Erfasst werden jeweils die einzelnen Problemaspekte (z.B. fehlende Unterkunft), deren Intensität und Dauer. Ein zusätzlicher Schritt ermittelt notwendige Interventionsformen. Auffallend ist die Klassifizierung diskriminierender Aspekte in den unterschiedlichen Umweltsystemen: es geht darum festzustellen, ob ein/e KlientIn wegen des Alters, der ethnischen Zugehörigkeit, Religionszugehörigkeit, Geschlecht, sexueller Orientierung etc. diskriminiert wird, d.h. aufgrund dieser Aspekte keinen Zugang zum Umweltsystem (etwa zu sozialen Dienstleistungen) erfährt (siehe Abbildung 2).

Faktor II: 5. Probleme beim ökonomischen und Grundversorgungssystem				
Name Klient:IN				
Gesprächsdatum				
Sozialarbeiter:In				
Ernährung	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
<input type="checkbox"/> Fehlen regelmäßiger Essensversorgung	5101			
<input type="checkbox"/> Inadäquate Essensversorgung	5102			
<input type="checkbox"/> Dokumentierte Fehlernährung	5103			
<input type="checkbox"/> andere: ....	5104			
Unterkunft	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
<input type="checkbox"/> Keine Unterkunft	5201			
<input type="checkbox"/> Substandard oder inadäquate Unterkunft	5202			
<input type="checkbox"/> andere: ....	5203			
Arbeit	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
<input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit Im Gemeinwesen keine Arbeit zu bekommen	5301			
<input type="checkbox"/> Unterbeschäftigung Im Gemeinwesen keine adäquate Arbeit zu bekommen	5302			
<input type="checkbox"/> Unangemessene Arbeit Im Gemeinwesen fehlt sozial/legal akzeptable Arbeit	5203			
<input type="checkbox"/> andere: ....	5204			
Ökonomische Ressourcen	Code	Intensität	Dauer	erforderliche Intervention
<input type="checkbox"/> Ungenügende Gemeinwesenressourcen für grundlegende Subsistenz (selbst/abhängig)	5401			
<input type="checkbox"/> Ungenügende Gemeinwesenressourcen um Dienste anbieten zu können	5402			
<input type="checkbox"/> Ausschluss von ökonomischen Ressourcen	5403			
<input type="checkbox"/> andere: ....	5404			

Intensitäts-Index	Dauer-Index
1 kein Problem	1: mehr als 5 Jahre
2 gering	2: 1 bis 5 Jahre
3 mäßig	3: 6 bis 12 Monate
4 hoch	4: 1 bis 6 Monate
5 sehr hoch	5: 2 bis 4 Wochen
6 katastrophal	6: weniger als 2 Wochen

Abbildung 2: PIE - Classification-System, Faktor II

## 2 Fallbeispiel

### Herr B.

Herr B., 57 Jahre alt, lebt alleine in der eigenen Wohnung. Seit drei Jahren ist er arbeitslos, nachdem es am Arbeitsplatz wegen der sexuellen Orientierung (Herr B. ist homosexuell) zu Streitereien gekommen war. Herr B. kündigte von sich aus; die damals in Aussicht stehende Tätigkeit als Transportfahrer (Herr B. hat keinen Berufsabschluss) konnte er nicht antreten, da die ursprünglich zur Einstellung bereite Firma in Konkurs ging. Herr B. bezieht ALG II, wird gelegentlich von sei-

ner Schwester unterstützt, welche ihn zu Hause besucht, seine Wohnung säubert und (auf eigene Kosten) für ihn einkauft. In diesem Zusammenhang kommt es regelmäßig zu Spannungen, die Schwester wirft Herrn B. dessen sexuelle Orientierung und dessen Lebenswandel vor. Herr B. traut sich nicht, seine Meinung offen zu vertreten, da er sich von der Schwester abhängig fühlt. Regelmäßig besucht Herr B. die Agentur für Arbeit. Dort wird ihm vermittelt, dass er aufgrund seines Alters keine Aussicht auf einen Arbeitsplatz habe. Herr B. trinkt in Krisenphasen Alkohol in erheblichen Mengen, zuletzt hat er sich deswegen

in eine stationäre Entgiftungsmaßnahme begeben, wo auch eine Depression diagnostiziert wurde. Sein Ziel, eine stationäre Suchttherapie zu absolvieren, scheiterte zuletzt an Formalien: Herr B. war nicht in der Lage, die dafür notwendigen Unterlagen an den Rentenversicherungsträger weiter zu leiten.

