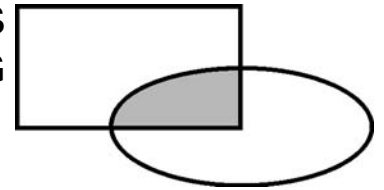


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



11. Jg. ■ Heft 3 ■ Juli 2015

Inhalt

Themenschwerpunkt: Klinische Sozialarbeit – State of the Art 2015

- 3 Editorial
- 4 *Albert Mühlum, Peter Dentler und Stephan Dettmers*
Der Weg zur Expertise Klinischer Sozialarbeit
- 6 *Helmut Pauls*
Klinische Sozialarbeit – State of the Art 2015
- 9 *Silke Birgitta Gahleitner, Anna Lena Rademaker
und Gernot Hahn*
Forschung in der Klinischen Sozialarbeit
- 12 *Gerhard Klug*
Klinische Sozialarbeit – eine Zeitschrift im Spiegel der Praxis
- 14 *Johanna Hefel*
Klinische Soziale Arbeit und Ausbildung in Österreich
- 15 *Ulrich Kurlemann und Ingo Müller-Baron*
Zwischen Generalisierung und Spezialisierung
- 2 Pressemeldungen, Veranstaltungs- & Projekthinweise
2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

Herausgeber

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



Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

Peter Dentler

Klinischer Psychologe, Psychotherapeut und Lehrsupervisor (DGSv). Er lehrt an der Fachhochschule Kiel und ist Mitbegründer der Klinischen Sozialarbeit und der ECCSW. *Kontakt: peter.dentler@fh-kiel.de*

Stephan Dettmers

Professur FH Kiel, Dr. phil., M.A. Klinische Sozialarbeit, Dipl. Sozialarbeiter (FH), examinierter Krankenpfleger; Forschungsbeauftragter der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG). *Kontakt: Stephan.Dettmers@FH-Kiel.de*

Silke Birgitta Gahleitner

Dr. phil., Professorin an der Alice Salomon Hochschule, Berlin und an der Donau-Universität Krems, Österreich. *Kontakt: sb@gahleitner.net*

Gernot Hahn

Dr. phil., Sozialarbeiter, Sozialtherapeut, Leiter einer forensischen Ambulanz in Erlangen, Aus- und Weiterbildung von SozialarbeiterInnen, Gesellschafter und Geschäftsführer der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS). *Kontakt: info@gernot-hahn.de*

Johanna Hefel

FH-Prof. Mag., DAS, Hochschulprofessorin an der FH Vorarlberg/Österreich, Department Sozial- und Organisationswissenschaften, Gründungs- und Vorstandsmitglied der österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit. *Kontakt: johanna.hefel@fhv.at*

Gerhard Klug

Klinischer Sozialarbeiter (M.A.), Dipl.-Sozialpädagoge (FH); Fachsozialarbeiter für Klinische Sozial-

arbeit (ZKS), Mitarbeiter im Stadtjugendamt Augsburg. *Kontakt: gerhard.klug@gmail.com*

Ulrich Kurlermann

Dipl.-Sozialarbeiter, 1. Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG), Leiter der Stabsstelle Sozialdienst/Case Management Universitätsklinikum Münster. *Kontakt: ulrich.kurlermann@dvsg.org*

Albert Mühlum

Dipl.-Sozialwissenschaftler und emer. Professor für Sozialpolitik, Sozialethik und Sozialarbeitswissenschaft an der Hochschule Heidelberg; über viele Jahre Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit und Sprecher der Sektion Klinische Sozialarbeit. *Kontakt: a.muehlum@t-online.de*

Ingo Müller-Baron

Dipl.-Sozialpädagoge/Sozialarbeiter, Referent in der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG). *Kontakt: ingo.mueller-baron@dvsg.org*

Helmut Pauls

Prof. Dr. phil., Dipl.-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut, Professor an der Hochschule Coburg. Geschäftsführer der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) und ZKS-Verlag. *Kontakt: helmut.pauls@hs-coburg.de*

Anna Lena Rademaker

M.A. Soziale Arbeit, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Katholischen Hochschule NRW, Fachbereich Sozialwesen, Abteilung Paderborn. *Kontakt: al.rademaker@katho-nrw.de*

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner
Hochschule München

Prof. Dr. Peter Dentler
Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Matthias Hüttemann
Fachhochschule Nordwestschweiz Olten, Schweiz

Prof. Dr. Johannes Lohner
Hochschule Landshut

Prof. Dr. Albert Mühlum
Bensheim

Prof. Dr. Karl-Heinz Ortman
Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin

Prof. Dr. Helmut Pauls
Hochschule Coburg

Prof. Dr. Elisabeth Raab-Steiner
Fachhochschule FH Campus Wien

Prof. Dr. Dieter Röh
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Prof. Dr. Günter Zurhorst
Hochschule Mitweida

Impressum

Herausgeber

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

Redaktionsteam

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

Anzeigenakquise

G. Hahn, info@gernot-hahn.de
Tel. 0175/276 1993

Anschrift der Redaktion

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

Schlussredaktion & Gestaltung

Ilona Oestreich

Druck

Frotscher Druck, Darmstadt

Erscheinungsweise

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

ISSN

1861-2466

Auflagenhöhe

2350

Copyright

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

17./18.07.2015: 11. Berliner Methodentreffen

Das Berliner Methodentreffen Qualitative Forschung mit ca. 500 Beteiligten ist die größte Jahresveranstaltung zu qualitativen Forschungsmethoden im deutschsprachigen Raum. Es bietet Beratung, Diskussion und Information in qualitativen Methoden, auch durch den Einbezug der von den Teilneh-

menden eingebrachten Forschungsdaten und Materialien. Programm: www.qualitative-forschung.de/methodentreffen/ablauf/2015.html.

Anmeldung: www.qualitative-forschung.de/methodentreffen/anmeldung/

08.-10.09.2015: 4. Berufskongress für Soziale Arbeit

Der Kongress wird in Kooperation zwischen dem Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen in Berlin durchgeführt. Beiträge können mit

der Lenkungsgruppe »Inhalt« abgestimmt werden.

Information/Kontakt: www.berufskongress-soziale-arbeit.de/anmeldung.html

16./17.10.2015: 6. Fachtagung Klinische Sozialarbeit

Die 6. Fachtagung Klinische Sozialarbeit findet an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Aachen statt. Das Tagungsprogramm ist unter katho-nrw.de/aachen veröffentlicht.

Information/Kontakt:

Prof. Dr. Ute Antonia Lammel
(ua.lammel@katho-nrw.de)

28.-30.03.2017: 16. Deutscher Kinder- und Jugendhilfetag

Der von der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ durchgeführte 16. DJHT findet in Düsseldorf statt. Thematisiert werden neueste Entwicklungen und Herausforderungen in den Arbeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe. Als zentrale Know-how-Börse der Kinder- und Jugendhilfe fördern Kinder- und Jugendhilfetage die Fort- und Weiterbildung von Fachkräften und sind Forum

des öffentlichen Dialogs zwischen jugendpolitisch Verantwortlichen. Die Anmeldung von Messeständen und Beiträgen ist ab Herbst 2015 möglich. Ein Rückblick auf den 15. DJHT ist unter <https://vimeo.com/103319232> zu finden.

Information/Anmeldung:
www.djht.de | djht@agj.de

Lexikon der Schulsozialarbeit – Call for papers

Im NOMOS-Verlag ist die Publikation eines »Lexikon der Schulsozialarbeit«, herausgegeben von Herbert Bassarak, geplant. Fachkräfte und Organisationen sind eingeladen, sich an diesem Projekt zu beteiligen. Im Vorfeld der Veröffentlichung können bearbeitungswürdige Schlagwörter und Au-

torinnenvorschläge für das Lexikon rückgemeldet werden.

Information/Kontakt:
Dr. Herbert Bassarak
(herbert@bassarak.de)

Zehn Jahre »Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung«! Die HerausgeberInnen der Fachzeitschrift sind 2005 angetreten, den – damals noch jungen – Diskurs um diese Fachsozialarbeit mit einer periodischen Publikation zu unterstützen und zu begleiten. Die Zeitschrift leistet seitdem einen kontinuierlichen Diskussionsbeitrag »durch Beiträge zu einer reflexiven Praxis, die sich der Notwendigkeit einer theoretischen Unterlegung bewusst ist« (Klein, 2005, S. 3). Die Bandbreite der bislang 40 erschienen Themenhefte (vgl. Online-Archiv: www.zks-verlag.de/klinische-sozialarbeit-zeitschrift-fur-psychosoziale-praxis-und-forschung/) reicht von Schwerpunkten zu diagnostischen Möglichkeiten, Interventionsbeispielen, Kinder- und Jugendhilfeforschung, Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie und Suchttherapie, Forensischer Sozialer Arbeit, Fragen der Aus- und Weiterbildung, zum Verhältnis Klinischer Sozialarbeit und Psychotherapie, zu Familienberatung, Genderaspekten, Traumabehandlung und -therapie, neurowissenschaftlichen Aspekten, zum Verhältnis Klinischer Sozialarbeit und der Sozialraumperspektive bis hin zu europäischen Perspektiven der Fachsozialarbeit. Die HerausgeberInnen leisteten (sich) mit dieser Zeitschrift ein Gremium, in dem die aktuelle Entwicklung der Fachsozialarbeit durch Diskussionsbeiträge angestoßen und begleitet wurde, Hinweise auf innovative Forschungs- und Praxisbeispiele gegeben wurden und die notwendige Verknüpfung zu theoretischen Grundlagen erfolgte.

Die Redaktion war in diesen zehn Jahren darauf angewiesen, eine Fokussierung auf zentrale Aspekte der Fachsozialarbeit vorzunehmen: Der Umfang des Heftes war und ist aus ökonomischen Gründen begrenzt, allerdings konnte der Umfang der Einzelausgaben ab dem neunten Jahrgang erweitert werden. Neben einer Rückschau auf zehn Jahre Redaktionsarbeit, dem in der Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit erreichten und der Vielzahl der bearbeiteten Themen ist der Blick auch auf die Rahmenbedingungen und die menschlichen Begegnungen zu richten. Die ehrenamtlich tätige Redaktion bestand über die Jahre aus einer überschaubaren Anzahl an Personen. In der Gründungsphase waren das Uwe Klein (Leitung), Silke Birgitta Gahleitner,

Norbert Gödecker-Geenen und Gernot Hahn. Später übernahm Ingo Müller-Baron den Platz Gödecker-Geenens, nach dem Ausscheiden Uwe Kleins folgte Gernot Hahn in die Redaktionsleitung. Von Beginn an übernahm Ilona Oestreich die Schlussredaktion und Gestaltung des Heftes. Seit einigen Jahren wird die Redaktion zusätzlich durch Gerhard Klug unterstützt. Es war eine spezielle Art der Zusammenarbeit, die es ermöglichte, ein junges und ambitioniertes Zeitschriftenprojekt in der Fachszene zu etablieren, die notwendigen finanziellen Mittel zu akquirieren, FachautorInnen zu gewinnen und die zeitlichen Abläufe im Produktionsplan im Auge zu behalten.

Das Jubiläumshft sollte inhaltlich wie personell sowie thematisch die ersten 10 Jahre der Zeitschrift repräsentieren. Einführend veranschaulicht ein lebendiges Interview die Entwicklungen der Klinischen Sozialarbeit von den Anfängen bis hinein in den Zukunftsentwurf. Die drei Interviewpartner *Albert Mühlum*, *Peter Dentler* und *Stephan Dettmers* stehen dabei für verschiedene Generationen von AkteurInnen der Klinischen Sozialarbeit und geben Auskunft über ihre Positionen und Ansichten zu diesem Entwicklungsabschnitt.

Den State of the Art entfaltet *Helmut Pauls*, indem er nicht nur auf zehn, sondern auf zwanzig Jahre Fachsozialarbeit zurückblickt und der Entwicklung in Bezug auf die Aufgabenstellungen der Praxis, Theorie- und Methodenentwicklung, Forschungs- und Publikationstätigkeit, Ausbildung und Institutionalisierung der Klinischen Sozialarbeit ein aktives Zeugnis ausstellt.

Belegt wird diese Aussage auch mit dem unmittelbar darauffolgenden Artikel von *Silke Birgitta Gahleitner*, *Anna Lena Rademaker* und *Gernot Hahn*, der unabweisbar deutlich macht, welche Forschungsfülle in den vergangenen Jahren entstanden und gewachsen ist.

Empirisch ist Klinische Sozialarbeit in ihrer Erfolgsdimension nicht mehr wegzudenken. Der Frage, ob diese Erkenntnisse auch in der Praxis ankommen, widmet sich *Gerhard Klug* und kann allein in der Präsenz der Artikel in der Zeitschrift *Klinische Sozialarbeit* deutlich werden lassen, wie viele innovative Projekte den Geist der Klinischen Sozialarbeit aufgenommen und weiterentwickelt haben.

Gefördert wird dieses gelungene Verhältnis zwischen Hochschule und Praxis durch eine wissenschaftlich fundierte, aber immer nah an Kompetenzen ausgerichtete Hochschulausbildung. *Johanna Hefel* beschreibt diese Anforderung und Umsetzung an einem konkreten Beispiel der Schweizer Hochschullandschaft.

Abschließend gehen *Ulrich Kurlemann* und *Ingo Müller-Baron* nochmals auf die fachpolitische Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit ein, indem sie diesen Fortgang aus Sicht der Zusammenarbeit verschiedener Fachverbände und der Perspektive der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen diskutieren, die die Zeitschrift maßgeblich über die vielen Jahre hinweg mit befördert hat.

In den zehn Jahren hat sich viel entwickelt. Der Zeitschrift sind weit mehr als weitere zehn Jahre zu wünschen. Dazu braucht es auch personelle Bewegung. Nach zehnjähriger Redaktionsarbeit verabschieden sich Silke Birgitta Gahleitner und Gernot Hahn aus dem aktiven Redaktionsteam. Die Zeitschrift ist aus den Anfängen in eine Konsolidierungsphase gewachsen. Damit ist es Zeit, einer neu zusammengesetzten Redaktion Platz zu machen, um neue Schwerpunkte und Inhalte zu bearbeiten, vor allem aber die Fortsetzung der wissenschaftlichen Begleitung und Kommentierung der – weiter in Entwicklung stehenden – Fachsozialarbeit fortzusetzen. Wir wünschen der neuen Redaktion eine ebenso konstruktive Zusammenarbeit, wie wir sie erleben durften, anregende Diskussionen in der Scientific Community und eine ausreichende ökonomische Grundlage, um »mit dieser Zeitschrift ein kontinuierliches Tableau für die weitere wissenschaftliche, forschungs-, lehre- und praxisbezogene Weiterentwicklung einer Klinischen Sozialarbeit zu schaffen« (Klein, 2005, S. 3).

Für die Redaktion
Silke Birgitta Gahleitner
und Gernot Hahn

Literatur

Klein, U. (2005). Editorial. *Klinische Sozialarbeit*, 7(1), 3. Online verfügbar: www.eccsw.eu/download/klinsa_2005-1-1.pdf [16.04.2015].

Der Weg zur Expertise Klinischer Sozialarbeit. Interview zur Jubiläumsausgabe der Zeitschrift »Klinische Sozialarbeit«

Albert Mühlum, Peter Dentler und Stephan Dettmers
(Interview von Silke Birgitta Gahleitner)

Silke Birgitta Gahleitner: Albert, auf deine und Wolf Rainer Wendts Startschuss hin hat der berufspolitische Ausbau der Klinischen Sozialarbeit ja damals in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit begonnen. Wie erinnerst du dieses Geschehen, und was waren besonders wichtige Zielstellungen und Etappen für dich in diesem Prozess?

Albert Mühlum: Den Anstoß gab – wie so oft – Wolf Rainer Wendt mit dem Hinweis Anfang der 1990er-Jahre, dass das Thema »Gesundheit« in Lehre und Theoriebildung der Sozialen Arbeit viel zu kurz käme und der Bearbeitung harre. Ich übernahm es, interessierte Kolleginnen und Kollegen zu einer informellen Gesprächsrunde einzuladen, woraus sich schnell der »Arbeitskreis Sozialarbeit und Gesundheit« entwickelte (Gründung 1992/1993). Der Arbeitskreis (AK) wurde in der Fachöffentlichkeit rasch bekannt und gewann mit fachlichen Stellungnahmen an Bedeutung, z.B. durch die häufig zitierte »Positionsbestimmung« bzgl. Sozialarbeit im Gesundheitswesen (Mühlum, 1997; Mühlum et al., 1998).

