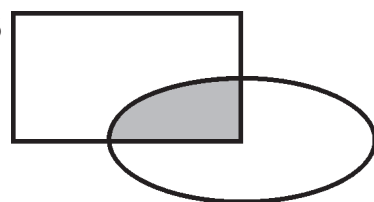


# KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS  
UND FORSCHUNG



3. Jg. ■ Heft 2 ■ April 2007

## Inhalt

### Themenschwerpunkt: Sozialarbeit als forschende Disziplin

- 3 Editorial**
- 4 Klinische Sozialarbeit bei chronischer Erkrankung**  
Zwei Studien zur Bedeutung Sozialer Unterstützung bei chronisch-neurologischen Erkrankungen  
*Stephan Dettmers und Gerhard Spreng*
- 8 Jugendliche Delinquenz als intergenerationeller Problemlösungsversuch**  
Ergebnisse einer Mehrgenerationenstudie  
*Ulrike Loch*
- 10 Rückfallfreie Sexualstraftäter**  
Protektive Faktoren bei ehemaligen Maßregelpatienten  
*Gernot Hahn*
- 12 Kontakt zur Forschung leicht gemacht?**  
Ein Einführungsbändchen  
*Rezension von Brigitte Geißler-Piltz*
- 2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum
- 2 In eigener Sache: Internationales Forschungskolleg und Online-Publikation
- 12 Vorankündigungen: Tagung und Workshop zur Rekonstruktiven Sozialarbeit

## Herausgeber

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

DEUTSCHE  
GESELLSCHAFT FÜR  
SOZIALE ARBEIT



Forum für Wissenschaft und Praxis

## Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

### Stephan Dettmers

Stephan Dettmers, M.A. Klinische Sozialarbeit; Diplom-Sozialarbeiter (FH); Universitätsklinikum Schleswig-Holstein.

Forschungsschwerpunkte: Chronische Erkrankungen und soziale Netzwerke, Klinische Sozialarbeit.

Email: stephan.dettmers@uk-sh.de

### Gernot Hahn

Diplom-Sozialpädagoge/-Sozialtherapeut (Universität Kassel); Klinikum am Europakanal, Erlangen.

Forschungsschwerpunkte: Sozialtherapie von Sexual-/Gewaltstraftätern und Drogendelinquenten; Resozialisierung psychisch kranker Straftäter. Derzeit Promotion im Forschungsbereich "Protektive Faktoren rückfallfreier Sexualstraftäter" an der Universität Kassel.

Email: hahn.godot@odn.de

### Ulrike Loch

Dr. Ulrike Loch, Dipl.-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, Projektmitarbeiterin, Fachbereich Sozialwesen, Universität Kassel.

Forschungsschwerpunkte: Trauma- und Familienforschung, Professionalisierung, Qualitative Methoden.

Email: uloch@uni-kassel.de

### Gerhard Spreng

Gerhard Spreng, M.A. Klinische Sozialarbeit; Diplom-Sozialpädagoge (FH); Klinikum Ingolstadt; Mitglied im Forschungskolloquium Klinische Sozialarbeit der ASFH Berlin.

Forschungsschwerpunkte: Klinische Sozialarbeit bei chronischer Erkrankung; soziale Unterstützung im familiären Kontext; Kinder in Familien chronisch kranker Eltern.

Email: gerhard.spreng@klinikum-ingolstadt.de

## Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner  
Fachhochschule München

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

Prof. Dr. Heike Dech  
Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Prof. Dr. Peter Dentler  
Fachhochschule Kiel

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

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

Prof. Dr. Albert Mühlum  
Fachhochschule Heidelberg

Prof. Dr. Helmut Pauls  
Fachhochschule Coburg

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

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst  
Hochschule Mittweida

## Internationales Forschungskolleg Klinische Sozialarbeit

Das Internationale Forschungskolleg Klinische Sozialarbeit wendet sich an praxiserfahrene AbsolventInnen von Fachhochschulen für Soziale Arbeit mit Diplom- oder Masterabschluss, vorzugsweise mit dem Zusatztitel: FachsozialarbeiterIn für Klinische Sozialarbeit. Es soll langjährig in der Klinischen Sozialarbeit tätigen BerufspraktikerInnen - unterstützt durch die Begleitung des Forschungskolloquiums sowie fach- und forschungsspezifische Seminare - die Möglichkeit eröffnen, Fragestellungen zu präzisieren, Forschungsthemen zu entfalten und Promotions- und Forschungsthemen erfolgreich abzuschließen.

Das Programm besteht entlang der Idee amerikanischer Ph.D.-Programme aus einem regelmäßigen Colloquium, in dem die Arbeiten in der Forschungsgruppe gemeinsam reflektiert werden. Die TeilnehmerInnen des Forschungskolloquiums werden zusätzlich dazu durch begleitenden Veranstaltungen zur qualitativen wie quanti-

tativen Forschungsmethodik und spezifischen Inhalten Klinischer Sozialarbeit in ihrer Arbeit unterstützt.

Bei erfolgreichem Abschluss der Forschungsarbeiten besteht die Möglichkeit der Publikation von Monographien und Herausgeberbänden in der Reihe 'Klinische Sozialarbeit' des Litverlages und von Zeitschriftenartikeln in der Zeitschrift 'Klinische Sozialarbeit: Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung' sowie anderen Verlagsgesellschaften und Fachzeitschriften.

Das Forschungskolleg wird vom Fort- und Weiterbildungsprogramm der ASFH organisiert. Eingangsvoraussetzung ist ein ausgearbeitetes Exposé zum Forschungsvorhaben und ein Auswahlgespräch. Die TeilnehmerInnenzahl ist auf 12 Personen begrenzt.

**Ort:** Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

**Kontakt:** Marc Butzbach, butzbach@asfh-berlin.de

## Impressum

### Herausgeber:

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

### Redaktionsteam:

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

### Anzeigenakquise:

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

### Anschrift der Redaktion:

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

### Layout, Grafik & Schlussredaktion:

Ilona Oestreich, Berlin

### Druck:

GREISERDRUCK GmbH & KoKG, 76437 Rastatt

### Erscheinungsweise:

viermal jährlich als Einlegezeitschrift im DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

### ISSN:

1861-2466

### Auflagenhöhe:

2250

### Copyright:

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

## Online-Publikation

### Klinische Sozialarbeit im Aufbruch - Kooperation zwischen Praxis und Hochschule

Das Sonderheft bündelt die Ergebnisse der Werkstatt-Tagung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit im November 2005 und kann als elektronische Publikation unter [www.klinische-sozialarbeit.de](http://www.klinische-sozialarbeit.de) kostenfrei abgerufen werden.

#### Themen:

- Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work (B. Geißler-Piltz)
- Diagnostik und Intervention (S.B. Gahleitner)
- Beratung (K. Ortman)
- Psychotherapie (G. Zumhorst)
- Sozialtherapie (W. Crefeld)
- Sozialwissenschaft (A. Mühlum)
- Standards und evidenzbasierte Praxis (H. Pauls)
- Qualitative Sozialarbeitsforschung (S.B. Gahleitner & K. Ortman)
- Standardisierte Diagnostik (G. Hahn)

## Literatur zum Editorial

Cournoyer, B.R. (2004). *The Evidence-Based Social Work Skills Book*. Boston, MA: Pearson.

Devereux, G. (1976). *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*. Frankfurt: Ullstein.

Fischer, J. (1981). The Social Work Revolution. *Social Work* 26 (3), 199-207.

Freud, S. (1926/1975). Die Frage der Laienanalyse. Unterredungen mit einem Unparteiischen. In S. Freud, *Schriften zur Behandlungstechnik. Studienausgabe, Ergänzungsband* (S. 271-349). Frankfurt: Fischer.

Giebeler, C. et al. (Hg.) (2007). *Fallverstehen und Fallstudien. Interdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialarbeitsforschung*. Opladen: Budrich.

Leithäuser, T. & Volmerg, B. (1988). *Psychoanalyse in der Sozialforschung. Eine Einführung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Rosenmayr, L. (1992). *Die Schnüre vom Himmel. Forschung und Theorie zum kulturellen Wandel*. Wien: Böhlau.

In der Psychoanalyse bestand von Anfang an Junktum zwischen Heilen und Forschen, die Erkenntnis brachte den Erfolg, man konnte nicht behandeln, ohne etwas Neues zu erfahren, man gewann keine Aufklärung, ohne ihre wohltätige Wirkung zu erleben.“ (Freud 1926: 347)

Dieses Zitat spiegelt – bereits vor über 80 Jahren – eine bestimmte Form einer dialektisch angelegten, evidenz-basierten Praxis. Die im Einzelfall gewonnene Erkenntnis über den Hintergrund und das Bedingungsgefüge des Leidens führt über den Weg ihrer Mitteilung zur Wirksamkeit und wieder zu neuen Erkenntnissen. Sie nimmt die Aussagen des Klienten als Grundlage der Intervention und als Beweis ihrer Wirksamkeit, wobei die Methodik des Professionellen aus systematisiertem Wissen wie auch aus Selbsterkenntnis besteht und in die Beziehung zum Klienten eingebettet ist.