Aktuell fürchtet Herr B., seine Wohnung zu verlieren: die ARGE hat ihm mitgeteilt, dass die von ihm bewohnte Wohnung zu groß und zu teuer sei und er eine andere Wohnung beziehen müsse. Herr B. sieht sich nicht in der Lage, dies zu bewerkstelligen. Er versucht, sich eine Rücklage zu ersparen, kauft nur die notwendigsten Lebensmittel. Im Sinn eines Krisenlösungsversuchs hat er – im angetrunkenen Zustand – in mehreren Lebensmittelläden Diebstähle begangen; es läuft ein Strafverfahren gegen ihn. Wegen des laufenden Strafverfahrens konnte Herr B. auch nicht in einen so genannten 1-Euro-Job vermittelt werden. Herr B. hält sich tagsüber in seiner Wohnung oder in einem Kreis Obdachloser in Bahnhofsnähe auf. Dort wurde er zusammen mit der Gruppe von Passanten mehrfach beleidigt, einmal auch angegriffen.

### Klassifikation „Fall B.“

**Faktor I:** ⇒ 14.40.4.2.4 (Soziale Rolle zur Schwester, Abhängigkeit, hohes Ausmaß, Dauer mehr als zwei Jahre, teilweise inadäquates Coping)

**Faktor I:** ⇒ 31.50.5.2.4 (Verlust der Arbeitsstelle, hohes Ausmaß, Dauer mehr als zwei Jahre, teilweise inadäquates Coping)

**Faktor II:** ⇒ 5101.3.5 (Fehlen regelmäßiger Essensversorgung, mäßige Intensität, Dauer seit ca. vier Wochen)

**Faktor II:** ⇒ 5203.5.5 (Drohender Finanzierungsverlust der Wohnung durch ARGE, sehr hohe Intensität, Dauer seit ca. vier Wochen)

**Faktor II:** ⇒ 5301.5.2 (Arbeitslosigkeit, sehr hohe Intensität, Dauer seit drei Jahren)

**Faktor II:** ⇒ 5403.5.5 (Ausschluss aus 1-Euro-Job wegen Strafverfahren, sehr hohe Intensität, Dauer seit ca. vier Wochen)

**Faktor II:** ⇒ 5605 (Diskriminierung am früheren Arbeitsplatz wegen Homosexualität)

**Faktor II:** ⇒ 5601 (Diskriminierung im Rahmen der Arbeitsvermittlung wegen Alter)

**Faktor II:** ⇒ 9202.4.4 (Diskriminierung in der Gruppe Obdachloser durch Passanten)

**Faktor III:** ⇒ F 34 (ICD-10) (Anhaltende affektive Störungen – Depression)

**Faktor III:** ⇒ F 10.2 (ICD-10) (Abhängigkeitssyndrom)

**Faktor IV:** ⇒ .I.

Die hier erfassten Diagnosen und Klassifikationen (also auch das Ausmaß der Probleme) erfolgten in gemeinsamer Einschätzung durch den Klienten und den Mitarbeiter einer Beratungsstelle.

Auffallend ist die Gleichzeitigkeit individueller, sozialer und Umgebungsprobleme. Durch die Art der Klassifikation werden sie in diesem Diagnoseverfahren lediglich beschrieben. Die Benennung von Interventionsformen unterbleibt, da ein einheitlicher Interventionskatalog nicht vorliegt. Die von Karls und Wandrei (1994a) vorgestellte Interventionsliste ist vielfach zu allgemein und bedarf dringend einer Ausformulierung v.a. unter dem Anwendungsrahmen in deutschsprachigen Ländern.

### 3 Ausblick

Das PIE könnte (ähnlich der Entwicklung im medizinischen Bereich) ein wirksames, den Berufsstand profilierendes Instrument sein. Dafür wäre die verlässliche Verschränkung von Problemlassifikationen und Interventionsformen notwendig, welche aber in der Sozialen Arbeit bislang weitgehend fehlen (Pantucek, 2005, S. 200). Als strukturelles Problem des PIE erweist sich die fehlende Darstellung des Problemeinschätzungsfokus, also ob die Benennung und Klassifizierung von Problemen von einer Fachkraft oder als gemeinsame Falleinschätzung durch Klient und Fachkraft erfolgt sind und wo gegebenenfalls differierende Einschätzungen bestehen. In Schulungsveranstaltungen zum PIE fällt bislang auf, dass sich KollegInnen aus der Praxis sozialer Arbeit generell schwer tun, standardisierte Diagnosen zu erstellen und soziale Probleme verlässlich in deren Intensität zu bewerten. Das von Karls und Wandrei (1994b) vorgelegte Manual bietet hier zu wenige Hinweise, wie die Intensität von sozialen Prob-

lemlagen oder Umweltproblemen erfasst werden kann.