Bis zu diesem Punkt dominierte die berufspolitische Agenda, aber nun folgte eine entscheidende Weichenstellung: Im Jahr 2001 veröffentlichte der AK sein »Plädoyer für Klinische Sozialarbeit«. Und auf seinen Antrag hin wurde die Sektion Klinische Sozialarbeit auf der Jahresmitgliederversammlung der DGSA am 22.11.2002 formell gegründet. Die 1. Sektionssitzung fand eine Woche später am 29.11.2002 in der Alice Salomon Fachhochschule Berlin statt (die Protokolle der Sektionssitzungen sind bei Interesse in elektronischer Form verfügbar). Die Entwicklung verlief keineswegs linear, es gab unterschiedliche Einschätzungen und kontroverse Diskussionen, die der Entscheidung vorausgingen. So befürchteten einige TeilnehmerInnen z.B. eine Engführung, die mit dem Projekt KlinSA einhergehen könnte.

Am Ende jedoch setzte sich die Überzeugung durch, dass es gute Gründe für die Etablierung einer klinischen Fachlichkeit im Rahmen der Sozialen Arbeit gibt, – auch mit Bezugnahme auf die internationale Clinical Social Work, ohne diese jedoch kopieren zu wollen. Die wichtigsten Argumente pro KlinSA sind in jenem frühen »Plädoyer« von 2001 enthal-

ten. Die weitere Entwicklung zeigt, wie richtig und wichtig diese Entscheidung war: für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit (Stichwort: Fachsozialarbeit), für die Profilbildung der Hochschulen (Stichwort: Studienschwerpunkt), für die Hochschullehre, Disziplinentwicklung und Forschung (Stichwort: Wissenschaftlichkeit), vor allem aber für die Versorgungslandschaft (Stichwort: Bedarfsgerechtigkeit).

Hervorzuheben ist bei dieser Erfolgsgeschichte das Engagement der Kolleginnen und Kollegen, die sich gegenseitig motivierten und kritisch-konstruktiv begleiteten – für mich das Musterbeispiel einer lebendigen wissenschaftlichen Gemeinschaft. In rascher Folge entstanden in dieser Pionierphase einschlägige Studiengänge, Fachveranstaltungen, Zertifizierungsverfahren (siehe ZKS), Publikationen (siehe Fachzeitschrift und Buchreihe), internationale Kontakte (siehe ECCSW) und Forschungsprojekte, D.h., die Klinische Sozialarbeit ist inzwischen etabliert und kann als bislang überzeugendste Lösung für eine eigenständige höherqualifizierte »Fachsozialarbeit« gelten. Der Prozess ist selbstverständlich nicht abgeschlossen, er bleibt dynamisch: Die Verpflichtung auf eine biopsychosoziale Perspektive wird stets für neue Aufgaben und Herausforderungen, Fragen und Erkenntnisse sorgen, denen sich sowohl die Praxis als auch die Wissenschaft der Sozialen Arbeit stellen muss.

Silke Birgitta Gahleitner: Peter, ich erinnere dich als zu Beginn großen – aber sehr konstruktiven – Skeptiker der Herausbildung der Klinischen Sozialarbeit. Was waren für dich Gegenargumente gegen die Herausbildung der Fachsozialarbeit?

Peter Dentler: Ich war nicht von vornherein skeptisch. Im Gegenteil: Ich war begeistert und habe mit Helmut Pauls Teile des US-Vorbilds Clinical Social Work aus dem Englischen übersetzt. Dann habe ich meinen Freund Frederick MacDonald mehrfach nach Kiel eingeladen und mit ihm und später mit Helmut Pauls in langen Gesprächen die Unterschiede und die Möglichkeiten für Deutschland diskutiert. Schließlich habe ich – auf Bitten von Helmut Pauls – als externer Beurteiler in der Frage der Zulassung der Klinischen Sozialarbeit an der Fachhochschule Coburg befürwortende Gutachten an das

zuständige Bayerische Ministerium geschickt. Entsprechend habe ich auch bis heute die Klinische Sozialarbeit begleitet und unterstützt.

Helmut Pauls hatte zur Unterstützung seiner Idee verschiedene Gremien ins Leben gerufen, die zunächst überwiegend aus Hochschullehrern zusammengesetzt waren. Eine Zeitlang waren viele MedizinerInnen – vor allem PsychiaterInnen – die Wortführer in langen Diskussionen, in denen um die konkrete Benennung und die inhaltliche Richtung der Ausbildung gerungen wurde. Auch Begriffe wie »psychiatrisch-klinische Sozialarbeit«, »psychiatrische Sozialarbeit« oder »Gemeindesozialarbeit« machten die Runde in Gesprächen und vielen schriftlichen Stellungnahmen. Dabei ging es um die Frage, wie der Begriff »klinisch« in der deutschen Sprache untergebracht werden könnte, ohne dass sich Verbände der Sozialen Arbeit, ÄrztInnenverbände und PsychologInnenverbände daran allzu sehr stoßen würden. Erst bei der Option, ob Klinische SozialarbeiterInnen wie in Österreich oder den USA als irgendwie spezialisierte und vielleicht auch kasenzugelassene PsychotherapeutInnen oder wenigstens SozialtherapeutInnen tätig sein könnten, wurde ich skeptisch. Ich fürchte nach wie vor, dass in Deutschland die psychotherapeutischen »Besitzstandswahrer« eine solche Entwicklung zu verhindern wissen.

Silke Birgitta Gahleitner: Und was denkst du, Peter, haben wir dennoch erreicht? – Oder aber auch nicht erreicht?

Peter Dentler: Wir, und allen voran Helmut Pauls, haben erreicht, dass es inzwischen begriffliche Klärungen und ein bundesweit etabliertes Ausbildungsleben der Klinischen Sozialarbeit gibt. Sogar im deutsch sprechenden Ausland haben wir Freunde gefunden. Wir haben eine gewisse Akzeptanz nicht nur der Studiengänge erreicht, sondern auch der ursprünglich ablehnenden Berufsverbände. Es gibt interessante neue Spezialisierungen und Forschungsschwerpunkte. Sobald sich die jetzt ausgebildeten Klinischen SozialarbeiterInnen selbst gebündelt und energisch in die Berufspolitik einbringen, sehe ich eine Chance der Weiterentwicklung. Auch andere Berufsgruppen mussten sich engagieren und lange kämpfen: der Nachwuchs muss jetzt entscheiden, wie es weitergehen soll.

Silke Birgitta Gahleitner: Stephan, du bist einer der Ersten aus dem Nachwuchs der Klinischen Sozialarbeit, der eine Professur – in Kiel – erhalten hat. Was für Möglichkeiten siehst du, die Klinische Sozialarbeit in Hochschulen der Sozialen Arbeit voranzubringen und auszubauen?

Stephan Dettmers: Der Bedarf an professioneller Sozialer Arbeit im Gesundheitssystem und in gesundheitsrelevanten Arbeitsfeldern erscheint mir aufgrund der Zunahme sozialbedingter gesundheitlicher Ungleichheiten und insbesondere chronischer Erkrankungen außerordentlich hoch zu sein. Der lebensweltorientierte Zugang zu Klientinnen und Klienten mit einem Hintergrund eines biopsychosozialen Gesundheits- und Krankheitsverständnisses macht deutlich, dass gerade hinsichtlich der Förderung sozialer Teilhabe, Reduzierung sozialer Probleme und Bewältigung schwieriger Lebenskrisen die Soziale Arbeit theoretisch sehr gut aufgestellt ist. Dazu wird es notwendig sein, vermehrt fachlich-spezialisierte Weiterentwicklungen zu fördern und auszubauen.

Die Klinische Sozialarbeit hat sich in den letzten 15 Jahren dank der immensen Vorarbeit der bekannten Protagonistinnen und Protagonisten trotz einiger berufspolitisch motivierter Gegenwehr stark etablieren können und schafft immer mehr auch empirisch gesichertes Wissen. Insofern ist Klinische Sozialarbeit nicht nur als Fachsozialarbeit auf Masterlevel interessant, sondern sollte auf Bachelor-Niveau in Grundzügen im Kontext der Module zu Gesundheits- und Krankheitsaspekten neben Sozialmedizin, Gesundheitssoziologie und Psychologie im ersten Schritt gleichberechtigt eingeführt werden. Dazu wird das Verhältnis der Sozialarbeitswissenschaft zu den genannten Bezugswissenschaften im Diskurs deutlicher werden müssen im Sinne einer zunehmenden Emanzipierung.

Silke Birgitta Gahleitner: Die letzte Frage geht an euch alle – und betrifft natürlich die zukünftigen Entwicklungen der Klinischen Sozialarbeit. Welche Zukunftsvisionen habt ihr, wie könnte es weitergehen, was könnte getan werden? Welche Knackpunkte sind noch zu bearbeiten/stehen noch aus?

Stephan Dettmers: Die Fachlichkeit Klinischer Sozialarbeit muss künftig aus der Disziplin und Profession Sozialer Arbeit definiert werden und nicht mehr ausschließlich über die ökonomisierten Bedarfe der Arbeitsfelder mit sichtbaren Deprofessionalisierungen durch fachlich problematische Aufgaben für die Soziale Arbeit z. B. über Fachleistungsstunden in der Sozialpsychiatrie oder Reduzierung auf DRG-Entlassungsmanagement in Kliniken. Dazu werden die relevanten Fachverbände mit Hochschulen enger kooperieren müssen, um Kompetenzanforderungen und strategische Einbindung in der Versorgungslandschaft zu beschleunigen. Die Anerkennung Klinischer Sozialarbeit mit hoher Kompetenz im Umgang mit (»hard to reach«-)Klientinnen und Klienten muss künftig über Qualifikationen, rekonstruierte Erfahrung und Reflexion sowie bundesweite Anerkennung über Zertifizierungsregeln der Fach- und Hochschulverbände einheitlich geregelt und geschützt werden, denn die Klientel sollte auch hier die bestmögliche Qualität erhalten und die Versorgungsstruktur durch Innovationen Klinischer Sozialarbeit verbessert werden.

Albert Mühlum: Da ich das akademische Leben abgeschlossen habe, um mich ganz der Hospizarbeit zu widmen, möchte ich den Blick auf diesen Bereich lenken. Hier sind SozialarbeiterInnen/ SozialpädagogInnen leider stark unterrepräsentiert, obwohl sie wichtige Voraussetzungen für die Arbeit in Hospiz und Palliative Care mitbringen. Bezeichnenderweise werden die Anforderungen des

nordrhein-westfälischen Qualitätskonzepts »Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich« (2011) aber am ehesten von klinischen FachsozialarbeiterInnen erfüllt. Aus dieser Erfahrung schließe ich, dass auch andere Bereiche des Sozial- und Gesundheitswesens unter Qualitätsaspekten untersucht werden sollten, um eine realistische Einschätzung der Bedarfslage im Hinblick auf Klinische Sozialarbeit zu gewinnen, vor allem aber, um den Bedürfnissen der Ratsuchenden dort gerecht zu werden. Man könnte auch sagen, damit der Professionalisierungsschub durch Klinische Sozialarbeit endlich dort ankommt.

Die KlinSA selbst muss daher sehr darauf achten, die begonnene Entwicklung konsequent fortzuführen, d. h., ihre Expertise laufend zu verbessern und auch grenzüberschreitend zu erproben. Das gilt für die Erkenntnisgewinnung, also Forschung, ebenso, wie für die Methodenentwicklung im Hinblick auf Diagnose- und Therapieverfahren. Nur wenn deren Ergebnisse fachlich überzeugen und zeitnah rezipiert und gelehrt werden, kann die Klinische Sozialarbeit ihre herausragende Stellung halten im wohlverstandenen Interesse der gesamten Profession und Disziplin »Soziale Arbeit«. Den »NutzerInnen« und potenziellen KlientInnen wäre es gleichermaßen zu wünschen.

Literatur

Arbeitskreis psychosoziale Fachkräfte in Hospiz- und Palliativ Einrichtungen in NRW (Hrsg.) (2011). *Nordrheinwestfälisches Qualitätskonzept – Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich* (2., überarb. Aufl.). Münster: Stegemüller.

Mühlum, A. (1997). Sozialarbeitswissenschaft – Vorüberlegungen für eine Positionsbestimmung der DGS. *DGS-Mitgliederrundbrief*, 1997(5), 4-8.

Mühlum, A., Franzkowiak, P., Köhler-Offierski, A., Paulus, P. & Zurhorst, G. (1998). Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Positionsbestimmung des Arbeitskreises Sozialarbeit und Gesundheit. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 145(5/6), 116-121.

Wissensdurst und Tatendrang: Ein Nachruf auf Birgit Rommelspacher

Birgit Rommelspacher hat auf dem Weg zu einer Gastprofessur am 16. April 2015 einen Herzinfarkt erlitten. Ihr Tod kam völlig unerwartet. Birgit Rommelspacher war nicht nur Autorin, Dozentin, Diplomarbeits- oder Doktormutter, sondern immer und überall engagierte Impulsgeberin und Mentorin. Sie hat Generationen von Studierenden »groß gezogen«. Ihre konstruktiv-kritische Haltung, ihre kontinuierliche Förderung und Präsenz zeugten von ihrem herausragenden Engagement – fachlich wie persönlich. Sie hat Wissenschaft zu konflikt- und sozialrelevanten Themen nicht nur betrieben, sondern authentisch gelebt und »belebt«.

»Birgit Rommelspacher hat sich stets nachdrücklich für Toleranz im Zusammenleben mit Menschen anderer kultureller Herkunft und gegen jegliche Diskriminierung Andersdenken-

der eingesetzt. Mit ihren in Wissenschaft und Forschung erworbenen Kenntnissen lehrte sie nicht nur die Studierenden ein demokratisches und friedvolles Miteinander, sondern setzte ihre Erkenntnisse durch praktisches Engagement in vielen Vereinen, Projekten und Beiräten zugleich konkret um. Mit ihrem Engagement vermittelt sie zwischen den unterschiedlichen Kulturen und arbeitet gegen Diskriminierung und Gewalt, gegen Fremdenhass und Rechtsextremismus« (aus der Begründung für die Verleihung der Luise-Schroeder-Medaille durch das Abgeordnetenhaus Berlin, 2009).

Im Zentrum ihres Bemühens stand das Engagement zum Thema Ausgrenzung in seiner ganzen Bandbreite. Ob es um Diskriminierung von Frauen oder von Menschen mit Behinderungen, um Gewalt in der Familie oder gegen Frauen, um Unrecht gegenüber jüdischen Frauen, um Probleme gleichgeschlechtlicher Paare oder muslimischer Jugendlicher ging: Birgit Rommelspacher dachte auf allen Ebenen

gleichzeitig – und sie dachte immer noch einen Schritt weiter als viele Andere. Für manche war dies mitunter unbequem, insbesondere für jene, denen es schwarz-weiß lieber wäre.

Birgit Rommelspacher hat bis zum letzten Moment in ihrem Leben geschrieben. Ein neues Buch ist im Druck, zuvor erschienen *Der Hass hat uns geeint. Junge Rechtsextreme und ihr Ausstieg aus der Szene und: Anerkennung und Ausgrenzung. Deutschland als multikulturelle Gesellschaft*. Mit Birgit Rommelspacher verliert nicht nur die Soziale Arbeit eine engagierte, äußerst präzise und streitbare Kollegin, sondern auch die (Sozial-)Psychologie sowie etliche politische Bewegungen, die sie aktiv, aber stets auch reflexiv begleitet hat.

Birgit Rommelspachers plötzlicher Tod stellt einen riesigen Verlust dar – persönlich wie fachlich. Mit ihr ist eine Kollegin, Mentorin und Freundin gegangen, die grundlegende Inhalte geschaffen und sie auch konsequent gelebt hat.