Devereux (1976) thematisiert die Befangenheit des dicht involvierten Forschers, er verdeutlicht, dass der Verhaltenswissenschaftler in der Feldforschung mittels Bezugsrahmen und Methodik die durch die Daten in ihm auftauchenden Ängste zu begrenzen versucht. Die Wahrnehmung oder Nicht-Wahrnehmung der im Forschungsprozess mitlaufenden Gegenübertragung beeinflusst dabei den Grad der Verzerrung im Verstehen der Forschungsdaten. Wir verfügen also als Forscher nicht über eine neutrale Beobachterperspektive, sondern möchten – möglicherweise – als reflective practitioner beim und mit dem Klienten eine selbstreflexive und verändernde Praxis auf den Weg bringen. „Der methodische Zugang zur sozialen Realität ist darauf gerichtet, den Widerspruch zwischen dem subjektiven Erleben und der Realität, wie sie dem Subjekt als ein Bündel von Verhaltenserwartungen und harten Fakten gegenübertritt, bewußt zu machen. Bewußt zu machen in dem Sinne, daß sowohl die Beteiligten an der Forschung als auch die Forschenden selbst jene Zwischenräume erkunden, in denen Subjektivität in Objektivität umschlägt: in denen die Menschen durch ihr eigenes bewußtloses Tun Realität schaffen, unter der sie leiden, in denen andererseits aber Chancen verborgen sind, Realität durch bewußtes Tun zu gestalten.“ (Leithäuser/Volmerg 1988: 129)

Der Aspekt einer engen Verknüpfung zwischen dem Praktiker und seinem Feld wird von der Rekonstruktiven Sozialarbeitsforschung (Giebeler et al. 2007) methodenpluralistisch aufgegriffen. Als forschender Praktiker oder Praxisforscher erhält der (Klinische) Sozialarbeiter über die Diskursgemeinschaft einer Forschungswerkstatt die Chance, den Fall als fremd wahrzunehmen. Die Erhebungs- und Auswertungsverfahren folgen der jeweiligen Fragestellung, mithin der Gegenstandsangemessenheit. Das Konzept des forschenden Lernens soll bereits in der Ausbildung in Sozialer Arbeit zur Professionalisierung

beitragen, aufwändige Mikroanalysen können Einblicke in biografische Verläufe und in die Komplexität des Verhältnisses von Lebenswelten und institutionellen Strukturen geben.

Jedoch: „Berücksichtigt man in der wissenschaftlichen Forschung Multidimensionalität, Multilinearität und Multidirektionalität humaner und sozialer Prozesse, wird die Frage akut, wie sich diese Forderung nach Komplexitätserweiterung (ergänzt oft auch durch Multidiziplinarität) mit jener nach Komplexitätsreduktion für die Schlagkräftigkeit interventionistisch verwertbarer Theorien vereinbaren läßt.“ (Rosenmayr 1992: 319) Damit gerät das Spannungsverhältnis zwischen Reflexion(sspielraum) und Handlungsdruck in den Blick, Komplexitätserweiterung in der Reflexion kann, so die These, jedoch auch einen wichtigen Beitrag zur klarer abgrenzbaren Intervention leisten und damit Handlungsspielräume eröffnen.

An dieser Stelle knüpfen wir noch einmal an der o.g. Bemerkung zur Evidenzbasierung an. Anfang der 80er Jahre konstatierte Joel Fischer (1981, zit. nach Cournoyer 2004: 1) eine allmähliche Veränderung („quiet revolution“) in dem, wie Soziale Arbeit ihre Arbeitsweisen begründete und erklärte: von vagen und planlosen Formulierungen hin zu wissenschaftlich und empirisch belegten Ansätzen. Dieser Weg wurde seitdem in einem „Evidence-based Social Work“ weiter beschritten. Cournoyer betont die Professionalisierungsdefizite und -notwendigkeiten: „The social work profession has far too few researchers, and only a handful of those study effectiveness of social work services. Moreover, an extremely low percentage of BSW and MSW practitioners regularly read research articles that pertain to practice effectiveness and use such evidence to inform their services to people in need... Social work educators must encourage professional-level scholarship among students, and instill a passion for providing clients with the highest quality services that are (1) supported by evidence of effectiveness, (2) informed by practice experience and critical thought, and (3) consistent with clients' personal and cultural values.“ (Cournoyer 2004: V)

Die Texte dieser Ausgabe gewähren demgemäß Einblicke in eine „Sozialarbeit als forschende Disziplin“.

Stephan Dettmers und Gerhard Spreng gehen in ihrem Beitrag im Rahmen einer qualitativen und einer quantitativen Studie der Frage der Bedeutung Sozialer Unterstützung bei chronisch-neurologischen Erkrankungen nach. Dettmers zeigt am Beispiel von Morbus Parkinson, dass sich im Familien- bzw. Angehörigenfeld eine Binnenorientierung vollzieht, die trotz vorhandener Ressourcen einen Rückgriff auf soziale Unterstützung verhindert. Die professionelle Versorgungsstruktur hingegen ist vorrangig auf die Patienten ausgerichtet und übersieht den Bedarf, der in der direkten Angehörigen-

unterstützung liegt. Während Klinische Sozialarbeit diese Lücke zu füllen vermag, wird sie jedoch von anderen Berufsgruppen in ihrer Kompetenz nur ausschnitthaft wahrgenommen. Dettmers zieht daraus die Schlussfolgerung, dass Klinische Sozialarbeit dringend einer Forschungsinfrastruktur bedarf, die die Implementierung von Diagnose- und Interventionskompetenzen sozialarbeitswissenschaftlich unterlegt und flankiert. Spreng fragt in seiner Studie zur Multiplen Sklerose nach den Folgen chronischer Erkrankung in unterschiedlichen familiären Situationen. In Abhängigkeit von dem gewählten Zeithorizont unterliegen Selbsteinschätzungen zur Lebensqualität bei MS-betroffenen Eltern gewissen Veränderungen, offensichtlich auch bedingt durch die Sorge um die Kinder auf dem Hintergrund einer schwer einschätzbaren Progredienz der Erkrankung. Die Bereitschaft, soziale Unterstützung durch die Kinder anzunehmen, könnte aber auch auf ein Gefährdungspotential im Sinne einer Parentifizierung auf der Seite der minderjährigen Kindern hinweisen.

Ulrike Loch stellt in ihrem Beitrag zur jugendlichen Delinquenz das Auftreten dissozialer Verhaltensmuster in einem mehrgenerationalen Kontext. In ihrer Fallstudie macht sie deutlich, wie intrafamiliäre Gewalt, Loyalitätskonflikte und politische Haltungen sich über drei Generationen wiederholen und fortsetzen. Jugendliche Delinquenz erscheint auf dieser Folie auch als Ausdruck transgenerationaler Weitergabe von nicht bewältigten traumatischen Situationen. Klinische Sozialarbeit kann hier nur handlungsfähig und wirksam werden, wenn sie über ein mehrgenerationales Fallverstehen das aktuelle Verhalten des delinquenten Jugendlichen in einem entsprechenden Kontext sieht.

Gernot Hahn beschreibt für die Gruppe rückfallfreier Sexualstraftäter salutogenetische Faktoren, die im Zusammenhang mit einer Rückfallfreiheit gesehen werden können. In seiner Untersuchung hat Hahn unterschiedliche Protektionsfaktoren herausgearbeitet, die bezüglich einer günstigen Prognose ein Ineinandergreifen positiv konnotierter, biografisch bedeutsamer Erfahrungen und der Akzeptanz von Behandlungsangeboten nahelegt. Für die Behandlungspraxis eröffnet dieser Zugang neue Möglichkeiten einer ressourcenorientierten Arbeit.

Zur Förderung und Absicherung von Sozialarbeitsforschung bedarf es entsprechender Mittel und einer adäquaten Infrastruktur. Die Zunahme von Forschungsorientierung an den Fachhochschulen sowie die Initiierung und Etablierung von Netzwerken sind sinnvolle erste Schritte, die Bündelung von Ressourcen und das Einwerben von Mitteln mit Blick auf ein „National Center for Social Work Research“ wäre eine Perspektive.

Für die Redaktion: Uwe Klein  
(Literaturangaben siehe Seite 2)

# Klinische Sozialarbeit bei chronischer Erkrankung

## Zwei Studien zur Bedeutung Sozialer Unterstützung bei chronisch-neurologischen Erkrankungen

Stephan Dettmers und Gerhard Spreng

### Einleitung

In Akutkrankenhäusern wird Sozialarbeit häufig mit chronischen Erkrankungen konfrontiert, die sich in unterschiedlichen Stadien und Krankheitsentwicklungen präsentieren. Dem bio-psycho-sozialen Ansatz verpflichtet, nehmen Sozialarbeiter\* in Krankenhaussozialdiensten die Person in ihrer Umwelt - „person-in-environment“ - (Pauls 2004; Cooper 2002) in den Blick und betrachten daher auch Lebenswelt und soziales Netzwerk des Patienten. Eine wissenschaftliche Beschäftigung mit der Thematik des Social Support bei chronisch Kranken gewinnt an Bedeutung, da die mehrdimensionalen Betrachtungen des Krankheitsverlaufes und die subjektive Bedeutung für engste Angehörige - „caregiver“ - wichtig sind. Am Beispiel von Morbus Parkinson und Multipler Sklerose sollen im Folgenden zwei Zugänge zur Sozialen Unterstützung unter Nutzung empirischer quantitativer und qualitativer Verfahren vorgestellt werden.

Morbus Parkinson ist eine chronisch progrediente Erkrankung des höheren Alters und kann als degenerative Erkrankung des Gehirns bezeichnet werden (Ceballos-Baumann 1999). Hier zeigen sich für Sozialarbeiter vielseitige Beratungsinhalte, die auch die Organisation von weiterführenden Maßnahmen, wie z.B. medizinische Rehabilitationen, häusliche Versorgung und Klärung sozialrechtlicher Ansprüche, für die Patienten beinhalten. Daneben gibt es immer wieder Beratungen für Angehörige, die bedingt durch die permanente häusliche Belastung oft nicht konkret benannte Unterstützung durch die Mitarbeiter der Klinik wünschen. *Stephan Dettmers* skizziert hier wesentliche Aspekte der subjektiven Krankheitsbedeutung für die nächsten Angehörigen.