Aktuell steht eine Überarbeitung des PIE-Systems an. Laut Auskunft der NASW arbeitet J.M. Karls an einer revidierten Form des Klassifikationssystems. Bislang fehlt eine Übertragung des PIE in deutsche Sprache und die Adaption in das deutsche Rechts-, Gesundheits- und Sozialsystem. Die inhaltliche Nähe des PIE zu anderen Klassifikationssystemen (etwa dem ICF) bedingt eine Abstimmung der unterschiedlichen Arbeitsmittel, damit es bei der anstehenden Einführung standardisierter Klassifikationsraster nicht zu unnötigen Konkurrenzsituationen kommt.

### Literatur

Heiner, M. (Hrsg.) (2004). *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch*. Berlin: Deutscher Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V.

Karls, J.M. & Wandrei, K.E. (1994a). *Person-In-Environment-System. The PIE Classification System for Social Functioning Problems*. Washington: NASW Press.

Karls, J.M. & Wandrei, K.E. (1994b). *PIE Manual. Person-In-Environment System. The PIE Classification for Social Functioning Problems*. Washington: NASW Press.

Pantucek, P. (2005). *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit*. Wien: Böhlau.

Pantucek, P. (2006). Soziale Diagnostik. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung* 2(2), 4-8.

ANZEIGE



**Katholische Hochschule  
für Sozialwesen  
Berlin**

## Klinische Sozialarbeit Masterstudiengang

- akkreditierter Studiengang
- Laufbahnberechtigung für den höheren Sozialdienst
- Zugang zur Promotion
- berufsbegleitend
- Dauer: 2,5 Jahre
- Kosten: ca. 5500 €
- Abschluss: Master of Arts

**Beginn: Sommersemester 2007**

**Weitere Informationen:**

**Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin  
Referat Weiterbildung, Forschung und Entwicklung  
Köpenicker Allee 39-57, 10318 Berlin  
Tel. 030 – 50 10 10-39  
e-Mail: [weiterbildung@khsb-berlin.de](mailto:weiterbildung@khsb-berlin.de)  
[www.khsb-berlin.de](http://www.khsb-berlin.de)**



ANZEIGE

ALICE SALOMON   
**FACHHOCHSCHULE BERLIN**  
*University of Applied Sciences*

  
**fachhochschule  
 coburg**  
*university of applied sciences*

**Berufsbegleitender Masterstudiengang  
 Klinische Sozialarbeit – Master of Arts (MA)  
 Start des 6. Kurses im Sommersemester 2007**

wissenschaftliche Leitung:  
 Prof. Dr. Helmut Pauls (Coburg)  
 Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz (Berlin)

**Klinische  
 Sozialarbeit**

Ist beratende  
 und  
 therapeutische  
 Sozialarbeit.

Sie wird  
 ambulant  
 (z.B. in Bera-  
 tungsstellen),  
 teilstationär  
 und  
 stationär  
 in vielen  
 sozialarbei-  
 terischen  
 Arbeitsfeldern  
 erbracht.

Im Mittelpunkt des Studiums stehen Theorien und Methoden der psycho-sozialen Beratung und soziotherapeutischen Intervention, der Prävention und Rehabilitation.

Das 6-semesterige Studium bereitet Sozialarbeiter/innen auf die wissenschaftlich fundierte klinisch-soziale Arbeit mit unterschiedlichem Klientel vor. Sie erwerben Expertise in der direkten Beratung und Behandlung, vertiefen kommunikative und systemische Kompetenzen (einschließlich gemeinde- und netzwerkorientierte Arbeit und Casemanagement) und erhalten vertieftes Wissen über Strukturen des Sozial- und Gesundheitswesens und der praxisorientierten Forschung.

Der Studiengang wird in Kooperation der Fachhochschule Coburg mit der Alice-Salomon-Fachhochschule in Berlin durchgeführt und findet zu gleichen Teilen an beiden Fachhochschulen statt.

Mit dem akkreditierten Masterstudium erwerben Sie die Qualifikation für den höheren Dienst und die Möglichkeit zur Promotion.

**Der neue Kurs beginnt zum Sommersemester 2007.  
 Bewerbungen sind ab sofort möglich.**

Nähere Informationen finden Sie unter  
[www.fh-coburg.de](http://www.fh-coburg.de) oder [www.asfh-berlin.de](http://www.asfh-berlin.de)  
 oder telefonisch durch  
 Frau Annemüller 09561-317 259 oder  
 Herrn Butzbach 030-99245 510

Weitere Informationen zur Klinischen Sozialarbeit finden Sie unter [www.klinische-sozialarbeit.de](http://www.klinische-sozialarbeit.de)