Klinische Sozialarbeit – State of the Art 2015

Helmut Pauls

Seit gut zwanzig Jahren (Feinbier, 1997; Wendt, 1995) wird unter dem Begriff der Klinischen Sozialarbeit eine Fachsozialarbeit entwickelt, welche auf die Förderung, Verbesserung und den Erhalt der biopsychosozialen Gesundheit und damit auf die soziale Funktionsfähigkeit von Einzelnen, Familien und Gruppen abzielt. Im Jahre 2015 lässt sich eine überzeugende fachliche Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit belegen. Diese betrifft konkrete Aufgabenstellungen der Praxis, Theorie- und Methodenentwicklung, Forschungs- und Publikationstätigkeit, Ausbildung und Institutionalisierung. Klinische Sozialarbeit als Handlungslehre psychosozial beratender, intervenierender und (sozial)therapeutischer Fallarbeit ist in vielen Feldern der professionellen Sozialen Arbeit zu finden: z. B. im Rahmen der Schulsozialarbeit, der Jugendhilfe, der Psychiatrie, der Suchtkrankenhilfe, der Resozialisierung und Forensik, der Krankenhaussozialarbeit und anderer sozialgesundheitlicher Dienste. Zu nennen ist auch der Bezug zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, sind hier doch in vielen Fällen Übergänge zur Kinder-, Jugend- und Familienhilfe notwendig (Heckerens, 2007; Bärwald, 2014).

Doppelter Fokus: Individuum und Umwelt

Die in den Gründungsjahren hervorgehobene Bezugnahme auf die Clinical Social Work in den USA (Hahn & Pauls, 2008; Northen, 1994) ist für die heutige Klinische Sozialarbeit zwar historisches Fundament, die deutsche und europäische Klinische Sozialarbeit hat jedoch ein eigenes Profil entwickelt. Der klassische gemeinsame Kern allerdings ist geblieben: Die hilfebedürftige, gefährdete und/oder erkrankte Person wird nicht isoliert, sondern in und mit ihrer Umgebung (»person-in-environment«) wahrgenommen und zum Fokus der sozialen und psychosozialen Interventionen bzw. Hilfen mit dem Ziel einer verbesserten Passung zwischen Individuum und Umwelt. Insbesondere durch sozialtherapeutische Interventionen, psychosoziale Beratung, soziale Psychotherapie, Krisenhilfen, soziale Netzwerkarbeit, Aktivierung gesellschaftlicher Ressourcen und »Empowerment« sollen sowohl Lebensweise als auch destruktive, belastende Merkmale der konkreten Lebenslage verändert werden.

Durch diese Bezugspunkte ergibt sich ein doppelter Fokus, der sich auf Phänomene der Person und auf Phänomene in der Umwelt sowie auf die Interaktion zwischen beiden richtet. Damit ist auch die therapeutische Funktion Klinischer Sozialarbeit angesprochen. Sie ist inzwischen die (Teil-)Disziplin, die die speziellen Kompetenzbausteine Sozialer Arbeit bei klinischen Aufgabenstellungen versammelt. Diese sind charakterisiert durch die Rollen der klinisch-sozialarbeiterischen Fachkraft, die berät, (psycho)sozial therapiert, vermittelt, unterstützt, Ressourcen erschließt, koordiniert und den Beratungs- bzw. Interventionsprozess erforscht und auswertet (vgl. Dorfman, 1996). Diese Merkmale werden in einer Fülle wichtiger Publikationen belegt. Stellvertretend seien hier genannt: Pauls (2004/2013b), Schaub (2008), Ortman und Röh (2008), Ningel (2011), DeLoie (2011), Deimel (2013) und die seit 2008 von Gahleitner, Hahn und Glemser herausgegebenen Bände des Jahrbuchs Klinische Sozialarbeit (Gahleitner & Hahn, 2008, 2009, 2010, 2012; Gahleitner et al., 2013, 2014).

Sozialtherapeutische Grundorientierung: Ressourcen und Partizipation

Mit der Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit erlebte auch die soziale Diagnostik eine Renaissance (vgl. Gahleitner & Pauls, 2013; Pantuček & Röh, 2009). Die Leitlinien klinisch sozialarbeiterischer Diagnostik und Intervention sind auf mehreren Erfahrungsebenen angesiedelt: lebensweltliche Ausrichtung, Betonung der Ressourcenorientierung, Prozessorientierung, Berücksichtigung sozialer Strukturen und Situationen (z. B. das Lebensumfeld – Hausbesuch, Angehörigengespräche), Einbeziehung der KlientInnen als Ko-Diagnostiker (dialogisches Prinzip) in Problemanalyse, Zielplanung und Interventionsplanung (vgl. Heiner, 2004, 2010; Gahleitner & Pauls, 2013). Die Beachtung von Risikobedingungen, psychosozialen Belastungen und Konflikten, Misshandlung und Vernachlässigung steht dabei gleichgewichtig neben jener der Ressourcen und Stärkenorientierung. Diese Art psychosozialer Diagnostik führt zu Indikationsstellungen, die nicht allein durch psychologische oder medizinische und psychiatrische Fachkräfte gewonnen werden können.

Neben der psychosozialen Beratung (z. B. Ortman, 2006; Pauls, 2004/2013b) wurde in den letzten Jahren die sozialtherapeutische Grundorientierung Klinischer Sozialarbeit betont (Röh et al., 2014; Pauls et al., 2013; Binner et al., 2010). Die Ausrichtung auf soziale Lebensumstände anstelle einer reinen Symptomzentrierung und die Förderung von Veränderungsansätzen ist notwendig, um über einen individuumzentrierten und rein psychologisch und/oder biomedizinisch bzw. psychiatrisch ausgerichteten Behandlungsrahmen hinauszugehen und auf Faktoren des sozialen Umfeldes sowie organisatorische und institutionelle Faktoren des psychosozialen Systems zu zielen (vgl. z. B. Walther & Vocale, 2013). Die Klinische Sozialarbeit entspricht mit dieser Beachtung der sozialen (Lebenslage-)Bedingtheit des Leidens von Individuen und Gruppen der dritten – sozialen – Dimension der WHO-Perspektive einer ganzheitlichen körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit (WHO, 2001; vgl. auch Rutz, 2006). Als Grundmodell hat sich die Orientierung am biopsychosozialen Modell herausgebildet (z. B. Gahleitner et al., 2014; Pauls, 2013a).

Das Wissen um die Gleichzeitigkeit von Belastung und psychosozialer Ressource verhilft als grundsätzliche Ressourcenorientierung zu einem tragfähigen allgemeingültigen Handlungsprinzip. Die Systemorientierung der Klinischen Sozialarbeit ermöglicht, Probleme auch zu »externalisieren« und anzuerkennen, dass gerade bei »hard-to-reach«-Klientel (Labonté-Roset et al., 2010), also Menschen in schweren, chronischen sozialen Notlagen, individuelle Symptomatiken nicht in erster Linie den betreffenden Individuen zugerechnet werden können. Vielmehr kommt belastenden sozialen Lebenslagen eine wichtige Rolle zu. Sie beeinflussen massiv die zwischenmenschlichen Interaktionen, was dazu beiträgt, dass sich problematische soziale Kommunikationssysteme verfestigen und die Lösung individueller Probleme erschweren. Dazu gehört auch die Frage, ob es tatsächlich die Menschen sind, die »schwer erreichbar« sind, oder in welchem Ausmaß die professionellen HelferInnen und Hilfeinstitutionen für Menschen in prekären Lebenslagen »schwer erreichbar« sind.

Klinische Sozialarbeit zielt in Abgrenzung zur Psychotherapie (vgl. Gahleitner & Pauls, 2010; Ohling, 2014) darauf, konkrete sozialsituative Verbesse-

rungen bezüglich der Teilnahme von Personen an sozialer Kommunikation und Teilhabe an der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, Soziale Unterstützung im Alltag und konkrete sozialstrukturelle Verbesserungen aufzubauen und zugleich psychische Kompetenzen der Teilnahme bei den betroffenen Individuen zu fördern. Durch die Einbeziehung von Ressourcen des Sozialraums und der dort vorhandenen Strukturen fördert Klinische Sozialarbeit die fallbezogene Kooperation unterschiedlicher AkteurlInnen und stimmt aktivierbare Ressourcen aufeinander ab. D.h., klinisch-soziale Fallarbeit berät, interveniert und (be)handelt sozialtherapeutisch im Kontext des spezifischen sozialräumlichen Umfelds und unter Einbeziehung der relevanten AkteurlInnen aus Wohnumfeld und Gemeinde, Erziehungs-, Bildungs-, Justiz- und Gesundheitsbereich, beruflichem Kontext etc. Die Merkmale sind Alltagsnähe (Abbau institutioneller und professioneller Zugangsbarrieren), Integration, Partizipation, Selbsthilfe und Vernetzung.

Forschungsschwerpunkt: gesundheitsrelevante Person- und Kontextbedingungen

Betrachtet man die Aktivitäten der vergangenen Jahre in Forschung, Lehre und Publikationstätigkeit, so zeigt sich, dass für die Klinische Sozialarbeit die Gesundheit mit ihren sozialen Aufgabenstellungen der zentrale Bezugspunkt ist. Dies betrifft zwar zentral auch das Gesundheitswesen (Geißler-Piltz & Gerull, 2007; Ortmann & Waller, 2005), geht aber weit darüber hinaus, insofern auch das Sozial-, Erziehungs- und Justizwesen und die Arbeitswelt von sozialgesundheitlichen Aufgabenstellungen herausgefordert ist. Klinische Sozialarbeit findet im Gesundheitssystem im engeren Sinne ihre Aufgaben einerseits in der Minimierung gesundheitlicher Risiken durch beratende, fördernde, betreuende Maßnahmen, die dem Bewältigen von Lebenslagerisiken dienen (Finanzierungen, Anschlussheilbehandlung etc.). Damit ist das klassische Aufgabenspektrum des Krankenhaussozialdiensts und auch der grundständigen Sozialarbeit angesprochen. Es wird aber zunehmend verstanden, dass Klinische Sozialarbeit im engeren Sinne der Fachsozialarbeit (Mühlum & Gahleitner, 2011) eine soziale Mitbehandlung ist, weil sie auf das soziodynamische Gleichgewicht einwirkt, indem sie gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Lebenslagebedingungen durch person- und kontextbezogene Maßnahmen beeinflusst (z. B. Bin-

ner et al., 2012; Hedtke-Becker & Hoevens, 2006; Dettmers, 2014; Hentschke, 2011).

Dies bezieht sich insbesondere auf chronische Erkrankungen und Erkrankungen mit hohem und langfristigem Versorgungsaufwand, bei denen die soziale Dimension zu einer Grundfrage wird, weil z.B. schwere psychische Erkrankungen (u.a. Wunderer, 2015; Willem, 2007; Leupold & Walter, 2007), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (u.a. Dettmers, 2014), Stoffwechsel- und Tumorerkrankungen (Hentschke, 2011) oder Behinderungen (u.a. Röh, 2009) eine massive Diskontinuität im Leben der Betroffenen, ihrer Angehörigen und des gesamten sozialen Umfeldes bedeuten. Einrichtungen des Gesundheitswesens der Zukunft können nicht mehr nur als spezialisierte (körper)medizinische Einrichtungen gesehen werden, sondern sie sind mit vielfältigen soziopsychischen Aufgaben konfrontiert (Ortmann & Röh, 2012). Und diese sind nur durch eine bewusst gestaltete multiprofessionelle Kooperation zu erfüllen. Eine Klinische Sozialarbeit als mitbehandelnde Disziplin soll die ärztliche, pflegerische und psychologische Versorgung als vierte Säule im Sinne der sozialen Rehabilitation ergänzen und komplettieren. Und diese Perspektive muss auch die »Systemgrenzen« überschreiten, d.h., die Fallarbeit der spezialisierten Klinischen Sozialarbeit in Sozial-, Bildungs- und Erziehungswesen sowie der Resozialisierung einbeziehen. Dies ist auch eine alte Forderung der WHO (2001).

Inzwischen gibt es eine beachtliche Anzahl sehr unterschiedlich ausgerichteter Forschungsprojekte in der Klinischen Sozialarbeit. Die Schwerpunkte sind breit gestreut – von der Praxisforschung über Evaluation bis hin zu Grundlagenforschungs- und Professionsforschungsprojekten. Gahleitner, Rademaker und Hahn (in diesem Heft) stellen eine ausführliche Bestandsaufnahme und Perspektiven Klinischer Sozialarbeitsforschung dar.

Praxis- und Theorievernetzung: Fachzeitschriften, Fachstudien- gänge, Fachgremien

Die beachtliche Zunahme der Forschungs- und Publikationstätigkeit wird bereits bei den bisher zitierten AutorInnen deutlich. Einschlägige Veröffentlichungen finden sich in einer Reihe von Fachzeitschriften (u.a. Resonanzen – E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung; online verfügbar: www.resonanzen-journal.org), in Monografien, Lehrbüchern, Readern. Schaut man in

die Publikationen der vorliegenden Fachzeitschrift (Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung; Übersicht online verfügbar unter: www.zks-verlag.de/klinische-sozialarbeit-zeitschrift-fur-psycho-soziale-praxis-und-forschung/) so findet sich eine erstaunliche Anzahl an Fachbeiträgen. Hier sei eine Auswahl an einschlägigen Themen vorgestellt (dort unter der Eingabe des betreffenden Begriffs oder im Katalog zu finden unter www.zks-verlag.de/katalog/schriften-zur-psycho-sozialen-gesundheit/): Emotionen in der sozialtherapeutischen Arbeit; Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Jugendhilfe; digitale Medien; quantitative und qualitative Forschungsmethoden; Hard-to-reach-Klientel; Bewährungshilfe in der Schweiz; Evaluation stationärer Drogentherapie; biopsychosoziales Modell; forensische Nachsorge; Soziale Netzwerke und Soziale Unterstützung in der Jugendhilfe; Demenz; selbstverletzendes Verhalten; Schizophrenie; psychosoziale Versorgung im Gesundheitswesen.

Durch die Einrichtung von Masterstudiengängen »Klinische Sozialarbeit« (Hochschulen: Coburg, Berlin, Landshut, Aachen, Koblenz, Mittweida, Wien, Vorarlberg, Nordwestschweiz/Olten), die Einrichtung von Professuren mit dem Lehrgebiet Klinischer Sozialarbeit, die Einführung von Modulen Klinische Sozialarbeit in Bachelor und konsekutiven und berufsbegleitenden Masterstudiengängen, nicht zu vergessen in »verwandten« Studiengängen und Modultemen, die nicht mit dem Begriff operieren (z. B. Beratung) hat sich die Klinische Sozialarbeit in der Hochschulbildung in Deutschland, Österreich und der Schweiz etabliert. Gemeinsame inhaltliche Bezugspunkte der konsekutiven und berufsbegleitenden Studiengänge sind theoretische, ethische sowie rechtliche Grundlagen, klinische Forschungsmethoden und Evaluation, Interventions- und Planungsmethoden (Beratung, Krisenintervention, Sozialtherapie, psychoedukative Gruppenarbeit, Case- und Caremanagement, psychosoziale Diagnostik, Netzwerkanalyse und -arbeit), politische Rahmenbedingungen, Praxis- und Selbstreflexion.

Die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) (www.klinische-sozialarbeit.de) hat inzwischen (Stand: März 2015) 202 »Klinische FachsozialarbeiterInnen (ZKS)« anerkannt. Mit dem ZKS-Verlag (www.zks-verlag.de) existiert eine online-Plattform, die kostenlos wichtige fachwissenschaftliche Texte zur Verfügung stellt und inzwischen sehr hohe Besucherzahlen aufweist. Mit der Plattform »ZKS-Connect« der Zentralstelle

für Klinische Sozialarbeit existiert eine interaktive Wissensdatenbank (derzeit noch ausschließlich für die Community der anerkannten FachsozialarbeiterInnen für Klinische Sozialarbeit), die in Kürze auch für die Öffentlichkeit zugänglich online gehen wird.

Die »Sektion Klinische Sozialarbeit« der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) (dgsainfo.de/sektionen/klinische_sozialarbeit) versteht sich als Forum der wissenschaftlichen Gemeinschaft des Fachgebietes. Sie bietet eine Plattform für den Austausch von Theorie, Forschung und Praxis. Das »European Center for Clinical Social Work« (ECCSW) fördert seit 2007 Forschungsprojekte, Publikationen und Tagungen und wird demnächst mit der Plattform »ECCSW-Connect« im Zusammenschluss mit »ZKS-Connect« die Vernetzung von Fachkräften, Expertisen/Themenbereichen, Institutionen, Publikationen, Medien und Projekten rund um die Klinische Sozialarbeit fördern.

Betrachtet man den Umfang der wissenschaftlichen Bezugspunkte, das Themenspektrum klinisch-sozialarbeiterischer Praxis, die entstandenen Masterstudiengänge, einschlägigen Module und Vertiefungsbereiche in Bachelor- und Masterstudiengängen sowie die Professuren mit klinischem Profil an deutschsprachigen europäischen Hochschulen, die Publikationstätigkeit, die jährlichen Fachkonferenzen und die Institutionalisierung der Klinischen Sozialarbeit, so kann man von einer gelungenen Etablierung sprechen.