Multiple Sklerose (MS) ist die häufigste chronisch neurologische Krankheit bei jungen Erwachsenen, deren sehr unterschiedlicher und nicht vo-

raussehbarer Krankheitsverlauf mit viel Ungewissheit verbunden ist (Steck 2002). Die psychosozialen Belastungen sind enorm, zumal die Krankheit meist in einer Lebensphase ausbricht, in der Familienplanung, materielle Absicherung und berufliche Laufbahn eine große Rolle spielen. Vorstellungen vom zukünftigen Leben stehen zur Disposition; Lebensentwürfe werden möglicherweise zerstört (Griesehop 2003). *Gerhard Spreng* beschreibt Aspekte der Verfügbarkeit und der Qualität sozialer Unterstützung hinsichtlich der Lebensqualität als wichtige Beratungsinhalte sozialarbeiterischer Praxis in Akutkliniken.

### 1 Beispiel: Morbus Parkinson

Ergebnisse einer empirisch-qualitativen Studie von Stephan Dettmers

#### Forschungsstand

Pflegebedürftige chronisch kranke Menschen werden überwiegend im häuslichen Bereich von Familienangehörigen versorgt, überwiegend von Frauen (bis zu 80%), insbesondere (Ehe-)Partnerinnen und (Schwieger-) Töchtern (Meyer 2004; Schneekloth & Wahl 2005). Ihre Pflegeverrichtungen sind ein „Full-Time-Job“, sie müssen in der Regel täglich verfügbar sein (ebd.: 78). Stress und Belastung können zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko führen, was wiederum auf den Parkinson-Patienten zurück wirkt. Es kann sogar mit seiner „Abgabe“ in andere Unterstützungsformen wie vollstationäre Pflege enden (Edwards et al. 2002).

Entscheidend für die Versorgungsart ist daher oftmals der Gesundheitszustand der Angehörigen und nicht die Pflegesituation des Parkinson-Patienten. Die Situation familiärer Unterstützungspersonen von Parkinson-Patienten hinsichtlich der sozialen Unterstützung ist bisher jedoch kaum untersucht worden - nur etwa ein Prozent der Forschungsartikel zu Morbus Parkinson befassen sich mit psychosozialen Fragestellungen hinsichtlich der engeren familiären Unterstützungspersonen (Passetti et al. 2003).

Für einen Zugang bietet sich die Klinische Sozialarbeit an, da sie ausgehend von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell die sozialen Folgen von Morbus Parkinson fokussiert (vgl. Pauls 2004). Die Kernkompetenz Sozialer Arbeit, unterschiedliche Theorien unter einem transdisziplinären Blickwinkel zu subsumieren, ist in Behandlungs- und Versorgungsstrukturen chronischer Erkrankungen bisher nicht deutlich geworden. Die hier zugrunde liegende Forschungsarbeit (Dettmers 2006a) nimmt daher unterschiedliche Perspektiven von Medizin über Jurisprudenz bis zur Sozialarbeitswissenschaft ein.

#### Fragestellung

Hinsichtlich der gegenwärtigen Versorgungssituation stellen sich folgende Fragen:

- Fühlen sich Angehörige von ihrem eigenen sozialen Umfeld und von professionellen Helfern genügend unterstützt?
- Welche Formen von Unterstützung wünschen sich Angehörige konkret?
- Was kann Klinische Sozialarbeit zur Unterstützungsoptimierung beitragen?
- Welche Konsequenzen für Klinische Sozialarbeit in der Gestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Krankenhaus lassen sich daraus folgern?

#### Methodik

Um in einem ersten Schritt Zugang zu den subjektiven Bedeutungsmustern Sozialer Unterstützung zu erhalten, vergleicht diese qualitative Pilotstudie die Aussagen von sechs Ehepartnern (über problemzentrierte Interviews; Witzel 1985) mit jenen von sechs Neurologen (über Experteninterviews; Meuser & Nagel 2002). Als Reflexionshintergrund für die Netzwerksituation der Angehörigen dienen partizipativ konstruierte Ecomaps (Mattaini 1993). Diese Ergebnisse werden in einen Kontext mit der bestehenden Versorgungsstruktur in der Bundesrepublik Deutschland gesetzt. Dazu gehören die Identifizierung möglicher sozialrechtlicher Ansprüche und die Darstellung von anderen Angeboten (Selbsthilfegruppen, Verbände, etc.).

\* In der Folge wird meist die maskuline Form zur besseren Lesbarkeit gewählt. Selbstverständlich sind damit beide Geschlechter gemeint und diskriminierende Absichten somit auszuschließen.

## Ergebnisse und Diskussion

Die Ergebnisse der Studie (Dettmers 2006a) zeigen, dass die Angehörigen in unterschiedlicher Hinsicht Verluste erleben: neben Veränderungen in den jeweiligen sozialen Netzwerken sind Autonomie- und Zeitverlust sowie finanzielle Verschlechterungen wichtige Einflussfaktoren. Die in den Ecomaps sichtbaren Auflösungsstrukturen innerhalb der Partnerschaften wie auch die einseitige Unterstützungsleistung durch Angehörige werden unterschiedlich interpretiert: behandelnde Ärzte sehen in der Übernahme von Rollen und Aktivitäten des Erkrankten durch den Pflegenden ein Macht- und Dominanzstreben, die Familienmitglieder selbst empfinden es als Ausdruck von Verantwortung und Sorge. Die Ecomaps zeigen eine große Diskrepanz zwischen dem Belastungserle-



Abb. 1: Mögliche Beiträge Klinischer Sozialarbeit

ben der Pflegenden einerseits und der Nichtanspruchnahme von möglichen Hilfen und Ressourcen andererseits.

Das bundesdeutsche Gesundheitssystem bietet kaum konkrete Unterstützungen direkt für Angehörige von Parkinson-Patienten an, obwohl sie im ambulanten Bereich die pflegerischen und unterstützenden Leistungen überwiegend allein übernehmen. Die Ergebnisse der Studie (ebd.) machen deutlich, dass das vollständige Profil Sozialer Arbeit vielen Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen kaum bekannt ist. Der Fokus liegt vielmehr auf dem administrativen Handeln und der Wahrnehmung von organisatorischen Tätigkeiten, insbesondere der Fragestellung zügiger Entlassungen mit dem Ziel, Ärzte zu entlasten.

Die Einführung der *Diagnostic Related Groups* (DRG) zur weiteren Ökono-

misierung der vollstationären Behandlungsstrukturen führt auch für Sozialarbeit im Krankenhaus zu einer veränderten Situation. Die Definition als Organisationsinstanz für schnelle Entlassungen in den Kliniken zeigt zwar deutlich die Kooperationsfähigkeiten Sozialer Arbeit auf (vgl. Geißler-Piltz et al. 2005: 19), bringt sie jedoch auch in eine schwierige Situation: Die einseitige Konzentration auf die Brückenfunktion von vollstationärer Versorgung in poststationäre Strukturen birgt die Gefahr, nur in diesem Zusammenhang beurteilt zu werden. Längst haben auch andere Berufsgruppen die Bedeutung des Entlassungsmanagements für sich entdeckt, und so ist z.B. die Expansion der Pflegeprofession in diesem Zusammenhang folgerichtig.

Der transdisziplinäre Zugang Klinischer Sozialarbeit (Wendt 2004) sowie die Fokussierung sozialer Aspekte der Erkrankung unter Berücksichtigung systemtheoretischer und ökosozialer Paradigmen erweisen sich als äußerst gewinnbringend für die Weiterentwicklung der praktischen Beratung von Parkinson-Patienten und deren sozialen Unterstützungssystemen. Nutzen und mögliche fachliche Optionen Klinischer Sozialarbeit sind anhand von Diagnose- und Interventionskompetenzen in Krankenhäuser zu implementieren (vgl. Abb. 1). Dazu bieten sich Sozialdienste in Universitätskliniken aufgrund der Forschungsinfrastruktur, des Know-Hows anderer Professionen und der Zugangsmöglichkeiten zu Klienten und deren Angehörigen als sozialarbeitswissenschaftliche Stützpunkte an.

Klinische Sozialarbeit sollte dahingehend ihr Profil offensiv und selbstbewusst vertreten können und die akademische Position zusätzlich durch eigene verstärkte Forschungsaktivität verbessern. Dazu werden aber auch eine kurzfristig personelle Erweiterung mit Klinischen Sozialarbeitern mit Forschungskompetenzen und die Gewinnung von Drittmitteln erforderlich sein. Schon ein Bruchteil der jährlichen Drittmittel von 130 Millionen Euro (Stand 2005) nur an den Universitätskliniken Schleswig-Holsteins und der Charité Berlin würde den Erkenntnisgewinn für Klinische Sozialarbeit erheblich potenzieren (vgl. Dettmers 2006b).

## 2 Beispiel: Multiple Sklerose

Eine empirisch-quantitative Studie von Gerhard Spreng

### Forschungsstand

Die Prävalenz Multipler Sklerose (MS) im deutschsprachigen Raum wird auf 130 Kranke pro 100.000 Einwohner geschätzt (Krämer & Besser 1997), weltweit auf 100 (Kesselring 1997). Die Krankheit tritt in der Regel zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr auf.

Empirische Studien zu Lebensqualität und Multipler Sklerose beziehen sich primär auf die Wirkung von Arzneimitteln sowie auf psychologische Faktoren. Eine deutsche Untersuchung (Haas et al. 2003) brachte zu Tage, dass die körperliche Dimension von Lebensqualität getrennt von der psychischen und sozialen Dimension betrachtet werden muss. Eine Schweizer Studie zu Kindern eines MS-betroffenen Elternteils (Papst et al. 1998) zeigte die Notwendigkeit, sich unterstützende Beziehungen in verschiedenen Bereichen zu suchen - wie z.B. Verwandtschaft, professionelle Helfer oder Freunde: ein solches soziales Netz ist weniger in Gefahr, durch die Ansprüche der Familie überfordert zu werden.

Die chronische Krankheit eines Elternteils bestätigt eine sozialwissenschaftliche Erkenntnis zum Familienleben: ein gut funktionierendes soziales Netz ist für Familien eine wichtige Ressource zum Schutz gegen die Überfrachtung von innerfamiliären Beziehungen. Bezugspersonen können Schutz gegen Überforderung von Eltern oder Kindern bieten. Untersuchungen explizit zur sozialen Unterstützung von MS-Kranken sind nicht bekannt.

### Fragestellung

Oftmals ist die soziale Situation und nicht ausschließlich die medizinische Diagnose entscheidend für eine tragfähige und gesundheitsfördernde Zukunftsgestaltung chronisch Kranker. Zentrale Forschungsfragen waren:

- Wie nehmen MS-Erkrankte soziale Unterstützung wahr?
- Wie beurteilen sie in Abhängigkeit dazu ihre Lebensqualität?
- Gibt es Unterschiede zwischen MS-Betroffenen mit und denjenigen ohne minderjährige Kinder?
- Welche Relevanz hat dies für die Klinische Sozialarbeit im Kliniksozialdienst?

## Stichprobe und Zielsetzung

Bei der durchgeführten Untersuchung handelt es sich um eine quantitative Querschnittsstudie mit 43 Probanden. Die Erschließung der Stichprobe erfolgte in einer öffentlichen Veranstaltung, dem „Patientenforum Neurologie“ am Klinikum Ingolstadt. Das Forschungsprojekt wurde dort von mir im Rahmen eines Vortrags vor 200 MS-Betroffenen vorgestellt. Es wurden 50 Fragebögen ausgelegt, die neben soziodemografischen Daten die nachfolgend dargestellten Inhalte abbilden sollten.

Hintergrund für die Entwicklung der „Skalen zur Erfassung der Lebensqualität“ war die Idee, den Verlauf einer chronischen Erkrankung nicht nur mit Fokus auf körperlich-funktionale Rehabilitation und Wiedergenesung zu betrachten, sondern auch unter Berücksichtigung der Dimensionen des psychisch-emotionalen Befindens, der sozialen Kontaktpflege und Integration. Die in Abbildung 2 dargestellte Variable *Stimmung* misst die Einstellung der Gegenwart, *Grundstimmung* die mittelfristig und *Lebensorientierung* die langfristig gewonnenen Lebenseinstellungen. Die Summenvariable „Kognitiv emotionale Befindlichkeit“ fasst diese drei Einzelvariablen zusammen. Mit dem Globalitem *Allgemeine Lebensqualität* soll die Lebensqualität pauschal beurteilt werden.

Der „Fragebogen zur Sozialen Unterstützung“ (F-SOZU) von Sommer und Fydrich (1991) stellt ein Instrument im Selbstbeurteilungsverfahren dar, mit dem verschiedene Bereiche subjektiv wahrgenommener bzw. antizipierter Unterstützung aus dem sozialen Umfeld erfasst werden können. Der F-SOZU erfasst das Erleben von Sozialer Unterstützung mit den Variablen „emotionale Unterstützung“, „soziale Integration“, „praktische Unterstützung“, „Vertrauensperson“ und „wahrgenommene soziale Unterstützung“ (vgl. Abb. 3).

## Ergebnisse und Diskussion

Im Rahmen dieser Studie (Spreng 2006) stellte sich heraus, dass MS-betroffene Eltern ihre Lebensqualität allgemein betrachtet etwas höher empfinden als Kinderlose mit MS. In konkreteren zeitlichen Perspektiven gefragt jedoch beurteilen MS-Kranke mit Kindern ihre Lebensqualität schlechter als Kinderlose.

Außerdem gibt es Hinweise auf deskriptive Unterschiede zwischen den Gruppen in der Einschätzung der Lebensqualität und der Sozialen Unterstützung. Es zeichnet sich eine leichte Tendenz zu höheren Mittelwerten (MW) bezüglich wahrgenommener Le-

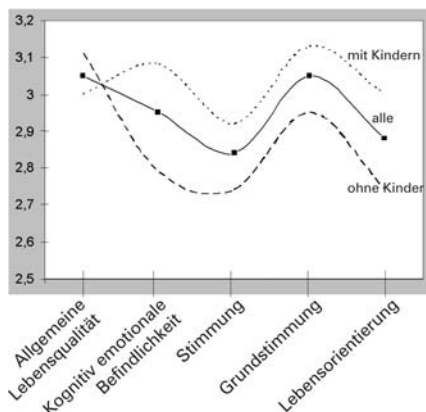


Abb. 2: Mittelwerte Lebensqualität

bensqualität bei MS-erkrankten Eltern ab.

In den aktuellen, situationsbezogenen Faktoren zeigten sich allerdings Indizien dafür, dass in kurzfristigen Transaktionen zwischen Individuum und Umwelt eher Klarheit und Eindeutigkeit herrscht. Je längerfristiger die zeitlichen Perspektiven in die Vergangenheit und Zukunft angelegt sind, desto negativer wird die Lebensqualität von MS-Betroffenen mit Kindern beurteilt (vgl. Abb. 2).

In Anlehnung an das salutogenetische Modell Antonovskys (1997) könnte man dies am ehesten mit der Erfassung des *sense of coherence* in Relation bringen. Es wäre deshalb auch zu diskutieren bzw. zu untersuchen, welche Anteile die tatsächliche familiäre Lebenssituation an den gemessenen Einstellungen hat und welchen Einfluss hier ein bereits mehr oder minder entwickelter *sense of coherence* ausübt.

Eine qualitative Untersuchung zum Thema „Kinder in Familien mit einem chronisch kranken Elternteil am Beispiel der Multiplen Sklerose“ von Pabst et al. (1998) bringt ähnliche Ergebnisse in Bezug auf die Bewertung der zeitlichen Perspektiven. Dies deutet darauf hin, dass sich Eltern, die an Multipler Sklerose erkrankt sind, große Sorgen um die Zukunft ihrer Kinder machen und deshalb höchst verunsichert in die Zukunft blicken. Zum einen ist die Krankheit an sich gekennzeichnet vom ungewissen Verlauf, dem ständig präsenten „Damoklesschwert“, zum anderen potenziert sich das Unsicherheitspotenzial noch mit der Sorge um die Kinder. Tiefgreifende Konflikte in der Familie können Zukunftsängste noch verstärken. Vor allem Paarkonflikte führen oftmals gerade bei chroni-

schon Erkrankungen wie MS zu Verlassens- und Verlustängsten (Papst et al. 1998).

Auch beobachten betroffene Eltern sehr genau das Verhalten ihrer Kinder und sind oft verunsichert im Umgang mit der Erkrankung ihnen gegenüber. Folglich kann es durchaus zu Unsicherheiten, Zukunftsängsten sowie Spannungszuständen, die in Distress münden, führen. Die Ergebnisse betreffend der Lebensqualität sind ein Hinweis auf wahrgenommene soziale Belastungen durch Kinder. Sorgen um die Finanzen, die Zukunft der Familie, um zunehmende Funktionsverluste und somit zunehmenden Wegfall von Aufgaben innerhalb des Familiensystems seien an dieser Stelle genannt. Auch zwangsläufiger krankheitsbedingter Rückzug von Erziehungsaufgaben und somit weniger Einfluss auf die positive Entwicklung der Kinder spielen hier eine Rolle (Pabst et al. 1998, Steck 2002, Riedesser & Schulte-Markwort 2001).

Je längerfristiger die Lebenseinstellungen gewachsen sind und je längerfristiger der Blick in die Zukunft ausgerichtet ist, desto höher scheint der Zusammenhang mit sozialer Unterstützung zu sein. So erreichen langfristige Einstellungen eine höhere Korrelation zur sozialen Unterstützung in der Gruppe mit Kindern als kurzfristige aktuelle Stimmungslagen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass MS-betroffene Eltern möglicherweise grundsätzlich zukunftsorientierter denken und handeln, weil die Versorgung und Absicherung ihrer Kinder in ihrem Leben eine gewichtige Rolle spielt, wohl resultierend aus der Unsicherheit über den weiteren Krankheitsverlauf. „Chronische Erkrankung steht u.a. für Ungewissheit und Kontinuität in der Sache, für mögliche alltagszeitliche und lebenszeitliche Verunsicherungen, Einschränkungen, Veränderungen, Wendepunkte, Schlusspunkte.“ (Griesehop 2003)

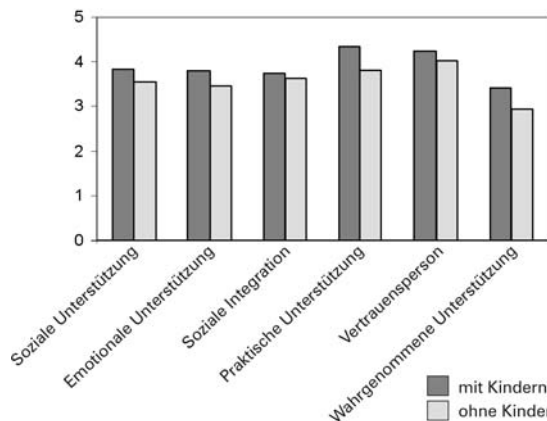


Abb. 3: Mittelwerte Soziale Unterstützung

Hierdurch wird deutlich, dass MS aus der Perspektive des „zeitlichen Horizonts“ zu betrachten ist. Die Ansichten von Menschen bzgl. Zeit können sich durch das Auftreten, wie es z.B. bei einer chronischen Erkrankung der Fall ist, neu definieren und sehr verschieden sein (Boscolo et al. 1994). Schilderungen von MS-betroffenen Elternteilen, die nach der Diagnosestellung einen Perspektivenwechsel vollziehen, bestätigen dies. Die Vergangenheit, aber auch vor allem das zukünftige Leben wird häufig neu definiert. Beruf, Familie und wirtschaftliche Absicherung werden oftmals neu bewertet und anders gewichtet.