Literatur

Bärwald, C. (2014). *Bedeutung Klinischer Sozialarbeit für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Hausarbeit*. München: Grin.

Binner, U., Ortmann, K. & Röh, D. (2010). Sozialtherapie als zentrale Methode Klinischer Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit*, 6(3), 12. Online verfügbar: www.eccsw.eu/download/klinsa_2010-6-3_fulltext.pdf [12.03.2015].

Binner, U., Ortmann, K., Zimmermann, R.-B. & Zirnstein, J. (2012). Strategische Lösungsansätze. Probleme in der Versorgung älterer Menschen nach Krankenhausaufenthalt. *Forum sozialarbeit + gesundheit*, 9(2), 22-24.

Deimel, D. (2013). *Psychosoziale Behandlung in der Substitutionstherapie. Praxis Klinischer Sozialarbeit*. Marburg: Tectum.

Deloie, D. (2011). *Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit: Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden*. Gießen: Psycho-sozial-Verlag.

Dettmers, S. (2014). *Soziale Teilhabe bei Menschen nach einem Schlaganfall. Eine explorative qualitative Analyse sozialer Netzwerke*. Opladen: Budrich.

Dorfman, R. A. (1996). *Clinical social work. Definition, practice and vision*. New York: Brunner/Mazel.

Feinbier, R. J. (1997). *Klinische Sozialarbeit. Ein Prolog*. Sankt Augustin: Asgard-Verlag Hippo.

Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (Hrsg.) (2008). *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder* (Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 1). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (Hrsg.) (2009). *Klinische Sozialarbeit. Forschung aus der Praxis – For-*

schung für die Praxis (Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 2). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (Hrsg.) (2010). *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 3). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (Hrsg.) (2012). *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 4). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Gahleitner, S. B., Hahn, G. & Glemser, R. (Hrsg.) (2013). *Psychosoziale Diagnostik* (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 5). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Gahleitner, S. B., Hahn, G. & Glemser, R. (Hrsg.) (2014). *Psychosoziale Interventionen* (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 6). Köln: Psychiatrie-Verlag.

Gahleitner, S. B. & Pauls, H. (2010). Soziale Arbeit und Psychotherapie. Zum Verhältnis sozialer und psychotherapeutischer Unterstützungen und Hilfen. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (3., überarb. Aufl.; S. 367-374). Wiesbaden: VS.

Gahleitner, S. B. & Pauls, H. (2013). Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell. In S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik* (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 5; S. 61-77). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Gahleitner, S. B., Pauls, H., Hintenberger, G. & Leitner, A. (2014). »Biopsychosozial« revisited. In S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Interventionen* (Reihe: Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 6; S. 16-35). Köln: Psychiatrie-Verlag.

Geißler-Piltz, B. & Gerull, S. (2007). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Subjektive Einschätzungen und Rahmenbedingungen professionellen Handelns. *Klinische Sozialarbeit*, 3(3), 10-12. Online verfügbar: www.eccsw.eu/download/klinsa_2007-3-3_fulltext.pdf [12.03.2015].

Hahn, G. & Pauls, H. (2008). Bezugspunkte Klinischer Sozialarbeit. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder* (Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 1; S. 22-43). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Hedtke-Becker, A. & Hoevels, R. (2006). Instrumente, Interventionen und Strategien für die Klinische Sozialarbeit. Ergebnisse aus dem multiprofessionellen Arbeitsmodell KISMED. *Klinische Sozialarbeit*, 2(1), 5-8. Online verfügbar: www.eccsw.eu/download/klinsa_2006-2-1_fulltext.pdf [12.03.2015].

Heekerens, H.-P. (2006). Die Funktionale Familientherapie: ein effektives klinisches Behandlungsverfahren. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 11(1), 16-24. Online verfügbar: cip-medien.com/media/download_gallery/06-01/2006-1-02_%20Heekerens%201.pdf [12.03.2015].

Heiner, M. (Hrsg.) (2004). *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit*. Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge Berlin.

Heiner, M. (2010). *Kompetent handeln in der Sozialen Arbeit*. München: Reinhardt.

Hentschke, P. (2011). *Klinische Sozialarbeit mit Krebspatienten. Möglichkeiten und Grenzen der Sozialarbeit im Kontext psychoonkologischer und körpertherapeutischer Rehabilitation*. Masterarbeit. München: Grin.

Labonté-Roset, C., Hoefert, H.-W. & Cornel, H. (Hrsg.) (2010). *Hard to reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit*. Uckerland: Schibri.

Leupold, M. & Walter, C. (2007). Krankheitsverlauf, Selbstbestimmtheit, Kosten – Aspekte des betreuten Wohnens. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung über ambulant betreutes Wohnen für chronisch psychisch kranke Menschen. *Sozialmagazin*, 32(3), 21-25.

Mühlum, A. & Gahleitner, S. B. (2011). Schwerpunkt-bildung oder (Sub-)Spezialisierung? – Teil 1: Zur

»doppelten Spezialisierungsdebatte« Klinischer Sozialarbeit. In B. Kraus, H. Effinger, S. B. Gahleitner, I. Miethe & S. Stövesand (Hrsg.), *Soziale Arbeit zwischen Generalisierung und Spezialisierung* (S. 235-243). Opladen: Budrich.

Ningel, R. (2011). *Methoden der Klinischen Sozialarbeit*. Bern: Haupt.

Northen, H. (1994). *Clinical social work. Knowledge and skills*. New York: Columbia University Press.

Ohling, M. (2014). *Soziale Arbeit und Psychotherapie. Veränderung der beruflichen Identität von SozialpädagogInnen durch Weiterbildung in psychotherapeutisch orientierten Verfahren*. Weinheim: Beltz Juventa.

Ortmann, K. (2006). Beratung in der Klinischen Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit*, 2(Sonderausgabe), 23. Online verfügbar: www.zks-verlag.de/wp-content/uploads/klinsa_special_2006.pdf [12.03.2015].

Ortmann, K. & Röh, D. (Hrsg.) (2008). *Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven*. Freiburg: Lambertus.

Ortmann, K. & Röh, D. (2012). Gesundheitsstörungen als soziopsychosomatische Phänomene – Behandlung neu denken, Krankheiten auch sozial behandeln und Behinderungen vermeiden. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (Reihe: Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 4; S. 230-244). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Ortmann, K. & Waller, H. (Hrsg.) (2005). *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder*. Baltmannsweiler: Schneider.

Pantuček, P. & Röh, D. (Hrsg.) (2009). *Perspektiven Sozialer Diagnostik: über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards*. Wien: Lit.

Pauls, H. (2013a). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. *Resonanzen*, 1(1), 15-31. Online verfügbar: www.resonanzen-journal.org/article/view/191/124 [12.03.2015].

Pauls, H. (2013b). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung* (3., unveränd. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa (Erstaufl. 2004; letzte überarb. Aufl. 2011).

Pauls, H., Stockmann, P. & Reicherts, M. (Hrsg.) (2013). *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil*. Freiburg: Lambertus.

Röh, D. (2009). *Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe*. München: Reinhardt.

Röh, D., Ortmann, K. & Ansen, H. (2014). Positionspapier zur Sozialtherapie. In Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA), Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.), *Protokoll der Sitzung der Sektion Klinische Sozialarbeit am 08.12.2014* (Anhang). Frankfurt: Fachhochschule Frankfurt am Main.

Rutz, W. (2006). Mental health promotion in times of transition. *Klinische Sozialarbeit*, 2(1), 4-5. Online verfügbar: www.eccsw.eu/download/klinsa_2006-2-1_fulltext.pdf [12.03.2015].

Schaub, H.-A. (2008). *Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung*. Göttingen: V&R unipress.

Walther, C. & Vocale, S. (2013). *Über die Wirksamkeit von ambulant betreutem Wohnen bei psychisch kranken Menschen*. Weitraisdorf: ZKS-Verlag. Online verfügbar: www.zks-verlag.de/wp-content/uploads/Vocale-Walther-Wirksamkeit-von-ambulant-betreutem-Wohnen-bei-psychisch-kranken-Menschen.pdf [12.03.2015].

Wendt, W. R. (1995). Die klinische Sozialarbeit braucht ein Profil. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 142(10), 256-257.

Willem, A. (2007). *Sozialer Beratungsbedarf bei Demenz. Eine Studie über Zugangswege zu Wohngemeinschaften für dementiell erkrankte Menschen*. Weitraisdorf: ZKS-Verlag. Online verfügbar: www.zks-verlag.de/wp-content/uploads/band9_willem_sozialer_beratungsbedarf_bei_demenz.pdf [12.03.2015].

World Health Organization (WHO) (2001). *The World Health Report 2001. Mental health: new perspectives, new hope*. Genf: WHO. Online verfügbar: www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_en.pdf [12.03.2015].

Wunderer, E. (2015). *Praxishandbuch Soziale Arbeit bei Menschen mit Essstörungen*. Weinheim: Beltz Juventa.

Forschung in der Klinischen Sozialarbeit: Bestandsaufnahme und Perspektiven

Silke Birgitta Gahleitner, Anna Lena Rademaker
und Gernot Hahn

Traditionen und Brüche

Klinische Sozialarbeit benötigt eine »verlässliche Selbstkontrolle und theoretisch fundierte Anleitung, die der Komplexität des sozialberuflichen Handlungsfeldes gerecht wird« (Mühlum, 2004, S. 123). Forschung in der Klinischen Sozialarbeit muss sich folglich nicht nur als komplexe Querschnittswissenschaft verstehen, sondern auch stets »empirisch anwendungsfähig, kritisch, interventionsorientiert ... sein« (ebd., S. 153). Als handlungswissenschaftlich ausgerichtete Disziplin mit dem Mandat, psychosoziale Lebensweisen und Lebenslagen mittels professioneller Methoden zu verstehen und verändern, ist es in der Klinischen Sozialarbeit von besonderer Bedeutung, Forschung (auch) auf praktische Belange auszurichten (Gahleitner & Mühlum, 2010).

Dieser Anspruch hat eine lange Tradition. Bereits »die Entstehung der professionellen Sozialarbeit war eng mit Forschungsbemühungen verbunden« (Miethe & Schneider, 2010, S. 62) und – so lässt sich hinzufügen – eng mit Forschungsbemühungen aus dem Bereich der Klinischen Sozialarbeit. Schon früh rückte die Praxis selbst mit Fragen nach »Wirkung« in den Fokus (Hoff, 2010), so z. B. Salomons und Wronskeys (1926) Untersuchungen zu Unterschichtfamilien. Dass diese Traditionslinie vorübergehend so stark in Vergessenheit geraten ist, war vor allem durch den Nationalsozialismus bedingt, in dem zahlreiche SozialfürsorgerInnen sich nahtlos in die Vernichtungskampagnen einfügten (vgl. auch Otto & Sünker, 1989).

Auch nach 1945 wurde Forschung zunächst jedoch weder im disziplinären Selbstverständnis der Sozialarbeit noch jenem der Sozialpädagogik wieder zum »Kerngeschäft« (Miethe & Schneider, 2010, S. 64). Das damalige Vakuum wurde durch medizinische und psychologische Forschung gefüllt, die die Forschungslandschaft dominierte (Maier, 1999). Diese eignete sich jedoch nur zum Teil zur Einschätzung der Erfolge bzw. Misserfolge Sozialer Arbeit (Müller, 1988). Ein Forschungsvakuum in der originären Sozialen Arbeit entstand (vgl. hier und im Folgenden ausführlich Gahleitner, 2012, 2013).

Die aktuelle wissenschaftliche Debatte um Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, die zunehmende Durchdringung mit wissenschaftlichen Erkenntnissen und

ein deutlich stärkeres Interesse an empirischen Studien sowie die Schaffung von Forschungs- und Promotionskolloquien hat jedoch eine neue Generation von ForscherInnen hervorgebracht (Gahleitner & Mühlum, 2010; Schmitt, 2012). Seit den 1990er-Jahren hat sich die Anzahl empirischer Studien vervielfacht. Fachtagungen mehren sich, Zeitschriften und Buchreihen wurden initiiert. Im Folgenden wird in einer kurzen Bestandsaufnahme ein Einblick in den aktuellen Stand der Forschung in der Klinischen Sozialarbeit und seine Perspektiven vermittelt.

Methodologische Selbstbestimmung

Wie »lässt sich die soziale Dimension des Phänomens Gesundheit in ihrem dynamischen Zusammenspiel mit der biopsychischen Dimension umfassend beschreiben und erklären« (Sommerfeld et al., 2010, S. 11). In der Klinischen Sozialarbeit muss auch die Forschung diesem doppelten Fokus Person und Kontext gerecht werden (Gahleitner & Mühlum, 2010; Ortman & Röh, 2008). Klinische Sozialarbeit knüpft dazu an bereits bewährte methodologische Traditionen der Sozialarbeitsforschung an, muss sich dabei jedoch nicht nur anwendungsbezogen, sondern auch interdisziplinär (z. B. im Konzert mit den Gesundheitswissenschaften) orientieren.

Mit dem Anspruch, Hilfeprozesse zu optimieren und Bewältigungsverhalten zu untersuchen und zu unterstützen, steht die Verknüpfung des »Gegenstandes« der Klinischen Sozialarbeit (= Hilfebedarf; Schaub, 2008) mit dem Hilfeprozess (= Praxis der Behandlung; Gahleitner & Ortman, 2006) im Zentrum des Bemühens. Klinisch-soziale Hilfepraxis ist daher mit ihren AdressatInnen, deren Biografien, Lebenslagen, Lebensstilen, Wünschen, Werten, Absichten, Gefühlen und Wirklichkeiten – kurz »Sinnstrukturen« – schwer einzufangen (ebd.). Die Prämissen und methodischen Prinzipien qualitativer Forschung nach Frieberthäuser und Jakob (2001/2005, S. 576ff.) gelten daher auch für klinisch-soziale Problemstellungen: Erfassung der sozialen Wirklichkeit aus der Perspektive der Beteiligten, Prozesshaftigkeit, Triangulation, »induktive« Theoriebildung und (Selbst-) Reflexivität der Forschenden.

Auf der Suche nach Tragfähigkeit und Generalisierbarkeit von Ergebnissen haben jedoch in medizinisch-psychologischen Forschungsbereichen evidenzbasierte Methoden entlang sog. Goldstandards an Gewichtung gewonnen. Mithilfe »objektiver« Methoden sollen Transparenz des methodischen Vorgehens, dessen Begründung und dessen Wirksamkeit hergestellt werden. Die Methodendebatte in der Klinischen Sozialarbeit muss sich hier auf konflikthafte Auseinandersetzungen einlassen. Denn: *Evidence-based* bedeutet zunächst nur »auf Beweisen beruhend«. Das bedeutet: Zur Unterstützung von *evidence-based social work* (Sommerfeld & Hüttemann, 2007) sollen nicht nur Probleme und Lebenswelten erforscht, sondern verstärkt Vorgehensweisen und Wirksamkeit klinischen Handelns evaluiert werden.

Keine Frage ist, dass wir empirische Belege für die Effektivität von Interventionen als Grundlage für praktische Entscheidungen über das Vorgehen in konkreten Einzelfällen brauchen (Pauls, 2006). Die Frage jedoch, ob es dafür sinnvoll ist, dem quantitativen Forschungsparadigma stets den Vorrang vor dem qualitativen zu geben, ist mit Nein zu beantworten – in einem Bereich, wo eine je eigenwillige Dynamik von Lebenswelt, Milieu und Subjekt so elementar die Praxis bestimmt. Forschung in der Klinischen Sozialarbeit benötigt vielmehr neben dem verallgemeinernden Forschungsansatz einen verstehenden Zugang zu sozialen Randlagen »beschädigten Lebens« (Keupp, 1997; vgl. für diesen Zusammenhang ausführlich Gahleitner, 2013; vgl. international Petr & Walter, 2009).