Der Zusammenhang zwischen Körperzustand und subjektiver Einschätzung der Lebensqualität erwies sich in der Untersuchung als relativ hoch. In diversen Studien konnte dies bestätigt werden. Pöllmann (2005) stellt allerdings aufgrund verschiedener Untersuchungen zur Lebensqualität bei MS fest, dass die Bedeutung rein körperlicher Symptome auf die Lebensqualität überschätzt wird. Auch die soziale Situation spielt eine gewichtige Rolle. Ebenso das Instrument der Befragung selbst, d.h. ein Fragebogen, der den Fokus überwiegend auf körperliche Symptome richtet, wird auch entsprechend gefärbte Ergebnisse generieren. Insofern versucht Klinische Sozialarbeit, begriffen als multidimensionales Konstrukt, den Blickwinkel mit dieser Untersuchung zu öffnen und die Komponente der sozialen Dimension zu integrieren.

Auffallend an der Untersuchung ist die Tatsache, dass die subjektiv eingeschätzte körperliche Verfassung in der Gruppe mit Kindern mit Sozialer Unterstützung allgemein ( $r=0,615$ ,  $p<0,01$ ) und Lebensqualität allgemein ( $r=0,466$ ,  $p<0,05$ ) positiv korreliert. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass soziale Unterstützung eine positive Auswirkung auf das subjektive Empfinden in der Wahrnehmung des körperlichen Befindens und auch in der Wahrnehmung der Lebensqualität hat. Zumindest zeigt sich dieser Zusammenhang in der Gruppe mit Kindern, also bei Kranken, deren Leben sich in einem familiären System abspielt. Vorsichtig formuliert könnte dies darauf hindeuten, dass die subjektive Einschätzung der körperlichen Verfassung und der Lebensqualität von MS-betroffenen Eltern abhängig ist von der sozialen Unterstützung. D.h. es zeichnen sich Tendenzen ab, dass positiv wahrgenommene soziale Unterstützung das körperliche Wohlbefinden erhöht. In der Untersuchung beurteilten MS-betroffene Eltern den Grad an erhaltener sozialer Unterstüt-

zung höher als MS-Betroffene ohne Kinder. Es zeigen sich Tendenzen, dass eine höhere wahrgenommene soziale Unterstützung einen positiven Einfluss auf die individuelle Bewertung des Krankheitsprozesses und der Lebensqualität besitzen könnte. Zumindest gibt es in der Gruppe der MS-betroffenen Eltern Hinweise darauf.

Kritisch zu betrachten ist allerdings die Tatsache, dass soziale Unterstützung und das Leben im sozialen Netzwerk auch Belastungen wie Bevormundung, Überbehütung, Distanzlosigkeit aber auch Zurückweisung, Überforderung und Verleugnung mit sich bringen kann (Sommer & Fydrich 1991). Gerade in Bezug auf die wahrgenommene praktische Unterstützung von MS-Erkrankten mit Kindern kann dadurch möglicherweise eine Überforderung der minderjährigen Kinder oder Jugendlichen eintreten.

Eine erhöhte wahrgenommene soziale Unterstützung von MS-betroffenen Eltern (vgl. Abb. 3) könnte im Umkehrschluss auch ein Hinweis darauf sein, dass die eigenen, minderjährigen Kinder vermehrt praktische Aufgaben z.B. im Haushalt übernehmen. Eine Parentifizierung könnte dann nicht ausgeschlossen werden. Ob sich dies nun insgesamt betrachtet positiv oder negativ auf die Kinder auswirkt, wird in der Forschung unterschiedlich bewertet (Pabst et al. 1998). Soziale Unterstützung kann somit in ihrer Reziprozität zur sozialen Belastung für die Kinder, aber auch zur sozialen Belastung für die Eltern in Form von Gewissensbissen und Ängsten bzgl. einer ungesunden Weiterentwicklung ihrer Kinder werden (Spreng 2006).

### 3 Schlusswort und Ausblick

Die dargestellten Forschungsergebnisse können als Ausgangslage weiterer Diskussion und Entwicklung qualifizierter und spezifizierter Beratungsansätze genutzt werden. Empirische Untersuchungen leisten dabei einen Beitrag zu mehr Transparenz hinsichtlich der Kompetenzen Klinischer Sozialarbeit in Praxis und Forschung. In der Praxis selbst geht es um die Stärkung und Umsetzung eines biopsychosozialen Beratungs- und Behandlungsansatzes insbesondere auch in Akutkrankenhäusern.

#### Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT.
- Averbeek, M. et al. (1997). *Skalen zur Erfassung der Lebensqualität SEL*. Frankfurt: Swets Test Service.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (1994). *Die Zeiten der Zeit*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Ceballos-Baumann, A.O. Ideopathisches Parkinson-Syndrom. In P. Berlit (Hg.), *Klinische Neurologie* (S. 863-883). Berlin usw.: Springer.

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

Dettmers, S. (2006a). *Bedeutungsmuster Sozialer Unterstützung für Angehörige von Menschen mit der Diagnose Morbus Parkinson und mögliche Konsequenzen für Klinische Sozialarbeit*. Unveröffentlichte Masterthesis. Fachhochschule Coburg und ASFH Berlin.

Dettmers, S. (2006b). Streik verpasst. Warum ein Streik in den Universitätskliniken an einem Klinischen Sozialarbeiter vorbeigeht! *Alice - Magazin der ASFH Berlin*, 13, 34-35.

Geißler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Reinhardt.

Griesehop, H.R. (2003). *Leben mit Multipler Sklerose. Lebensgestaltung aus biografischer Sicht*. Frankfurt: VAS.

Haas, J. et al. (2003). *Lebensqualität bei Multipler Sklerose. Berliner DMSG-Studie*. Berlin/New York: de Gruyter.

Kesselring, J. (1997). *Multiple Sklerose*. Stuttgart usw.: Kohlhammer.

Krämer, G. & Besser, R. (2000). *Multiple Sklerose. Antworten auf die häufigsten Fragen*. Stuttgart: TRIAS.

Mattaini, M.A. (1993). *More than thousand words: Graphics for Clinical Practice*. Washington, DC: NASW.

Meuser, A. & Nagel, U. (2002). Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In A. Bogner et al. (Hg.), *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (S. 71-94). Opladen: Leske + Budrich.

Meyer, M. (2004). *Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe. Characteristics, Coverage and Usage. EURO-FAMCARE*. Bremen: Universität Bremen.

Pabst, J. et al. (1998). *Forschungsprojekt „Kinder in Familien mit einem chronisch kranken Elternteil am Beispiel der Multiplen Sklerose“*. Zürich: SMSG.

Pasetti, C. et al. (2003). Caregiving and Parkinson's disease. *Neurological Sciences* 24, 203-204.

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

Pöllmann, W., Busch, C. & Voltz, R. (2005). Lebensqualität bei Multipler Sklerose. *Nervenarzt* 76, 154-169.

Riedesser, P. & Schulte-Markwort M. (2001). Kranke Eltern – leidende Kinder. *Sozialmagazin*, 26 (7-8), 15-20.

Schneekloth, U. & Wahl, H.W. (Hg.) (2005). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III)*. München: BMFSFJ.

Sommer, G. & Fydrich, T. (1991). Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SOZU). *Diagnostica* 37 (2), 160-178.

Spreng, G. (2006). *Klinische Sozialarbeit bei chronischer Erkrankung. Soziale Unterstützung und Lebensqualität im familiären Kontext dargestellt am Beispiel Multipler Sklerose*. Unveröffentlichte Masterthesis. Fachhochschule Coburg und ASFH Berlin.

Steck, B. (2002). *Multiple Sklerose und Familie. Psychosoziale Situation und Krankheitsverarbeitung*. Basel: Karger.

Wendt, W.R. (2004). *Transdisziplinarität und ihre Bedeutung für die Wissenschaft der Sozialen Arbeit*. WWW: www.deutsche-gesellschaft-fuer-sozialarbeit.de/mit65.shtml [13.9.06].

Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 227-255). Weinheim/Basel: Beltz.

# Jugendliche Delinquenz als inter-generationeller Problemlösungsversuch

## Ergebnisse einer Mehrgenerationenstudie

Ulrike Loch

### Einleitung

Gewalt gegen Kinder ist derzeit ein aktuelles Thema in der Fachöffentlichkeit. Ein Blick auf betroffene Familien zeigt, dass Gewalt gegen Kinder selten ein einmaliges und unerwartet auftretendes Phänomen ist. Oftmals gibt es eine lange Geschichte von Gewalttaten, welche nur durchbrochen werden kann durch eine aufdeckende und fürsorgliche Auseinandersetzung mit der Familie, ihren Geschichten und Tradierungen. Andererseits führt das Festhalten an Tabuisierungen von Gewalt zu einer Gewaltspirale, die sich in den nächsten Generationen fortsetzt. In der Praxis Sozialer Arbeit können sich die Folgen solcher Gewaltspiralen beispielsweise in Handlungen wie Drogenkonsum, Schulverweigerung, Gewaltbereitschaft sowie in Kontakten zu rechten Szenen zeigen. Dies möchte ich im Folgenden anhand eines Fallbeispiels verdeutlichen, das auf der Auswertung von narrativen Interviews und Archivadokumenten basiert.

### Fallbeispiel

Kirsten Brückner (\*1951) und ihr jüngerer Sohn Patrick Brückner (\*1981) leben gemeinsam im Einfamilienhaus der Familie. Der Sohn konsumiert seit seinem 14. Lebensjahr Drogen, weshalb Kirsten Brückner in unregelmäßigen Abständen Kontakt zur örtlichen Drogenberatung hält. Im Alter von 17 Jahren waren zwei Verfahren wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz gegen Patrick Brückner anhängig; die Mutter ging zum Zeitpunkt der Erhebung von einer Verurteilung aus. Ferner gilt Patrick Brückner als gewaltbereit, u.a. war er wiederholt in Schlägereien in der rechten Szene involviert.

Um die Gegenwartssituation der Kleinfamilie – Sohn und Mutter – aus intergenerationeller Perspektive zu verstehen, bedarf es der Einbeziehung der Familiengeschichte. Kirsten Brückner wurde 1951 in eine sich auflösende Familie hineingeboren. Ihr Vater war seit seinem 17. Lebensjahr (1933) Mitglied der Hitlerjugend und seit seinem 19. Lebensjahr (1935) bei der SS; bis 1945 verbrachte er sein Leben vor-

wiegend in (para-)militärischen Organisationen. Die Archivadaten deuten auf eine Karriere hin, die mit Kriegsende vorbei war. Ihre Mutter war bis zur Heirat wahrscheinlich BDM-Führerin. Nach 1945 gelang den Eltern kein Einstieg in die bundesdeutsche Gesellschaft, was sich u.a. in langen Phasen der Arbeitslosigkeit zeigte. Der Vater richtete sexualisierte Gewalt gegen seine älteste Tochter, seine Beziehung zu Kirsten Brückner, der jüngeren Tochter, ist bis heute ungeklärt. Infolge familialer Gewalt kamen die Schwestern in den 1950er Jahren wiederholt in ein Heim. Zurückgebliebenen ist bei Kirsten Brückner ein diffuses Verlassenheitsgefühl. Dieses Verlassenheitsgefühl wurde durch Erlebnisse in ihrer Jugend verstärkt. Dies sind vor allem die psychische Erkrankung der Mutter und die Scheidung der Eltern. Kirsten Brückner musste als Jugendliche ihre Mutter weitgehend alleine versorgen. Sie versuchte mit dieser überforderten Situation umzugehen, indem sie sich über gute schulische Leistungen stabilisierte und den abwesenden Vater idealisierte. Um das Bild eines geliebten Vaters aufrechterhalten zu können, blendete sie das Wissen um dessen Unzuverlässigkeit und Gewalttätigkeit aus.

Dieses Bindungsmuster unterstützte die Wahl eines Ehemanns, der verbal aggressiv gegen sie war und der sich selbst durch seinen Alkoholkonsum schleichend tötete: „*ich hab' das nicht erkannt, dass er eigentlich da schon Alkoholiker war ... ich fand das toll, einen saufen zu gehen*“. Kirsten Brückner verdeckt die Gewalt ihres Mannes bis in die Gegenwart mit Worten wie „*normalerweise war er nicht irgendwie gewalttätig*“ und indem sie stellvertretend von der ihrer Söhne spricht: „*die zwei Jungen haben sich dermaßen brutalst hier bekämpft - wenn der eine am Boden lag, hat der andere immer noch mit den Füßen drauf rumgetreten (...); und ich dann hinterher wieder ins Krankenhaus fahren durfte, weil's wieder genäht werden musste ... aber die Anlässe habe ich meistens nich' mitgekriegt, ne?*“. Kirsten Brückner stellt die Gewalttätigkeit ihrer Kinder so dar, als geschähe diese unabhängig von der familialen Situation. Sie selbst führt

Kirsten Brückner in diesen Kontexten immer als helfende Instanz ein.

Anfang der 1990er Jahre eskalierte die Familiensituation so, dass Kirsten Brückner eine Therapie begann. Diese brach sie ab, als die Frage nach ihrer Beziehung zum Vater aufkam. Bis in die Gegenwart achtet Kirsten Brückner darauf, dass die Frage unbeantwortet bleibt. Auf der Ebene der Kleinfamilie folgte die Scheidung, der Sohn Patrick übernahm zunehmend die Versorgung seines Vaters: „*Patrick hatte zwischen durch noch versucht, die Wohnung etwas sauber zu machen ...; sonst wär's noch schlimmer gewesen*“. Nach dem Alkoholtod seines Vaters unternahm Patrick Brückner einen Suizidversuch, woraufhin er in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen wurde. Kirsten Brückner parentifizierte ihn in der Folgezeit zunehmend.

Patrick Brückner geriet darüber in eine Verlaufskurve, die sich in der Gegenwart dahingehend zuspitzt, dass er im Begriff steht, das Suchtmuster des Vaters mit illegalisierten Drogen zu wiederholen. Die kontinuierliche Steigerung des Suchtmittelgebrauchs und die damit einhergehende Gefahr werden von Kirsten Brückner nicht wahrgenommen: „*im Moment nimmt er angeblich kein Extasy mehr, und mit Cannabis soll es sich angeblich auch in Grenzen halten ...; ich seh' das dem nich' mehr an*.“ Gleichzeitig normalisiert sie sein Verhalten als jugendliches Bedürfnis, sich auszuprobieren. Hierzu zieht sie Vergleiche zu ihrer eigenen Ausbildungszeit heran: „*abends Skat gespielt in der Kneipe (...); von daher gesehen kann ich auch so'n bisschen nachvollziehen, was der Patrick da treibt*“. Mit diesem Parallelisieren blendet Kirsten Brückner das Ausmaß der Sucht und der Gewaltbereitschaft ihres Sohnes aus. Sie unterstützt hierüber sein Verbleiben in der Drogenszene sowie seine Kontakte zur rechten Szene.

Aus der Perspektive des Sohnes formuliert Patrick Brückner befindet sich durch seine Bindung an den verstorbenen Vater und an die Mutter in einer Spirale, in der sich Autoaggression (Sucht, Suizidversuch) mit rechten Orientierungen und dem Ausleben von Gewalt gegen andere verbinden. Dahinter liegen – sowohl für Patrick als



auch für Kirsten Brückner – eigene und tradierte Ohnmachts- und Verlassenheitsgefühle, welche aus dem Aufwachsen in einem gewalttätigen Milieu mit seinen unzuverlässigen Bindungen und widersprüchlichen Erwartungen resultieren, ohne dass hierfür Verantwortung von den jeweiligen Eltern und Großeltern übernommen wurde bzw. wird. Gleichzeitig verweist Patrick Brückner durch seine Kontakte zur rechten Szene und sein dortiges Auffälligwerden über Gewalt auf ein Familiengeheimnis, nämlich die verschwiegene politische Vergangenheit seines Großvaters mütterlicherseits.

## Diskussion

Signifikant für die Situation vieler Kriegs- und Nachkriegskinder ist das Leiden unter Schuld- und Schamgefühlen, die auf die von (Groß-)Eltern tradierte Schuld im Kontext des Nationalsozialismus zurückgehen (vgl. Rosenthal 1997). Diese Schuld- und Schamgefühle binden die Nachgeborenen an die Eltern- und Großeltern, soweit diese Gefühle nicht bearbeitet werden. In den Familien zeigt sich diese Bindung durch eine größere Loyalität gegenüber der Eltern- und/oder der Großelterngeneration als sich selbst gegenüber (vgl. Eckstaedt 1996; Radebold 1997) und ihren eigenen Kindern. Dies gilt auch für diejenigen Nachkommen, die Opfer von familialer Gewalt wurden (vgl. Müller-Hohagen 2001). Hierdurch leben traumatisierte Nachgeborene in einem Spannungsverhältnis zwischen dem Einlassen auf ihre Erinnerungen und damit auch auf die erlittene Gewalt einerseits und dem Ausrichten an der Perspektive der Täter andererseits. Letzteres gilt sowohl

für den Umgang mit familialer Gewalt und Vernachlässigung als auch mit Verbrechen auf der Kollektivebene, wie beispielsweise Kriegsverbrechen.

Die Ergebnisse meiner Studie zeigen, dass erst das Herausgehen aus den Bindungen an Täter/innen eine Neuausrichtung der familialen Beziehungen zugunsten einer Loyalität sich selbst und den Kindern gegenüber ermöglicht. In Familien, in denen dies nicht geschieht, werden über die familialen Beziehungsmuster Verstrickungen von Gewalt und Traumatisierung an die nächste Generation übermittelt. Eine Ausdrucksmöglichkeit dieser Verstrickung können Formen von Gewalt gegen sich selbst und andere sein. Als Symptom zeigt sich diese intergenerationale Tradierung der Verstrickung in Gewaltkontexte und von Ohnmachtsgefühlen infolge von Traumatisierung beispielsweise in Delinquenz (vgl. Foerster 2005), Drogenabusus, in Suizidversuchen und/oder in psychischen Auffälligkeiten sowie in der Enkelgeneration zusätzlich in Schulverweigerung und der Ausrichtung an rechten Szenen.