Überblick über den State of the Art

Inzwischen gibt es entlang der soeben angestellten Überlegungen eine große Anzahl sehr unterschiedlich ausgerichteter Forschungsprojekte in der Klinischen Sozialarbeit. Die Schwerpunkte sind breit gestreut – von der Praxisforschung über Evaluation bis hin zu Grundlagen- und Professionsforschungsprojekten. Bereits in der von Maier (1999) publizierten Bestandsaufnahme von Forschung im Bereich der Sozialen Arbeit finden sich gut 30 Projekte mit einem klinischen Fokus. In einer der ersten übergreifenden Be-

standsaufnahmen von Forschungsprojekten in der Sozialen Arbeit (herausgegeben von Steinert et al., 1998) findet sich ebenfalls bereits eine Reihe von Forschungsprojekten aus dem klinischen Bereich. In der Dokumentation der übergreifenden Tagung zur Sozialarbeitsforschung 2006 in Würzburg (herausgegeben von Engelke et al., 2007) lassen sich ebenfalls gesundheitswissenschaftlich ausgerichtete Projekte identifizieren. Weitere Forschungsergebnisse Klinischer Sozialarbeit finden sich in den allgemeinen Sammelbänden sozialarbeitswissenschaftlicher Forschung (z.B. die Herausgeberbände Engelke et al., 2009; Giebeler et al., 2008; Miethe et al., 2007; Schweppe, 2003).

Das »Netzwerk Qualitative Gesundheitsforschung« im Bereich der Gesundheitssoziologie, Rehabilitation, Pflege und Gesundheitswissenschaften (qualitative-gesundheitsforschung.de) hat eine Zusammenstellung von Projekten unternommen und stellt zudem ausgewählte Literatur für diesen Schwerpunktbereich zur Verfügung. Mit der Datenbank des Kooperationsverbunds »Gesundheitliche Chancengleichheit« der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) soll Gesundheitsförderung in Forschung wie Praxis gestärkt werden (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de). Dokumentation und Evaluation bieten in der Recherche nach wissenschaftlich fundierten Praxisprojekten, neben elf Good-Practice-Kriterien, eine solide Orientierung und den Nachweis über den aktuellen Forschungsstand in der Anwendungspraxis von Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention.

In einschlägigen Sammelbänden und Monografien klinisch ausgerichteter Sozialarbeit wurden gezielt empirische Projekte aus dem klinischen Feld präsentiert (vgl. u.a. Gahleitner & Hahn, 2009; Geißler-Piltz & Gerull, 2009; Hanses, 1996; Klein, 2005; Schaub, 2008; vgl. hier und im Folgenden bereits zusammenfassend Gahleitner & Mühlum, 2010; Gahleitner, 2013). Zu Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen bietet das Forschungsverzeichnis der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und der Klinischen Sektion der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (dvsg.org/hauptnavigation-links/fachbereiche/forschung/) eine aktuelle Bestandsaufnahme von Forschungsprojekten. Das Verzeichnis bildet mit aktuell 54 laufenden bzw. abgeschlossenen Projekten eine Vielzahl unterschiedlicher Themen, Forschungsperspektiven und methodischer Herangehensweisen ab. Auch in der vorliegenden Zeitschrift »Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Forschung und Praxis« wurde in den ver-

gangenen zehn Jahren eine Reihe von Forschungsprojekten vorgestellt.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden im Folgenden einige besonders typische Beispiele zur Anschauung aus den soeben genannten Quellen herausgegriffen: Hahn (2007a, 2007b) z.B. identifizierte mithilfe der Grounded Theory protektive Faktoren bei ehemaligen Maßregelpatienten. Eine biografietheoretische Untersuchung zu Migration und Krankheit legte Schulze (2006a, 2006b) vor. Aus dem Bereich der Kliniksozialarbeit zeigten Dettmers und Spreng (2007) mit qualitativen und quantitativen Verfahren auf, wie bedeutsam Soziale Netzwerke in der Begleitung chronisch Erkrankter werden können. Hedtke-Becker und Hoevels (2006; vgl. auch Hedtke-Becker et al., 2003) entwickelten in einem übergreifenden Forschungsprojekt biopsychosoziale Instrumente, Interventionen und Strategien für die Klinische Sozialarbeit mit chronisch kranken und älteren Menschen, um nur einige Beispiele aus der zehnjährigen Tradition der Zeitschrift herauszugreifen.

In seiner Monografie zu »Klinischer Sozialarbeit« referierte Schaub (2008) drei qualitative Forschungsprojekte aus den Bereichen Jugendhilfe, Sozialpsychiatrie und gesundheitliche Basisversorgung. Geißler-Piltz und Gerull (2007) stellten übergreifende Ergebnisse einer Studie zu subjektiven Einschätzungen und Rahmenbedingungen professionellen Handelns Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen vor. Aus rekonstruktiver Perspektive beleuchteten bereits Hanses und Börgartz (2001) in einer biografischen PatientInnenstudie die Praxis der Sozialarbeit im Krankenhaus (vgl. auch bereits Hanses, 1996). Gahleitner und Becker-Bikowski (2007) fokussierten die Lebensqualität und Krankheitsbewältigung bei TumorpatientInnen in der Mund-, Kiefer- und Gesichts-Chirurgie. Vogt (2013) führte Interviews mit drogenabhängigen Frauen und Männern unter dem Gesichtspunkt des doing gender.

Weitere Studien widmen sich reflexiv dem Selbstverständnis von Professionellen im praktischen Handeln, davon auch einige im klinischen Bereich: Schmitt (1994, 1995) untersuchte metaphorisch Handlungsfelder der Einzelfallhilfe. Obert (2001) erforschte alltags- und lebensweltorientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns (vgl. auch Quindel, 2007). In einer übergreifenden Kombinationsstudie untersuchte Fröhlich-Gildhoff (2006) niederfrequente und intensive sozialpädagogische Einzelfallbetreuung. Einige Projekte fokussierten spezifische Zielgruppen: Steckelberg (2004) untersuchte Jugendliche und junge Erwachsene auf der Straße, Chas-

sé und Rahn (2007) die Aneignung von Lebenswelten benachteiligter Kinder und deren Bewältigungsstrategien. Eine umfangreiche Bestandserhebung zum Forschungsstand über subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen Heranwachsender liefert auch der Artikel »Subjektive Krankheitstheorien bei Kindern und Jugendlichen« von Wiehe (2013) im Sammelband »Krankheitsvorstellungen von Patienten. Herausforderungen für Medizin und Psychotherapie« von Brähler und Hoefert (2013).

Den hard-to-reach-Aspekt arbeiteten besonders Flick und Röhnisch (2008) heraus. Mit ihrem Projekt »Gesundheit auf der Straße. Gesundheitsvorstellungen und Umgang mit Krankheit im Kontext von Jugendobdachlosigkeit« rekonstruierten sie subjektive Gesundheitsvorstellungen von obdachlosen Jugendlichen mit besonderem Blick auf spezifische (zumeist lebenslagenbezogene) chronische Erkrankungen. Auch die Studie von Homfeldt und Steigleder (2003), »Gesundheitsvorstellungen und Lebenswelt. Subjektive Vorstellungen von Bewohnern benachteiligter Wohngebiete über Gesundheit und ihre Einflussfaktoren« trägt zu diesem Segment bei. Pauls und Reicherts (2015; für den Bereich Jugendhilfe) und Hahn und Pauls (2015; für den Bereich Strafvollzug/Forensik) zeigen für hard-to-reach-Klientel multidimensionale sozialtherapeutische Vorgehensweisen und ihre Wirksamkeit anhand von quantitativen Einzelfallanalysen auf. Hier und in anderen quantitativen Studien kam die Zielerreichungsanalyse (Pauls & Reicherts, 2012) als »bivalentes« (quantitatives und qualitatives) Instrument zum Einsatz (z.B. für eine Evaluation stationärer Suchttherapie Hemmerich, 2013).

Integration und Ausschluss psychisch Kranker thematisierten Sommerfeld und KollegInnen (2007; vgl. auch Sommerfeld et al., 2010). In einem Projekt zu »Kunst und Resilienz bei traumatisierten Kindern« (Ku-Re-Projekt) wurde untersucht, inwiefern die künstlerische Gestaltung den Selbstwert sowie die Resilienzentwicklung bei traumatisierten Kindern stärkt (Kaiser-Hylla, 2013). Mit Blick auf die gesunde Entwicklung sechs- bis zehnjähriger Schulkinder evaluierten Müller-Kohlenberg und Kolleginnen (2013), ob und inwieweit sich das Mentorenprogramm »Balu und Du« auf ihr Gesundheitsverhalten, ihr Gesundheitserleben und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirkt. Auf der Grundlage von Ergebnissen der Risiko-, Coping- und Resilienzforschung entwickelte Lenz in seinem 2007 bis 2012 durchgeführten Projekt »Kinder als Angehörige psychisch Kranker – Präventionsmaßnahmen für Kinder psychisch kranker El-

tern, Entwicklung, Implementierung und Evaluation“ ein familienorientiertes Präventions- und Interventionsprogramm für Kinder als Angehörige psychisch Kranker (vgl. Lenz, 2012).

Dörfert und Schwarz (2013) stellten in einer kriteriengeleiteten Literaturrecherche zu den Auswirkungen der sozialen Ressourcen sowie des sozioökonomischen Status' einer Nachbarschaft auf die individuelle Gesundheit, den aktuellen Stand der Forschung zum Zusammenhang von sozialer Nachbarschaft und Gesundheit in Deutschland zusammen. In seinem Beitrag über »Gesunde und nachhaltige Organisationen« nahm Schneider (2013) das Phänomen der Organisation in den Blick. Anhand einer Betrachtung verschiedener Forschungsergebnisse verwies er auf die Gesundheitspotenziale von Organisationen der Sozialen Arbeit und die daraus resultierenden Forschungsdesiderate. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass innerhalb des Feldes klinisch und gesundheitswissenschaftlich ausgerichteter Sozialer Arbeit bereits eine Anzahl empirischer Arbeiten vorliegt, an die fruchtbar angeknüpft werden kann, um Verstehens- und Handlungskonzepte »theoretisch« zu generieren, zu evaluieren und weiterzuentwickeln.

Schlussgedanken

Die große Anzahl von Studien steht im Kontext einer allgemeinen Tendenz der letzten Jahrzehnte in der Sozialen Arbeit, in der der Stellenwert von Forschung eine deutlich positive Entwicklung genommen hat (vgl. dazu Engelke et al., 2007, 2009; Miethke & Schneider, 2010; Mühlum, 2004; Staub-Bernasconi, 2007). Es scheint, als ob es gelungen wäre, ein »klares Selbstverständnis als forschungsintensive Disziplin und Profession« (Gahleitner, 2013, S. 55) zu gewinnen. In der Auseinandersetzung mit den Disziplinen Medizin und Psychologie zielt dies keinesfalls auf den Ausschluss evidenzbasierter Forschungspraxis, sondern ist lediglich ein ausdrückliches Plädoyer für die Notwendigkeit beider erkenntnistheoretischer Grundpositionen in der Theoriebildung Sozialer Arbeit. Es geht darum, sich »selbstbewusst zur Evidence-based-practice-Debatte positionieren« (Gahleitner, 2013, S. 56) zu können.

Mit dem Blick auf den momentanen Stand bedeutet dies allerdings einen Nachholbedarf im quantitativen Forschungsbereich, um das »Forschungsspektrum umfassender ausschöpfen« (ebd., S. 55) zu können. In den jeweiligen Kolloquien und Forschungswerkstätten

wird dies auch – durch spezielle Beratung und Begleitung in diesem Bereich – anzuregen versucht. »Wenn sich das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit als handlungsleitendes Paradigma in der Sozialen Arbeit bewähren soll, muss es einen integrierenden Rahmen bieten, in dem sich neurologische, neurophysiologische, somatische, psychische und sozial-ökologische Diagnosen zu einer Gesamtdiagnose ergänzen« (Sommerfeld et al., 2010, S. 18; vgl. auch Jork & Peseschkian, 2006, S. 52f.).

Eine breite wissenschaftlich fundierte Praxis, die sich empirisch evaluiert, die Schritt um Schritt »Wissen schafft«, die nicht vorschnell und von zu hohem Anspruchsniveau eingeschüchtert, von einer Unmöglichkeit der »Messung« der Effekte von Sozialarbeitsinterventionen spricht, könnte eine neue tragfähige Basis für das sog. Theorie-Praxis-Problem schaffen und »z. B. unter dem Leitbegriff der »Praxisbewährung« gefasst werden« (Pauls, 2006, S. 28).

Literatur

- Brähler, H.-W. & Hoefert, E. (Hrsg.) (2013). *Krankheitsvorstellungen von Patienten. Herausforderungen für Medizin und Psychotherapie*. Lengerich: Pabst.
- Chassé, K. A. & Rahn, P. (2007). Aneignung von Lebenswelt und Bewältigungsstrategien von Kindern in benachteiligten Lebenslagen. In E. Engelke, K. Maier, E. Steinert, S. Borrmann & C. Spatscheck (Hrsg.), *Forschung für die Praxis. Zum gegenwärtigen Stand der Sozialarbeitsforschung* (S. 182-184). Freiburg: Lambertus.
- Dettmers, S. & Spreng, G. (2007). Klinische Sozialarbeit bei chronischer Erkrankung. Zwei Studien zur Bedeutung Sozialer Unterstützung bei chronisch-neurologischen Erkrankungen. *Klinische Sozialarbeit*, 3(2), 4-7.
- Dörfert, K. A. & Schwarz, J. (2013). *Erhebung des aktuellen Stands der Forschung zum Zusammenhang von sozialer Nachbarschaft und Gesundheit in Deutschland. Ergebnisse einer kriteriengeleiteten Literaturrecherche zu den Auswirkungen der sozialen Ressourcen sowie des sozioökonomischen Status einer Nachbarschaft auf die individuelle Gesundheit*. Masterthesis. Neubrandenburg: Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management. Online verfügbar: digibib.hs-nb.de/resolve?id=dbhsnb_thesis_0000001085 [13.04.2015].
- Engelke, E., Maier, K., Steinert, E., Borrmann, S. & Spatscheck, C. (Hrsg.) (2007). *Forschung für die Praxis. Zum gegenwärtigen Stand der Sozialarbeitsforschung*. Freiburg: Lambertus.
- Engelke, E., Spatscheck, C. & Borrmann, S. (2009). *Die Wissenschaft Soziale Arbeit. Werdegang und Grundlagen* (3., überarb. Aufl.). Freiburg: Lambertus.
- Flick, U. & Röhnisch, G. (2008). *Gesundheit auf der Straße. Gesundheitsvorstellungen und Umgang mit Krankheit im Kontext von Jugendobdachlosigkeit*. Weinheim: Juventa.
- Friebertshäuser, B. & Jakob, G. (2005). Forschungsmethoden: qualitative. In H.-U. Otto & H. Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik* (3., unveränd. Aufl., S. 576-591). München: Reinhardt (letzte völlig überarb. Aufl. 2001).
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). Niederfrequente und intensive sozialpädagogische Einzelfallbetreuung. In K. Fröhlich-Gildhoff, E.-M. Engel, M. Rönnau & G. Kraus (Hrsg.), *Forschung zur Praxis in den ambulanten Hilfen zur Erziehung* (S. 119-140). Freiburg: FEL.
- Gahleitner, S. B. (2012). Forschung in der Sozialen Arbeit: Eine Bestandsaufnahme. In S. B. Gahleitner, B. Kraus & R. Schmitt (Hrsg.), *Über Soziale Arbeit und über Soziale Arbeit hinaus. Ein Blick auf zwei*