Um diese Entwicklungen in den Blick zu bekommen, bedarf es des mehrgenerationellen Fallverstehens. Interventionen in traumatisierenden Familien, die nur auf die aktuelle Situation – Drogen, Gewalt, Schulverweigerung etc. – ausgerichtet sind, beinhalten die Gefahr der Verfestigung von Gewaltstrukturen bzw. von taterorientierten Loyalitätsbeziehungen, in denen die Loyalität zur vorher geborenen Generation größer ist als die gegenüber der eignen Person und zu den eigenen Kindern. Werden die genannten Handlungsmuster jedoch als Versuche der Symbolisierung von belastenden Lebenssituationen und Familienvergan-

genheiten interpretiert, ermöglicht dies den Betroffenen das Herausgehen aus erstarrten familialen Handlungs- und Interpretationsmustern (siehe hierzu die Falldarstellung der Herkunftsfamilie Seidel in Loch 2006).

So betrachtet, stellt delinquentes Verhalten eine Herausforderung zur Dechiffrierung von Lebens- und Familiengeschichten dar, die sich auch an die Fachkräfte Sozialer Arbeit richtet. Beim Verstehen des Eigensinns dieser Handlungen und deren biographischen Deutungen können uns intergenerationale Narrationsanalysen unterstützen, sowohl in der Praxis (vgl. Helmhold-Schlösser 2005) als auch in der Forschung Sozialer Arbeit.

## Literatur

- Eckstaedt, A. (1996). *Nationalsozialismus in der „zweiten Generation“*. Psychoanalyse von Hörigkeitsverhältnissen. Frankfurt: Suhrkamp.
- Helmhold-Schlösser, G. (2005). „Ich hab’ so viel Schuld“. Muster generativer Erbschaft in Multiproblemfamilien. *Sozial Extra* 29(11), 28-32.
- Foerster, M. (2005). Frühe Traumatisierung und Delinquenz. Der Täter als Opfer seiner Biographie. *neue praxis* 4, 361-375.
- Loch, U. (2006). *Sexualisierte Gewalt in Kriegs- und Nachkriegskindheiten. Lebens- und familiengeschichtliche Verläufe*. Opladen: Budrich. (Rekonstruktive Forschung in der Sozialen Arbeit.)
- Müller-Hohagen, Jürgen (2001). Seelische Weiterwirkungen aus der Zeit des Nationalsozialismus. Zum Widerstreit der Loyalitäten. In K. Grünberg & J. Straub (Hg.), *Unverlierbare Zeit. Psychosoziale Spätfolgen des Nationalsozialismus bei Nachkommen von Opfern und Tätern* (S. 83-118). Tübingen: diskord.
- Radebold, H. (2003). Kriegsbeschädigte Kindheiten. Die Geburtenjahrgänge 1930-32 bis 1945-48. *Psychosozial* 26(1), 9-15.
- Rosenthal, G. (Hg.) (1997). *Der Holocaust im Leben von drei Generationen. Familien von Überlebenden der Shoah und von Nazi-Tätern*. Gießen: Psychosozial.

ANZEIGE

Gahleitner, Gerull, Ituarte, Schambach-Hardtke, Streblov:

### Einführung in das Methodenspektrum sozialwissenschaftlicher Forschung

ISBN 3-937895-27-2 • 120 Seiten • 10,- Euro

Die fünf Autorinnen wollen mit diesem Methodenband die Lust am Forschen vermitteln, Anregungen und Hilfestellung geben, die Neugierde für eine praktische methodische Anwendung wecken und gleichzeitig die Methodenwahl erleichtern. Die ausgewählten Methoden werden anhand von real durchgeführten Forschungsprojekten der Autorinnen vorgestellt und erläutert.



**Praxis Theorie Innovation**  
Berliner Beiträge zur Sozialen Arbeit und Pflege

jedes Buch 16,80 Euro

**Schibri-Verlag**  
www.schibri.de  
Schibri-Verlag@t-online.de  
Milow 60 • 17337 Uckerland  
Tel.: 039753-22757 • Fax: -22583











# Rückfallfreie Sexualstraftäter

## Protektive Faktoren bei ehemaligen Maßregelpatienten

Gernot Hahn

**M**it der qualitativen Studie „Rückfallfreie Sexualstraftäter – salutogenetische Faktoren bei ehemals im Maßregelvollzug behandelten Sexualstraftätern“ (Hahn, 2007) wird ein Einblick in die Faktoren und Zusammenhänge gegeben, die dazu führen, dass im Maßregelvollzug behandelte Sexualstraftäter rückfallfrei bleiben. Forschungshintergrund ist das Konzept der Salutogenese von Antonovsky (1997), ein Erklärungsansatz für Gesundheit und Gesundungsprozesse, der gezielt und in Abgrenzung zu biomedizinischen Fragestellungen danach fragt, warum Menschen gesund sind bzw. trotz ungünstiger Verhältnisse gesund bleiben. Das Konzept „*Salutogenese*“ hat sich in unterschiedlichen Bereichen (Psychotherapie, Gesundheitspsychologie und -förderung, Sozialpsychiatrie) stark verbreitet (vgl. Bengel et al. 1999).

Im Mittelpunkt steht dabei das Konzept des Kohärenzgefühls (SOC), das als dispositionelle Bewältigungsressource betrachtet wird, wodurch Menschen widerstandsfähiger gegenüber Stressoren gemacht werden. Erste Forschungsergebnisse zur Evaluation eines normierten Tests zum SOC-Konstrukt (vgl. Schumacher et al. 2000) weisen auf eine gewisse Verlässlichkeit hin. Jedoch liegen bislang keine Werte und Aussagen für spezielle Bevölkerungsgruppen vor, so dass eine Anwendung in subkulturellen Populationen (etwa: psychisch kranke Sexualstraftäter) nicht möglich ist. Problematisch ist auch, dass sich in den vorliegenden Studien zur Anwendung der SOC-Skala als diagnostisches Instrument zur Messung der Widerstandsfähigkeit die Relevanz der Subaspekte „*Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit*“ nicht belegen ließ (Hannöver et al., 2004). Entsprechend bot sich für die vorliegende Studie ein qualitativer Zugang zur Beantwortung der Fragestellung „Rückfallfreie Sexualstraftäter – salutogenetische Faktoren bei ehemals im Maßregelvollzug behandelten Sexualstraftätern am Ende einer positiv verlaufenen Eingliederungsphase“ an.

Soziale Therapie bildet den wissenschaftlichen Hintergrund für das Forschungsprojekt (Hahn 2004; Schwendner 2000). Kennzeichen dieser noch jungen wissenschaftlichen Disziplin ist die parallele Fokussierung auf innerpsychische und soziale Bedingungs-

grundlagen einerseits und die Auswirkungen von individuellen Leidenszuständen andererseits. Die Betonung der Gleichzeitigkeit gesellschaftlicher und psychischer Ursachen bestehender Leidenserfahrungen bietet sich für das hier bearbeitete Thema in besonderem Maße an: Protektive Faktoren sind in zwei Hauptgruppen angesiedelt, internen und externen Ressourcen, also verankert in psychischen und sozialen Strukturen.

Bezüglich der Forschungsmethodologie erfolgte die Bezugnahme auf den Ansatz der „*Grounded Theory*“, einer Methode gegenstandsnahe Theoriebildung (Glaser & Strauss 1998). In der Tradition des symbolischen Interaktionismus stehend, fasst diese qualitative Forschungsmethode die soziale Welt in einem Prozess bestehend auf, in dem die darin enthaltenen sozialen Objekte sich ständig verändern, wobei es zu permanent ablaufenden Interaktionen über deren Bedeutungen kommt. Diese Symbolbedeutungen bilden das gemeinsame Wissen der Akteure um die soziale Realität, wodurch eine intersubjektive Handlungsfähigkeit ermöglicht wird. Damit weist sich die „*Grounded Theory*“ als geeignete Forschungsmethode im Kontext sozialer Therapie aus, da der Forschungsbezug soziale Prozesse, deren individuelle Wahrnehmung und soziale Interaktion sind. Als Datenerhebungsverfahren wurde das „*Narrative Interview*“ (Schütze 1983) gewählt, in einer modifizierten Form als strukturiertes, biografisches narratives Interview.

Die Auswertung des Datenmaterials ergab Hinweise auf eine Vielzahl protektiver Faktoren, welche in allen biografischen Abschnitten der Täter entstanden waren. Die in der Resilienzforschung (z.B. Reister 1995; Tress 1986) bekannten Protektivfaktoren (z.B. „*dauerhafte, gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson*“, „*Aufwachsen unter Geschwistern*“, „*Emotionale Intelligenz*“ etc.) fanden sich auch bei der untersuchten Stichprobe. Darüber hinaus konnten weitere, nur für die Population „*rückfallfreie Sexualstraftäter*“ gültige Faktoren gefunden werden (z.B. „*Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im Maßregelvollzug*“, „*Gestuffer, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase*“, „*Verfügbarkeit externer, institutionalisierter Kontrollinstanzen*“ etc.). Die im Salutogenese-Konzept enthaltenen Faktoren

„*Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit*“ fanden sich bei der untersuchten Tätergruppe ebenfalls, hier in Bezug auf die Akzeptanz und Integration der bestehenden Delinquenz in das Selbstbild der Täter.

Weiter konnten vier Protektions-Hauptgruppen identifiziert werden, welche deutliche Unterschiede in Bezug auf Verteilung der Ressourcen in den biografischen Lebensabschnitten und in der Balance zwischen internen und externen Protektivfaktoren aufweisen. Als „*reicher Protektionstyp*“ sind Probanden beschrieben, die im gesamten Lebensverlauf umfangreiche protektive Faktoren erwerben und (Lebensabschnitt übergreifend) darüber verfügen konnten, so dass aktuell ein differenziertes Ensemble protektiver Faktoren zur Verfügung steht, mit einer stabilen Balance interner und externer Faktoren.