- Jahrzehnte Wissenschaftsentwicklung, Forschung und Promotionsförderung* (S. 59-76). Lage: Jacobs.
- Gahleitner, S. B. (2013). Forschung »bio-psycho-sozial«: Bestandsaufnahme und Perspektiven aus Sicht der Sozialen Arbeit. In A. Schneider, A. L. Rademaker, A. Lenz & I. Müller-Baron (Hrsg.), *Forschung: bio-psycho-sozial. Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit* (S. 49-66). Opladen: Budrich.
- Gahleitner, S. B. & Becker-Bikowski, K. (2007). Lebensqualität und Krankheitsbewältigung bei Tumorpatienten in der MKG-Chirurgie – Beitrag des Kliniksozialdienstes zur psychosozialen Versorgung. In E. Engelke, K. Maier, E. Steinert, S. Borrmann & C. Spatscheck (Hrsg.), *Forschung für die Praxis. Zum gegenwärtigen Stand der Sozialarbeitsforschung* (S. 123-127). Freiburg: Lambertus.
- Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (Hrsg.) (2009). *Klinische Sozialarbeit. Forschung aus der Praxis – Forschung für die Praxis* (Reihe: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 2). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S. B. & Mühlum, A. (2010). Klinische Sozialarbeit. In K. Bock & I. Miethke (Hrsg.), *Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit* (S. 490-499). Opladen: Budrich.
- Gahleitner, S. B. & Ortman, K. (2006). Qualitative Sozialarbeitsforschung – Auf der Suche nach »sozialer Realität«. *Klinische Sozialarbeit*, 2(Sonderausgabe), 40-44. Online verfügbar: www.eccsw.eu/download/klinsa_special_2006.pdf [13.04.2015].
- Geißler-Piltz, B. & Gerull, S. (2007). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Subjektive Einschätzungen und Rahmenbedingungen professionellen Handelns. *Klinische Sozialarbeit*, 3(3), 10-12. Online verfügbar: www.eccsw.eu/download/klinsa_2007-3-3_fulltext.pdf [13.04.2015].
- Geißler-Piltz, B. & Gerull, S. (Hrsg.) (2009). *Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings*. Opladen: Budrich.
- Giebel, C., Fischer, W., Goblirsch, M., Miethke, I. & Riemann, G. (Hrsg.) (2008). *Fallverstehen und Fallstudien. Interdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialarbeitsforschung* (2., durchges. Aufl.). Opladen: Budrich.
- Hahn, G. (2007a). Rückfallfreie Sexualstrafäter. Protektive Faktoren bei ehemaligen Maßregelpatienten. *Klinische Sozialarbeit*, 3(2), 10-11.
- Hahn, G. (2007b). *Rückfallfreie Sexualstrafäter. Salutogenetische Faktoren bei ehemaligen Maßregelvollzugspatienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hahn, G. & Pauls, H. (2015). Fall- und Qualitätskontrolle psycho-sozialer Fallarbeit im Zwangskontext Forensischer Fachambulanzen. In M. Reicherts & P. A. Genoud (Hrsg.), *Einzelfallanalyse(n) in der psycho-sozialen Praxis. Grundlagen – Methoden – Anwendungsbeispiele*. Weitraisdorf: ZKS-Verlag. Online verfügbar: www.zks-verlag.de/katalog/ [15.05.2015].
- Hanses, A. (1996). *Epilepsie als biographische Konstruktion: eine Analyse von Erkrankungs- und Genesungsprozessen anfallserkrankter Menschen anhand erzählter Lebensgeschichten*. Bremen: Donat.
- Hanses, A. & Börgartz, H. (2001). Soziale Arbeit im Krankenhaus. Eine biographische PatientInnenstudie zur Praxis klinischer Sozialarbeit. *neue praxis*, 31(6), 573-595.
- Hedtke-Becker, A. & Hoevels, R. (2006). Instrumente, Interventionen und Strategien für die Klinische Sozialarbeit. Ergebnisse aus dem multiprofessionellen Arbeitsmodell KISMED. *Klinische Sozialarbeit*, 2(1), 5-8. Online verfügbar: www.eccsw.eu/download/klinsa_2006-2-1_fulltext.pdf [13.04.2015].
- Hedtke-Becker, A., Hoevels, R. & Schwab, M. (Hrsg.) (2003). *(Familien-)Medizin und Sozialarbeit: ein Kooperationsmodell. Biopsychosoziale Behandlung chronischer kranker Menschen im internistischen Krankenhaus. Das KISMED – Projekt in der Praxis*. Hockenheim: Larimar.
- Hemmerich, V. (2013). *Evaluation in der stationären Drogentherapie mittels Zielerreichungsanalyse. Eine empirische Studie in einer Fachklinik*. Weitraisdorf: ZKS-Verlag. Online verfügbar: www.zks-verlag.de/evaluation-in-der-stationaerendrogentherapie-mittels-zielerrreichungsanalyse/ [13.04.2015].
- Hoff, W. (2010). Traditionen der Sozialarbeit. In K. Bock & I. Miethke (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit* (S. 75-87). Opladen: Budrich.

- Homfeldt, H. G. & Steigleder, S. (2003). *Gesundheitsvorstellungen und Lebenswelt. Subjektive Vorstellungen von Bewohnern benachteiligter Wohngebiete über Gesundheit und ihre Einflussfaktoren*. Weinheim: Juventa.
- Jork, K. & Peseschkian, N. (Hrsg.) (2006). *Salutogenese und positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben* (2., überarb. u. erg. Aufl.). Bern: Huber.
- Kaiser-Hylla, C. (2013). Kunst und Resilienz bei traumatisierten Kindern: Ein Forschungsprojekt. In A. Schneider, A. L. Rademaker, A. Lenz & I. Müller-Baron (Hrsg.), *Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit. Forschung: bio-psycho-sozial* (S. 67-77). Opladen: Budrich.
- Keupp, H. (1997). *Ermütigung zum aufrechten Gang*. Tübingen: DGVT.
- Klein, U. (Hrsg.) (2005). Klinische Sozialarbeit – die Kunst psychosozialen Helfens [Themenheft]. *psychosozial*, 28(3 [Nr. 101]). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Lenz, A. (2012). »Kinder als Angehörige psychisch Kranker – Entwicklung, Implementierung und Evaluation«. *Abschlussbericht des Forschungsprojektes*. Paderborn: Katholische Hochschule NRW. Online verfügbar: www.katho-nrw.de/fileadmin/primary/Mnt/KatHO/igsp/Abschlussbericht_des_Forschungsprojektes.pdf [13.04.2015].
- Maier, K. (Hrsg.) (1999). *Forschung an Fachhochschulen für Soziale Arbeit. Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Freiburg: Kontaktstelle für Praxisorientierte Forschung.
- Miethe, I., Fischer, W., Giebeler, C., Goblirsch, M. & Riemann, G. (Hrsg.) (2007). *Rekonstruktion und Intervention. Interdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialarbeitsforschung*. Leverkusen: Budrich.
- Miethe, I. & Schneider, A. (2010). Sozialarbeitsforschung – Forschung in der Sozialen Arbeit. Traditionenlinien-Kontroversen-Gegenstände. In S. B. Gahleitner, H. Effinger, B. Kraus, I. Miethe, S. Stövesand & J. Sagebiel (Hrsg.), *Disziplin und Profession Sozialer Arbeit. Entwicklungen und Perspektiven* (S. 51-64). Opladen: Budrich.
- Mühlum, A. (2004). Zur Notwendigkeit und Programmatik einer Sozialarbeitswissenschaft. Sozialarbeitswissenschaft. In A. Mühlum (Hrsg.), *Wissenschaft der Sozialen Arbeit* (S. 121-156). Freiburg: Lambertus.
- Müller, C. W. (1988). Achtbare Versuche. Zur Geschichte von Praxisforschung in der Sozialen Arbeit. In M. Heiner (Hrsg.), *Praxisforschung in der Sozialen Arbeit* (S. 17-33). Freiburg: Lambertus.
- Müller-Kohlenberg, H., Drexler, S., Freitag, C. & Rölker, S. (2013). Gesundheit als Merkmal ganzheitlicher Persönlichkeitsförderung im Mentorenprojekt Balu und Du. In A. Schneider, A. L. Rademaker, A. Lenz & I. Müller-Baron (Hrsg.), *Forschung: bio-psycho-sozial. Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit* (S. 97-112). Opladen: Budrich.
- Obert, K. (2001). *Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Ortmann, K. & Röh, D. (Hrsg.) (2008). *Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven*. Freiburg: Lambertus.
- Otto, H.-U. & Sünker, H. (Hrsg.) (1989). *Soziale Arbeit und Faschismus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Pauls, H. (2006). Praxis schafft Wissen und Wissen schafft Praxis. Begründungen für eine praxisorientierte Forschung in der Sozialen Arbeit. *Forum soziale Arbeit + gesundheit*, 3(1), 28-31.
- Pauls, H. & Reicherts, M. (2012). *Zielorientierung und Zielerreichungsanalyse in der psycho-sozialen Fallarbeit. Eine Arbeitshilfe für Beratung, Soziale Arbeit, Sozio- und Psychotherapie* (Reihe: Schriftenreihe zur psychosozialen Gesundheit, Bd. 14). Weitraisdorf: ZKS-Verlag.
- Pauls, H. & Reicherts, M. (2015). Ein Einzelfallanalyse-Beispiel zur mehrdimensionalen, psycho-sozialen Fallarbeit: Petra. In M. Reicherts & P.A. Genoud (Hrsg.), *Einzelfallanalyse(n) in der psycho-sozialen Praxis. Grundlagen – Methoden – Anwendungsbeispiele*. Weitraisdorf: ZKS-Verlag. Online verfügbar: www.zks-verlag.de/katalog/ [15.05.2015].
- Petr, C. G. & Walter, U. M. (2009). Evidence-based practice: a critical reflection. *European Journal of Social Work*, 12(2), 221-232.
- Quindel, R. (2007). Das Selbstverständnis der Professionellen in der Sozialpsychiatrie – Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle. In E. Engelke, K. Maier, E. Steinert, S. Borrmann & C. Spatscheck (Hrsg.), *Forschung für die Praxis. Zum gegenwärtigen Stand der Sozialarbeitsforschung* (S. 221-224). Freiburg: Lambertus.
- Salomon, A. & Wronsky, S. (1926). *Soziale Therapie. Ausgewählte Akten aus der Fürsorge-Arbeit. Für Unterrichtszwecke zusammengestellt und bearbeitet*. Berlin: Heymann.
- Schaub, H.-A. (2008). *Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung*. Göttingen: V&R unipress.
- Schmitt, R. (1994). Fremde Theorien und schwer zu begreifende Praxis. Einzelfallhilfe im Spannungsfeld zwischen sozialwissenschaftlichen, pädagogischen oder therapeutischen Disziplinen und eigenem Selbstverständnis. In B. Fritzsche, K. Fromm, E. Giese, W. Imbruck, U. Jostock & W. Nutt (Hrsg.), *Wenn der Berg nicht zum Propheten kommt. Beiträge zur aufsuchenden Arbeit mit Einzelnen und Familien* (S. 101-116). Tübingen: DGVT.
- Schmitt, R. (1995). *Metaphern des Helfens*. Weinheim: Beltz – PVU.
- Schmitt, R. (2012). Promotionsförderung in der Sozialen Arbeit: Eine alte, neue Aufgabe der DGSA. In S. B. Gahleitner, B. Kraus & R. Schmitt (Hrsg.), *Über Soziale Arbeit und über Soziale Arbeit hinaus. Ein Blick auf zwei Jahrzehnte Wissenschaftsentwicklung, Forschung und Promotionsförderung* (S. 77-88). Lage: Jacobs.
- Schneider, A. (2013). Gesunde und nachhaltige Organisationen. In A. Schneider, A. L. Rademaker, A. Lenz & I. Müller-Baron (Hrsg.), *Forschung: bio-psycho-sozial. Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit* (S. 127-140). Opladen: Budrich.
- Schulze, H. (2006). Biographietheoretische Konzeptualisierung als soziale und geschichtliche Dimensionierung des Psychischen. *Klinische Sozialarbeit*, 2(2), 10-12.
- Schulze, H. (2006). *Migrieren – Arbeiten – Krankwerden. Eine biographietheoretische Untersuchung*. Bielefeld: transcript.
- Schweppe, C. (Hrsg.) (2003). *Qualitative Forschung in der Sozialpädagogik*. Opladen: Leske + Budrich.
- Sommerfeld, P., Hollenstein, L. & Calzaferri, R. (2007). Integration und Ausschluss – Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit in Re-Integrationsprozessen. In E. Engelke, K. Maier, E. Steinert, S. Borrmann & C. Spatscheck (Hrsg.), *Forschung für die Praxis. Zum gegenwärtigen Stand der Sozialarbeitsforschung* (S. 138-141). Freiburg: Lambertus.
- Sommerfeld, P. & Hüttemann, M. (Hrsg.) (2007). *Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Nutzung von Forschung in der Praxis*. Baltmannsweiler: Schneider.
- Sommerfeld, P., Dällenbach, R. & Rügger, C. (2010). Entwicklung durch Kooperation. Instrumente und Verfahren der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie – Einblicke in ein kooperatives Forschungs- und Entwicklungsprojekt. *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit*, 5(8-9), 8-34.
- Staub-Bernasconi, S. (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis*. Ein Lehrbuch. Bern: Haupt UTB.
- Steckelberg, C. (2004). *Jugendliche und junge Erwachsene auf der Straße. Lebenswelt, Kultur und Geschlecht*. Vortrag bei der Fachtagung »Aktuelle Versorgungsmöglichkeiten, Lebenswelten und Therapiekarrieren von Straßenkinds«, 07.10.2004 in Essen.
- Steinert, E., Sticher-Gil, B., Sommerfeld, P. & Maier, K. (Hrsg.) (1998). *Sozialarbeitsforschung: was sie ist und leistet; eine Bestandsaufnahme*. Freiburg: Lambertus.
- Vogt, I. (2013). Doing gender: Selbstdarstellung von süchtigen Männern und Frauen in qualitativen Interviews. In A. Schneider, A. L. Rademaker, A. Lenz & I. Müller-Baron (Hrsg.), *Forschung: bio-psycho-sozial. Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit* (S. 207-216). Opladen: Budrich.
- Wiehe, K. (2013). Subjektive Krankheitstheorien bei Kindern und Jugendlichen. In H.-W. Brähler & E. Hoefert (Hrsg.), *Krankheitsvorstellungen von Patienten. Herausforderungen für Medizin und Psychotherapie* (S. 255-278). Lengerich: Pabst.

»Klinische Sozialarbeit« – eine Zeitschrift im Spiegel der Praxis

Gerhard Klug

Zehn Jahre Fachzeitschrift *Klinische Sozialarbeit* sind ein Meilenstein in der Geschichte dieser Profession. Für die Klinischen SozialarbeiterInnen in der Praxis ist die Zeitschrift ein wichtiger Seismograf fachlicher, wissenschaftlicher und berufspolitischer Entwicklung. Viele Entwicklungslinien sind seit dem Erscheinen bis zum heutigen Zeitpunkt nachzuzeichnen: So stellte das von Pauls & Mühlum (2005) entwickelte Kompetenzprofil der ersten Ausgabe einen wichtigen Schritt zur Beschreibung *klinischer Fachkompetenzen* dar. Standards für die Ausbildung von Klinischen SozialarbeiterInnen wurden festgelegt, und es wurde ein *klinisches*

Handlungsprofil kontextualisiert, das die Klinische im Sozialen akzentuiert. Das in diesem Kompetenzprofil enthaltene Stufen- bzw. Levelmodell wurde auf Hochschulebene weitgehend umgesetzt und sieben Jahre später von der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) für die Zertifizierung Klinischer FachsozialarbeiterInnen adaptiert und weiterentwickelt. Im Folgenden soll eine kurze Würdigung dieser Entwicklung erfolgen, um im Anschluss relevante Aspekte für die Praxis – insbesondere der Jugendhilfe – zu beschreiben.

Eine konzeptuelle Linie zeichnet Pančuk (2006) in seinem Beitrag »Soziale

Diagnose«, indem er die Vielfalt an diagnostischen Verfahren und ihre jeweiligen methodischen Zugänge für die Situationserfassung würdigt. Für die Praxis der Jugendhilfe stellt er relevante Formen von »Notationen« vor wie das »Inklusionschart«, das die Teilhabe »an lebensführungsrelevanten sozialen Bezugssystemen in den Blick« (ebd., S. 6) nimmt, die »Netzwerkdiagnose« (ebd.), um das soziale Kapital erfassen zu können, und die »Black-Box-Diagnostik« (ebd., S. 7) als Möglichkeit, KlientInnen einen Raum zur Eigendiagnose ihrer Lebenswelt zu geben. Strukturierung, Überprüfbarkeit, Nachvollziehbarkeit charakterisieren die Vorgehensweise sozialklinische Diagnos-

tikerInnen und formen sogleich eine professionelle, dialogausgerichtete bzw. partizipative Fachlichkeit.

Mit der Online-Sonderausgabe aus dem Jahr 2006 greifen weitere renommierte AutorInnen und PraktikerInnen dieselbe Thematik auf. Hahn (2006) zeigt Potenzial wie Grenzen des Diagnosemodells »Person-In-Environment«, das als standardisiertes Modell zur Erfassung sozialer Probleme von Karls und Wandrei (1994) entwickelt wurde. Auch das Thema Menschenrechte wird angesprochen. Es spielt bei der Analyse (und somit auch Diagnose) der Lebensverhältnisse eine wichtige Rolle. Gesellschaftlich, psychosozial und gesundheitlich gefährdete exkludierte Kinder, Jugendliche und Familien bedürfen einer anwaltschaftlichen Unterstützung zur Wahrnehmung sozialstaatlicher Rechte. Die Erschließung von staatlichen, karitativen und anderen gemeinnützigen (Sozial-/Wohlfahrt-)Leistungen ist eine wichtige Aufgabe Klinischer Sozialarbeit, die als Inklusions- und Menschenrechtsarbeit betrachtet werden kann (Stockmann, 2012).

Unter den Schlagworten »Beratung« und »Behandlung« wird auch die sozialklinische Behandlungskompetenz schrittweise ausgebaut. Zum einen als Antwort auf die pathologiezentrierte(n) Perspektive(n) des neu geregelten Psychotherapiegesetzes mit der Funktion, im Versorgungssystem als – wie es Zurhorst (2006, S. 25) nennt – »Hüterin der sozialkulturellen Dimension der psychischen Gesundheit«. Dieser Ausdruck verdeutlicht nicht nur emanzipativ den Anspruch der Klinischen Sozialarbeit, die soziale Dimension als Thema zu profilieren, sondern unterstreicht den Zugang gesundheitsorientierter Fallarbeit. Mit Zurhorst ist sogleich ein gelungener Beitrag zu nennen, der sich darüber hinaus an approbierte Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen richtet, die sich jener »sozial-kulturellen Dimension« (ebd., S. 24f.) vergegenwärtigen sollten, wenn sie psychische Erkrankungen bzw. Störungen behandeln.

»Beratung« und »Behandlung« wird zum anderen aus einer heilkundlichen Perspektive von Crefeld (2006) aufgegriffen, der für die Jugendhilfepraxis nicht unerheblich sein dürfte. Die spezielle Interventionskompetenz Klinischer Sozialarbeit, um die Passung zwischen Lebensweise und Lebenswelt zu erhöhen, bei Einbezug der sozialen Dimension psychosozialer und körperlicher (Funktions-)Störungen, kann als eine heilkundliche Tätigkeit angesehen werden. In den »Genuss« einer gesetzlich anerkannten heilkundlichen Anerkennung ihrer Tätigkeit kommen jedoch ausschließlich Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Verbindlich

anerkannte und standardisierte Qualifikationen und Ausübungsvorschriften werden hierzu vom Gesetzgeber durch das Psychotherapiegesetz (PsychThG) formuliert, das einen landesrechtlichen Gestaltungs- oder Auslegungsspielraum nicht zulässt. Dies muss sich ändern.

Der Fokus auf weitere Interventionsmethoden rückt empiriegeleitetes Wissen in den Mittelpunkt der Behandlungsarbeit. So zeigen Gahleitner (2007) und Fröhlich-Gildhoff (2007) entlang der Bindungstheorie auf, wie darauf aufbauende Behandlungskonzepte in der Kinder- und Jugendhilfe sozialklinische Interventionskonzepte begründen können. Zentral dabei ist die professionell gestaltete soziale Erfahrung durch eine interpersonale Begegnung, eine Wechselwirkung zwischen KlientInnen und Klinischen SozialarbeiterInnen, die heilende bzw. Heilung fördernde Wirkung in einem sozialklinischen Handlungsmodell entfaltet.

Wie bedeutend fachliche Kompetenz für die Gestaltung des Interventionsprozesses (Beratung etc.), ist, lässt sich zudem mit Großmaß (2007, S. 8) zeigen. Sie weist auf verschiedene Dimensionen hin wie z.B. Arbeitskontext, Art der Arbeitsbeziehung, Klientelart, räumliche (Beratungs-)Umgebung etc., welche die Beziehung und das Sich-Einlassen moderieren. Sozialklinisches Handeln im Zwangskontext ist davon ebenso betroffen wie die darin liegende Herausforderung, aus einer erzwungenen Beziehung eine helfende und Lebenslagen verändernde Beziehung zu formen. Die Gestaltung von Interventionsprozessen ist eine in der Jugendhilfepraxis komplexe Angelegenheit. Dabei kommt der Interventionsplanung eine tragende Schlüsselrolle zu, um eine negative Hilfekariere mit gesellschaftlichen Folgekosten zu verhindern (Borg-Laufs, 2009; Schmid, 2010; Klug, 2013).

Abschließend sei auf den Forschungs- und Evaluationsbedarf hingewiesen. In der zehnjährigen Geschichte der Zeitschrift ist zu erkennen, dass zu Beginn die Diskussion überwiegend von dem Bedarf und der Notwendigkeit an Forschung und Forschungsmethodologie geprägt war (u.a. Pauls & Mühlum, 2005; Pauls, 2006; Gahleitner & Ortman, 2006). Spezifischer und konkreter wurde sie mit zunehmenden Alter, etwa mit den Themen forschungsbasierte Interventionen (Hüttemann et al., 2007), Untersuchung bzw. Kattamnese zu therapeutischen Wohngruppen (Gahleitner et al., 2009), Wirkungsforschung in der stationären Jugendhilfe (Macsenae, 2013) oder der kritischen Auseinandersetzung mit der Erziehungsbeistandschaft (Klug, 2013).

Wie ist nun diese Entwicklung aus Sicht der Praxis zu bewerten? An dieser Stelle lässt sich festhalten, dass die Jugend-

hilfe, aber nicht nur diese, wichtige Impulse in der Zeitschrift erfahren hat. Das Feld an Publikationen insgesamt ist dabei noch wesentlich umfangreicher, als es hier dargestellt werden kann (vgl. weitere Beiträge in dieser Ausgabe). Die anfängliche Hinführung und Betonung des Immanenten in der Klinischen Sozialarbeit, also die Gesundheitsorientierung sowie die Beratung und Behandlung, ist zunehmend in den Hintergrund getreten. Sie scheint genügend gefestigt. Komplexe handlungstheoretische Akzentuierungen treten in den Vordergrund. Sie zeigen nicht nur eine immer selbstbewusster werdende Fachdisziplin, sondern auch eine stetige Zunahme an publizierenden AutorInnen außerhalb der Hochschulszene. In der Praxis zeigt sich die Akzentuierung darin, dass sozialpädagogisch-intervenierende Konzepte hervortreten, welche ihre Arbeit in einem sozialwissenschaftlichen Kontext wesentlich (trenn)schärfer formulieren.

Das Ergebnis kann sich sehen lassen: Fachliche und institutionelle Aktivitäten stellen sozialklinische Aspekte und Zusammenhänge in einem Ursache-Wirkung-Zusammenhang dar und begründen Interventionskonzepte mit klarem handlungsfeldspezifischem Profil. Noch ist es zu früh zu beurteilen, ob Kostenträger diese Entwicklung entsprechend honorieren. Der Kostendruck und der Verteilungskampf der knappen finanziellen Ressourcen wird der Praxis weiterhin mehr denn je abverlangt, die eigene Arbeit nach wissenschaftlich anerkannten Kriterien zu evaluieren und kritisch hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu überprüfen. Dieser Umstand an sich stellt jedoch nichts Neues dar. Mit Blick auf die Struktur sozialklinischer Fachkräfte, abgebildet durch die von der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) zertifizierten Klinischen FachsozialarbeiterInnen, zeichnet sich ein teilweise differenziertes Bild (Romanowski, 2012).

Romanowski (2012) zeigt in einer Erhebung, dass im Bereich der Jugendhilfe (Hilfen zur Erziehung: 32,18%, Jugendarbeit: 13,79%, Schulsozialarbeit: 8,04%, N=87) ein großer Teil der Fachkräfte tätig ist bzw. war. In seiner Erhebung stellt die Jugendhilfe die zweitstärkste Häufung hinter den psychiatrischen Tätigkeitsfeldern dar (ebd., S. 62). Bezüglich der Altersverteilung, des Kompetenz- und fachlichen Profils lässt sich bedingt durch das Forschungsdesign keine Eingrenzung speziell auf die Jugendhilfe vollziehen. Das daraus gewonnene Bild ist dennoch erwähnenswert: Die abgebildeten Fachkräfte sind überaus erfahren, indem sie über 20 Jahre grundständige und etwa 18 Jahre sozialklinische Berufserfahrung verfügen, ein entsprechend gelagertes reifes

Alter (50-59 Jahre: 55% und 40-49 Jahre: 33%) aufweisen und einem deutlich sozialklinisch akzentuierten Tätigkeitsprofil nachgehen. Als Eingangsqualifikation dominiert bei etwa 80% aller Fachkräfte der Fachhochschulabschluss in Sozialer Arbeit, der wesentlich durch Fort- und Weiterbildungen (oft auch langjährig) ergänzt wurde (oder werden musste), um auf überwiegend hoch belastete und Multiproblem-Klientel eingehen zu können.

Die Gruppe der Klinischen SozialarbeiterInnen ist also groß. Bidirektionale Kompetenzströmungen durch junge sozialklinische MasterabsolventInnen und berufserfahrene middle-ager mit langjähriger sozialklinischer Expertise in der Fallarbeit prägen derzeit die Praxislandschaft und bieten eine gute Chance, Forschungs- und Kontrollmethoden in der Praxis zu verankern und Handlungswissen in die Theorie- und Methodenweiterentwicklung zu transportieren. Aufgabe der Praxis wird sein, klinische Expertise der spezialisierten und langjährig erfahrenen KollegInnen an junge bzw. angehende Klinische SozialarbeiterInnen weiterzugeben und das eigene Aufgabenfeld durch sozialklinische Forschungs- und Kontrollmethoden zu stärken, um Reflexivität und Wirksamkeit auszuweisen.

Literatur

- Borg-Laufs, M. (2009). Therapie im Kontext: Überlegungen zur Überwindung des »treatment gap« zwischen Jugendhilfe und Gesundheitsversorgung. *Klinische Sozialarbeit*, 5(4), 9-10.
- Crefeld, W. (2006). Sozialtherapie: Zur heilkundlichen Tätigkeit von Sozialarbeitern im Gesundheitswesen. *Klinische Sozialarbeit*, 2(Sonderausgabe), 29-31. Online verfügbar: www.eccsw.eu/download/klinsa_special_2006.pdf [14.04.2015].
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Klinische Sozialarbeit*, 3(4), 9-11.
- Gahleitner, S. B. (2007). Überlegungen zur Bindungstheorie als Ausgangspunkt für eine professionelle Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit. *Klinische Sozialarbeit*, 3(4), 4-7.
- Gahleitner, S. B., Krause, B. & Rosemeier, C.-P. (2009). Komplexe Anforderungsprofile: Ergebnisse aus einer Katamnesestudie Therapeutischer Jugendwohngruppen. *Klinische Sozialarbeit*, 5(4), 6-8.
- Gahleitner, S. B. & Ortmann, K. (2006). Qualitative Sozialarbeitsforschung – Auf der Suche nach »sozialer Realität«. *Klinische Sozialarbeit*, 2(Sonderausgabe), 40-44. Online verfügbar: www.eccsw.eu/download/klinsa_special_2006.pdf [14.04.2015].
- Großmaß, R. (2007). Beziehungsgestaltung in der Beratung. *Klinische Sozialarbeit*, 3(4), 7-8.
- Hahn, G. (2006). Standardisierte Diagnostik in der Sozialen Arbeit – Das Person-In-Environment System (PIE). *Klinische Sozialarbeit*, 3(4), 7-8.
- Hüttemann, M., Fetscher, K. & Leuthold, B. (2007). Klinische Sozialarbeit als forschungsbasierte Intervention. Internationale Perspektiven forschungsbasierter Praxis und die Situation Klinischer Sozialarbeit in der Schweiz. *Klinische Sozialarbeit*, 3(3), 6-9.
- Karls, J. N. & Wandrei, K. E. (Hrsg.) (1994). *Person-In-Environment System. The PIE classification system for social functioning problems*. Washington, DC: NASW.

- Klug, G. (2013). Kritische Bestandsaufnahme zur Erziehungsbeistandschaft. *Klinische Sozialarbeit*, 9(3), 12-14.
- Maccsaere, M. (2013). Wirkungsforschung in den stationären Hilfen zur Erziehung: Historie und zentrale Ergebnisse. *Klinische Sozialarbeit*, 9(3), 4-5.
- Pantuček, P. (2006). Soziale Diagnostik. *Klinische Sozialarbeit*, 2(2), 4-8.
- Pauls, H. (2006). Standards, evidenzbasierte Praxis, Praxisforschung: Was können wir tun? *Klinische Sozialarbeit*, 2(Sonderausgabe), 38-39. Online verfügbar: eccsw.de/download/klinsa_special_2006.pdf [14.04.2015].
- Pauls, H. & Mühlum, A. (2005). Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit*, 1(1), 6-9.
- Romanowski, C. (2012). *Faktizität und Struktur Klinischer Sozialarbeitspraxis aus Sicht der Fachkräfte. Eine empirische Erhebung spezifischer Aspekte der aktuellen Praxissituation von »FachsozialarbeiterInnen für Klinische Sozialarbeit (ZKS)« unter einer Entwicklungsperspektive*. Weitraamsdorf: ZKS-Verlag. Online verfügbar: www.zks-verlag.de/faktizitaet-und-struktur-klinischer-sozialarbeitspraxis-aus-sicht-der-fachkraefte/ [14.04.2015].
- Schmid, M. (2010). Kinder- und Jugendhilfe im Brennpunkt: Nachdenken über strukturell verursachte gesellschaftliche Folgekosten bei Jugendhilfeabbrüchen. *Klinische Sozialarbeit*, 6(4), 6-8.
- Stockmann, P. (2012). Menschenrechtsbewusstes Handeln als Qualitätsstandard Klinischer Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit*, 8(3), 4-5.
- Zurhorst, G. (2006). Zum Verhältnis von Klinischer Sozialarbeit und Psychotherapie. *Klinische Sozialarbeit*, 2(Sonderausgabe), 24-28. Online verfügbar: eccsw.de/download/klinsa_special_2006.pdf [14.04.2015].

Klinische Soziale Arbeit und Ausbildung in Österreich – eine Momentaufnahme

Johanna Hefel

AdressatInnen Sozialer Arbeit sind zunehmend (vgl. Pauls, in diesem Band) mit multiplen und kumulativen Problematiken behaftet. Dies erfordert ein umfassendes Verständnis biografischer Entwicklungen, kontextanalytischer Bedingungen und Verhältnisse sowie umfangreiche Kenntnis gesundheitsfördernder Interventionen auf Mikro-, Meso- und Makroebene. Konfrontation und Beschäftigung mit gesundheitsbezogenen und psychosozialen Fragestellungen, auf individueller und gesellschaftlicher Ebene, sowie adäquates professionelles Handeln sind verstärkt Aufgaben von SozialarbeiterInnen. In diesem Sinn kann die Ausdifferenzierung und Spezialisierung der Sozialen Arbeit und die Etablierung der Klinischen Sozialen Arbeit als Teildisziplin als eine mögliche Antwort auf die zunehmenden komplexeren Problematiken der Postmoderne an die Soziale Arbeit betrachtet und eingeordnet werden.

Mühlum und Gahleitner (2011) zeigen die »doppelte Spezialisierungsdebatte« im deutschsprachigen Raum innerhalb der Klinischen Sozialen Arbeit auf,

welche auf die Notwendigkeit der Differenzierung und Abgrenzung verweist. Geht es doch darum, eine junge Teildisziplin im sich ausdifferenzierenden Feld der psychosozialen Beratungslandschaft zu etablieren, sich gegenüber anderen Professionen abzugrenzen und ein deutliches Profil zu entwickeln. In Österreich fand die Reform der Ausbildung von SozialarbeiterInnen hin zum akademischem Niveau 30 Jahre später als in Deutschland statt: Ab 2001 erfolgte die Etablierung des Studiums an Fachhochschulen.

Das Masterstudium Klinische Soziale Arbeit kann an der Fachhochschule Campus Wien seit 2007 und an der Fachhochschule Vorarlberg seit 2010 absolviert werden. Der viersemestrige Masterstudiengang Klinische Soziale Arbeit an der Fachhochschule Vorarlberg ist befalls begleitend.

Die erste Reakkreditierung an der Fachhochschule Vorarlberg führte 2014 zu einer grundsätzlichen Überarbeitung des Curriculums, basierend auf umfassenden Kohärenz- und Akzeptanzanalysen. Das Curriculum ist eingebettet und sozialar-

beitswissenschaftlich orientiert an Sozialer Arbeit als Menschenrechtsprofession (Ife, 2012; Staub-Bernasconi, 2007; Walz et al., 2012), am biopsychosozialen Grundverständnis von Gesundheit im Sinne der Salutogenese (Antonovsky, 1987/1997; Sting & Zurhorst, 2000) sowie am Selbstverständnis von Klinischer Sozialer Arbeit als behandelnde, präventive und sozialtherapeutische Profession, welche auf sozialer Diagnostik, spezifischen Erklärungsmodellen, eigenen Handlungsmethoden und ausgewiesenen klinisch methodischen Kompetenzen aufbaut (Pauls, 2011/2013).

Das Curriculum orientiert sich am Kompetenzprofil, welches studienübergreifend für sämtliche Masterstudiengänge der Fachhochschule Vorarlberg verbindlich ist und auf drei Kompetenzfelder verweist: gehobene wissenschaftliche Kompetenz, Führungskompetenz und spezifische Fachkompetenz. Deutlich zeigt sich die zentrale Verankerung der Fachkompetenz Klinische Sozialer Arbeit mit 55%, verbunden mit gehobener wissenschaftlicher Kompetenz mit 26%, gefolgt von Führungs- und Leitungsaufgaben mit 19%.

Die Heterogenität der Studierenden (langjährige PraktikerInnen der Sozialen Arbeit, AbsolventInnen sowohl des Bachelorstudiums Soziale Arbeit als auch anderer sozialwissenschaftlicher Studiengänge) wird im Studium bewusst offengelegt und explizit genutzt. Klinische Soziale Arbeit zeichnet sich insbesondere durch vertiefte Kompetenz hinsichtlich intersektionaler und interdisziplinärer Kooperation aus (Keuk et al., 2011). Diese Fähigkeiten werden in Lehrveranstaltungen und Settings thematisiert, erprobt und vertieft, was – neben individuellem Kompetenzerwerb – aufgrund des berufsbegleitenden Studiums auch den Theorie-Praxis-Transfer fördert.

Die fachspezifische Vertiefung Klinische Soziale Arbeit ist eng verzahnt mit gehobener wissenschaftlicher Kompetenz und Führungskompetenz, an dieser Stelle wird primär auf das Kompetenzprofil der klinischen sozialen Vertiefung eingegangen. Dieser Strang stellt in drei komplexen Modulen Kompetenzen zur Verfügung, welche in der Praxis unentbehrlich sind. Das Modul *theoretische Fundierung* rahmt das gesamte Studium sozialarbeits- und bezugswissenschaftlich. Studierende werden befähigt, soziale Probleme im Wandel historisch gewachsener sozialpolitischer, ethisch-moralischer, ideologischer und ökonomischer Bedingungen zu betrachten und Werte und Wertkonflikte einer Gesellschaft sowie mögliche Auswirkungen auf Einzelne nachzuvollziehen und zu differenzieren. Die professionstheoretische, -praktische und ethische Orientierung erfolgt konsequent am internationalen Code of Ethics, an den Menschenrechten sowie am aktuellen State of the Art der klinisch-sozialarbeiterischen Spezialisierung mit dem Ziel, nationale und internationale Entwicklungen zu kennen, zu berücksichtigen, kritisch zu reflektieren und ins eigene professionelle Handeln zu integrieren.

Das Modul *Klinische Soziale Arbeit* bezieht sich auf die drei Kompetenz-

bereiche Wissen, Können und Haltung mit Fokus auf die Teildisziplin. Vertiefte Kenntnisse hinsichtlich theoretischer Grundlagen der Klinischen Sozialen Arbeit, sozialer Diagnostik, Transdisziplinarität und möglicher AdressatInnen werden über das gesamte Curriculum in Kasuistik-Seminaren erprobt, angewendet und reflektiert. Hier zeigt sich die Verzahnung mit dem Modul *Setting, AdressatInnen und Interventionen*. Methoden im Sinne von direkt und indirekt interventionsbezogen sowie strukturbezogen (Galuske, 2013) integrieren sowohl die Reflexion der eigenen Biografie im Sinne der Selbstreflexion und Sozialkompetenz als auch ein differenziertes Methodenrepertoire der sozialtherapeutischen, behandelnden, sozialklinischen Intervention auf Mikro-, Meso- und Makroebene. Studierende sollen fähig sein, auf Basis fachspezifischer theoretischer Grundlagen, geübt an Praxis- und Fallreflexionen, Problemlagen multiperspektivisch und transdisziplinär wahrzunehmen, zu analysieren, einzuschätzen, zu bewerten und entsprechende Handlungspläne und Interventionsstrategien zu entwickeln. Fähigkeit und Bereitschaft, kulturelle und genderrelevante Exklusionsmechanismen und deren Dimensionen zu erkennen und theoriegeleitet zu analysieren, um Inklusion bzw. Reinklusion zu initiieren, sind integrale Bestandteile des Kompetenzprofils. Eigenständige und eigenverantwortliche psychosoziale Beratung, Begleitung sowie sozialtherapeutische Interventionen erfordern die Entwicklung und Herausbildung einer eigenen professionellen Identität als Klinische SozialarbeiterIn. Hierbei ist es unerlässlich, sowohl die eigene als auch die Rolle Anderer sowie Aspekte von Macht und Ohnmacht im Kontext der Interdisziplinarität theoriegeleitet kritisch zu reflektieren.

Führungskompetenz und differenzierte sozialarbeitswissenschaftliche Forschungskompetenz entfalten sich im Erstellen und Umsetzen von Forschungs-

projekten. Den Abschluss des Studiums bildet die Masterarbeit, welche die drei Kompetenzfelder erneut verbindet. Studierende thematisieren, diskutieren, beschreiben und reflektieren eine klinisch-sozialarbeitspezifisch relevante Fragestellung, basierend auf dem aktuellen theoretischen Diskurs und Forschungsstand.

Ob und in welchem Ausmaß es auf Basis dieses neuen Curriculums gelingen wird, das im Studium erworbene Wissen und die Kompetenzen auf Tätigkeitsfelder der Klinischen Sozialen Arbeit zu implementieren und diese noch junge Teildisziplin in der österreichischen Landschaft der Sozialen Arbeit zu etablieren, wird sich weisen.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Reihe: Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Bd. 36). Tübingen: DGVT (engl. Orig. 1987).
- Galuske, M. (2013). *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (10., unveränd. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa (letzte überarb. Aufl. 2011).
- Ife, J. (2012). *Human rights and social work. Towards rights-based practice* (3., überarb. Aufl.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mühlum, A. & Gahleitner, S. B. (2011). Schwerpunkt-bildung oder (Sub-)Spezialisierung? – Teil 1: Zur »doppelten Spezialisierungsdebatte« Klinischer Sozialarbeit. In B. Kraus, H. Effinger, S. B. Gahleitner, I. Miethe & S. Stövesand (Hrsg.), *Soziale Arbeit zwischen Generalisierung und Spezialisierung* (S. 235-243). Opladen: Budrich.
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3., unveränd. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa (Erstaufl. 2004; letzte überarb. Aufl. 2011).
- Staub-Bernasconi, S. (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis. Ein Lehrbuch*. Bern: Haupt UTB.
- Sting, S. & Zurhorst, G. (Hrsg.) (2000). *Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit*. Weinheim: Juventa.
- Keuk, E. v., Ghaderi, C., Joksimovic, L. & David, D. M. (Hrsg.) (2011). *Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walz, H., Teske, I. & Martin, E. (Hrsg.) (2012). *Menschenrechtsorientiert wahrnehmen – beurteilen – handeln. Ein Lese- und Arbeitsbuch für Studierende, Lehrende und Professionelle der Sozialen Arbeit* (2., korr. Aufl.). Opladen: Budrich.

Zwischen Generalisierung und Spezialisierung: Zeitschrift »Klinische Sozialarbeit« als Baustein fachpolitischer Entwicklung

Ulrich Kurlemann und Ingo Müller-Baron

Klinische Sozialarbeit, gedacht als eine Fachsozialarbeit, die spezifisch im Gesundheitsbereich ihre Wirkung entfaltet, ist seit Mitte der 1990er-Jahre in der fachlichen Diskussion und hat zu Beginn lebhaftere Kontroversen ausgelöst (Mühlum, 2002, S. 18). Auf der einen Seite stand die Auffassung, dass spezifische Kompetenzen für Soziale Arbeit

im Gesundheitswesen nicht notwendig seien, da mit dem Studium der Sozialen Arbeit bereits die notwendige psychosoziale Kompetenz für eine Tätigkeit im Gesundheitswesen vermittelt würde. Auf der anderen Seite argumentierte die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA), dass Klinische Sozialarbeit den

besonderen Qualitätsanforderungen im Gesundheitswesen Rechnung trüge und für verlässliche fachlich-wissenschaftliche Standards Sorge (Gödecker-Geeßen & Weis, 2002, S. 12f.).

Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG), vormals die Deutsche Vereinigung

für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK), nahm in der Diskussion eher eine dazwischenliegende Position ein. Mitglieder des Fachverbandes standen als generalistisch ausgebildete Fachkräfte der Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der täglichen Praxis im Gesundheitswesen und leisteten dort fachlich fundierte Arbeit. Allerdings drohte vor dem Hintergrund des Wandels im Gesundheitswesen der psychosozialen Funktion der Sozialen Arbeit eine Abwertung zugunsten der rein technisch verstandenen Tätigkeit als »EntlassungsmanagerInnen«. Zwar wurde die Zunahme der administrativ steuernden Aufgaben, die eine betriebswirtschaftliche Bedeutung für das Unternehmen »Krankenhaus« hat, auch als eine Chance wahrgenommen, um die Profession stärker zu etablieren. Allerdings wurde der damit einhergehende Abbau der beratenden Tätigkeiten gleichzeitig als Bedrohung des professionellen Selbstverständnisses und der Berufsidentität als SozialarbeiterIn/SozialpädagogIn empfunden (Nau, 2002, S. 179ff.; zur aktuellen Entwicklung vgl. DVSG, 2013).

Die Leitthese der DVSG (bzw. DVSK) war und ist, dass Soziale Arbeit im Gesundheitswesen einen unverzichtbaren Bestandteil in der Versorgung und Behandlung kranker und von Krankheit bedrohter Menschen bedeutet. Sie stellt mit ihren Möglichkeiten eine wichtige Ressource und ein großes Potenzial in der gesundheitlichen Versorgung dar (Kurlemann, 2011). In diesem Zusammenhang wurde innerhalb des Fachverbandes in der Diskussion um die Klinische Sozialarbeit eine wesentliche Möglichkeit gesehen, der drohenden Abwertung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus entgegenzutreten sowie »die Qualität der Versorgung von Menschen mit Krankheiten und Behinderungen nicht nur zu sichern, sondern zu verbessern« (Nau, 2002, S. 184). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen müsse dabei im interdisziplinären Zusammenspiel mit den weiteren Gesundheitsprofessionen als Fachdisziplin mit »eigener Wissensbasis und beruflichen Standards« (ebd.) auftreten. Wichtig sei, dem professionellen Handeln ein wissenschaftliches Fundament zu geben, die Qualität der Ausbildung zu verbessern, um eine eigenständige berufliche Identität zu erlangen (ebd., S. 184f.).

Vor diesem Hintergrund hat der Fachverband seit seinem Bundeskongress 1999 den fachlichen Diskurs um die Klinische Sozialarbeit aufgenommen und wirkt seither darauf hin, dass Klinische Sozialarbeit nicht als mit der Sozialen

Arbeit im Gesundheitswesen in Konkurrenz stehende spezielle Art von Sozialer Arbeit verstanden werden sollte. Vielmehr ist es Anliegen der DVSG, dass jegliche gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in einem Gesamtkonzept gedacht, konzipiert und von allen AkteurInnen gemeinsam weiterentwickelt wird. Der Arbeitskreis Sozialarbeit & Gesundheit der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS, heute DGSA) hat bereits 2001, analog zur Klinischen Psychologie im Rahmen der Disziplin Psychologie oder der FachärztInnenausbildung im Medizinstudium, für eine gestufte Fachlichkeit innerhalb der Disziplin Sozialarbeit plädiert (DGSA, 2001). In diesem Zusammenhang hat die DVSG aktuell das Qualifikationskonzept »Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA« vorgelegt, das unter Berücksichtigung von Praxis- und Ausbildungsanforderungen Stufen der Fachlichkeit der Qualifikationsniveaus Bachelor, Master und Promotion definiert. Entsprechend diesem Vorschlag beinhaltet der *BA-Level* schwerpunktmäßig die generalistische Orientierung und befähigt zur Beratungstätigkeit im Rahmen sozialer Unterstützung und Sicherung sowie persönlicher Förderung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Die DVSG befürwortet innerhalb der generalistischen Orientierung des Bachelorstudiums die Entwicklung von Studiengängen mit dem Schwerpunkt »Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit«. Der *MA-Level* ist gekennzeichnet durch ein höheres Qualifikationsniveau in den Bereichen gesundheitsorientierte Wissenschaft bzw. Forschung und fachlich in den Bereichen soziale Diagnostik, Planung und Durchführung von Interventionen und Evaluationen sowie Leitungsfunktionen und konzeptionelle Entwicklungsarbeit. Zu berücksichtigen sind Masterstudiengänge, die im Schwerpunkt Aspekte Sozialer Arbeit und gesundheitsrelevante Themen beinhalten, insbesondere *Klinische Sozialarbeit*. Des Weiteren sind systematisch erworbene leitungsrelevante Kompetenzen zu erwarten, die zur erweiterten Verantwortungsübernahme insbesondere bei komplexen Fallkonstellationen führen (DVSG, 2015).

Bei der Entwicklung und Abstimmung solcher Vorschläge ist die Abstimmung innerhalb der Sozialen Arbeit unabdingbar, um fachpolitisch gemeinsam agieren und die notwendige stärkere Etablierung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit erreichen zu können. In diesem Sinne strebt die DVSG die enge Zusammenarbeit mit allen relevanten Verbänden der Sozialen Arbeit an, um ge-

meinsame Positionen zu entwickeln, abzustimmen und in die Fachdiskussionen einzubringen.

Ein wesentliches Projekt zur Stärkung der Profession, der fachwissenschaftlichen Weiterentwicklung und Professionalisierung ist die gemeinsame Herausgabe der Fachzeitschrift »Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung« mit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA), der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) und dem European Centre for Clinical Social Work (ECCSW). Die als Einlegeteilschrift in der DVSG-Fachzeitschrift »Forum sozialarbeit + gesundheit« konzipierte Publikation stellt damit die enge Verbindung zwischen Praxis und Wissenschaft her, sorgt so für die wechselseitige Rezeption und konstruktive Zusammenarbeit in beiden Ebenen der professionellen und disziplinären Entwicklung. Das gemeinsame Projekt hat sich etabliert und aus Sicht der DVSG bewährt. Beide Fachzeitschriften stehen zwar jeweils für sich, sind aber in der Konstellation der Herausgeberschaft und des gemeinsamen Verbreitungswegs ein fachpolitisches Statement der beteiligten AkteurInnen. Sie bilden unterschiedliche Facetten der Fachlichkeit ab und sind eine sinnvolle Ergänzung der jeweiligen Perspektiven.

Literatur

- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (2013). *DVSG-Positionspapier. Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken*. Berlin: DVSG. Online verfügbar: dvsg.org/fileadmin/_migrated/content_uploads/2013DVSG-PositionspapierEntlassungsmanagement_01.pdf [14.04.2015].
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (2015). *Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA*. Berlin: DVSG. Online verfügbar: dvsg.org/fileadmin/dateien/08Service/Downloads/2015Qualifikationsprofil.pdf [14.04.2015].
- Gödecker-Geenen, N. & Weis, I. (2002). *Klinische Sozialarbeit in der Praxis. Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken – Eine Bestandsaufnahme*. In N. Gödecker-Geenen & H. Nau (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Eine Positionsbestimmung* (S. 8-17). Münster: Lit.
- Kurlemann, U. (2011). Ressourcen und Potenziale für bedarfsgerechte Versorgung. Die Bedeutung der Sozialen Arbeit für das Gesundheitswesen. *Forum sozialarbeit + gesundheit*, 8(4), 6-9.
- Mühlum, A. (2001). Plädoyer für eine klinische Sozialarbeit als Fachgebiet der Sozialen Arbeit. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 52(8), 315-317.
- Mühlum, A. (2002). Klinische Sozialarbeit – Stationen einer Kontroverse. In N. Gödecker-Geenen & H. Nau (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Eine Positionsbestimmung* (S. 18-56). Münster: Lit.
- Nau, H. (2002). Perspektiven für die Klinische Sozialarbeit im Gesundheitswesen – Ein Ausblick. In N. Gödecker-Geenen & H. Nau (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Eine Positionsbestimmung* (S. 178-191). Münster: Lit.