Die Kategorie „*armer Protektionstyp*“ fasst Probanden zusammen, welche im biografischen Verlauf nur wenige Schutzfaktoren erworben haben und in deren aktueller Lebenssituation eine Dominanz externer Schutzfaktoren zu beobachten ist. Zwei weitere Protektionskategorien („*frühgestörter, differenzierter Protektionstyp*“ und „*indifferenter, dissozial geprägter Protektionstyp*“) weisen Störungen im Erwerb protektiver Faktoren in unterschiedlichen Lebensphasen auf. Die aktuelle Lebenssituation beider Gruppen ist durch eine deutliche Dominanz interner Schutzfaktoren geprägt.

Vor dem Hintergrund der Forschungsergebnisse konnten Anwendungsbeispiele in der kriminaltherapeutischen Praxis beschrieben werden. Eine hohe Relevanz ergibt sich für die differenzierte Ausgestaltung unterschiedlicher Prognoseinstrumente, wo die Integration protektiver Faktoren, in Ergänzung zu den (dort) dominierenden Risikofaktoren (z.B. Psychopathie-Check-List von Hare 2004), eine verlässlichere Prognosebeurteilung erlauben dürfte bzw. integrative Prognosemethoden (z.B. FOTRES von Urbaniok 2004) weiter ausdifferenziert werden können.

Für die stationäre und ambulante forensische Behandlung erlaubt die Integration protektiver Faktoren eine deutlichere Ressourcenorientierung und -aktivierung, was als erheblicher Beitrag zur Effizienzsteigerung forensischer Psychiatrie und Psychotherapie aufgefasst werden muss.

## Ausgewählte Protektivfaktoren im Überblick

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <p>1 Kritische Selbstreflektion als Ergebnis abgeschlossener Therapie</p> <p>2 Gefühl von menschlicher Anerkennung durch Therapeuten</p> <p>3 Verantwortungsgefühl</p> <p>4 Fähigkeit eigene Ressourcen zu erkennen und zu benennen</p> <p>5 Erleben einer hierarchiefreien therapeutischen Kommunikation</p> <p>6 Eher förderliche „gute“ Kindheit</p> <p>7 Hohe Bedeutung einer spirituellen Orientierung für die eigene Lebensführung i.S. günstiger moralischer Grundorientierung</p> <p>8 Mehrere Berufsabschlüsse</p> <p>9 Verbalisationsfähigkeit</p> <p>10 Introspektionsfähigkeit</p> <p>11 Abgeschlossene, tiefgreifende Auseinandersetzung mit der Tat</p> <p>12 Soziale Flexibilität und Anpassungsfähigkeit</p> <p>13 Soziale Integration durch Übernahme sozialer Funktionen</p> <p>14 Funktionierendes soziales Sicherungssystem</p> <p>15 Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im Maßregelvollzug</p> <p>16 wie 15 + „trotz Leugnung der Tat“</p> <p>17 Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase (Versorgungskontinuität, Kontrollaspekt)</p> <p>18 Verfügbarkeit externer, institutioneller Kontrollinstanzen + deren Akzeptanz + deren flexible Ausgestaltung</p> <p>19 Geregelter, sichere Tagesstruktur</p> <p>20 Akzeptanz ungünstiger (Früh)Sozialisation, ohne negative Aspekte zu negieren</p> <p>21 Positive Bildungserfahrungen</p> <p>22 Erleben der Unterbringung als Chance für eine Auseinandersetzung mit sich selbst</p> <p>23 Erleben des Redens in der Therapie als „befreiende Katharsis“</p> <p>24 Ambulante Weiterführung einer stationären forensischen Behandlung</p> | <p>25 Integration in Selbsthilfegruppe</p> <p>26 Offene Selbstdarstellung</p> <p>27 Adaption relevanter Therapieergebnisse in echte Lebenszusammenhänge</p> <p>28 Gefühl sozialer Teilhabe/Normalität</p> <p>29 Reflektion aktueller Beziehung/Partnerschaft in Therapie</p> <p>30 Angemessene Zukunftsplanung/Erwartung</p> <p>31 Bewältigung der sozialen Rolle „Sexualstraftäter“</p> <p>32 Nachholen von Bildungsabschlüssen</p> <p>33 Überwindung dissozialer Symptomatik</p> <p>34 Vielseitige Interessen und Engagement</p> <p>35 Absprachefähigkeit</p> <p>36 Balance externer und interner Protektivfaktoren</p> <p>37 Kognitive Fähigkeit: Merkfähigkeit</p> <p>38 Erkennen komplexer sozialer Zusammenhänge</p> <p>39 Externe Kontrolle und Strukturvorgaben im Alltag</p> <p>40 Soziales Integrationsbedürfnis</p> <p>41 Selbstgenügsamkeit: Fähigkeit zum Erkennen und Einhalten eigener Grenzen</p> <p>42 Guter sozialer Status durch Tätigkeit (Beruf)</p> <p>43 Fortbestehen externer sozialer Kontakte während der Unterbringung</p> <p>44 Selbstanzeige der Anlasstat</p> <p>45 Reduzierte sexuelle Impulse</p> <p>46 Dauerhafte, gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson</p> <p>47 Stabiles familiäres Umfeld</p> <p>48 Soziale Förderung durch Institution</p> <p>49 Aufwachsen unter Geschwistern</p> <p>50 Vorhandensein zusätzlicher (naher) Bezugspersonen</p> <p>51 Fähigkeit intensive, zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrecht zu erhalten</p> <p>52 Erreichen eines Bildungsabschlusses</p> <p>53 Abgeschlossene Berufsausbildung</p> | <p>54 Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson</p> <p>55 Soziale Unterstützung</p> <p>56 Eine in allen Qualitäten als befriedigend erlebte Partnerschaft</p> <p>57 Emotionale Intelligenz (Wahrnehmung, Zuordnung, Verbalisation und Regulation von Gefühlen)</p> <p>58 Störungs-/Krankheitseinsicht</p> <p>59 Internale Kontrollüberzeugungen</p> <p>60 Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten</p> <p>61 Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln</p> <p>62 Fähigkeit externe Ressourcen und soziale Stützsysteme zu nutzen</p> <p>63 Aufnahme und Beendigung einer spezifischen (Sexual-)Therapie</p> <p>64 Medikamentöse Behandlung (trieb-dämpfend), bei guter Compliance</p> <p>65 Offene, vertrauensvolle Bindung an Therapeuten</p> <p>66 SOC – Gefühl von Verstehbarkeit</p> <p>67 SOC – Gefühl von Handhabbarkeit</p> <p>68 SOC – Gefühl von Sinnhaftigkeit</p> <p>69 Hoffnungspotential/Optimismus/Betonung positiver Lebensaspekte ohne Verleugnung von Risikofaktoren und Vulnerabilitäten – Lebenszufriedenheit</p> <p>70 Humor</p> <p>71 Besserung der deliktfördernden psychiatrischen Symptomatik</p> <p>72 Empathiefähigkeit</p> <p>73 Soziale Flexibilität/Anpassungsfähigkeit</p> <p>74 Fähigkeit zur Distanzierung von negativen Einflüssen</p> <p>75 Geringe strafrechtliche Vorbelastung</p> <p>76 Selbstwirksamkeitserleben: Control</p> <p>77 Soziale Kontrolle und Unterstützung: Einbindung in soziales Netz (Anerkennung durch Familie und soziale Beziehungen zu nicht delinquenten Personen)</p> <p>78 Günstige materielle Situation/geordnetes Einkommen</p> <p>79 Zufriedenheit mit Wohnsituation</p> |
|---|--|---|

### Literatur

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.

Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (1999). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln: BZgA.

Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.

Hahn, G. (2004). *Sozialtherapie - Der Grundgedanke klinischer Sozialarbeit*. Online-Publ.: [www.klinische-sozialarbeit.de/forschung.htm](http://www.klinische-sozialarbeit.de/forschung.htm) [07.03.07].

Hahn, G. (2007). *Rückfallfreie Sexualstraftäter. Salutogenetische Faktoren bei ehemaligen Maßregelvollzugspatienten*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Hannöver, W. et al. (2004). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. Ergänzungen zu den deutschen Normwerten aus einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 54, 179-186.

Hare, R.D. (2004). *Hare Psychopathy Checklist - Revised* (2. Aufl.). Toronto: Multi Health Systems.

Reister, G. (1995). *Schutz vor psychogener Erkrankung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis* 3, 283-293.

Schumacher, J., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2000). Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky. *Diagnostica* 46(4), 208-213.

Schwendter, R. (2000). *Einführung in die Soziale Therapie*. Tübingen: dgvt.

Tress, W. (1986). *Das Rätsel der seelischen Gesundheit. Traumatische Kindheit und früher Schutz gegen Psychogene Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Urbaniok, F. (2004). FOTRES. *Forensisch operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System*. Oberhofen: Zytglogge.

## Ankündigung

### 1. Bundesweiter Workshop rekonstruktive Sozialarbeitsforschung 30. August bis 1. September 2007

Der Workshop bietet Gelegenheit, eigene aktuelle Forschungsarbeiten, erhobenes Datenmaterial oder Exposés für geplante Forschungsvorhaben im Bereich rekonstruktiver Sozialarbeitsforschung vorzustellen und mit in diesem Bereich langjährig erfahrenen Kolleginnen und Kollegen zu diskutieren.

Gearbeitet wird nach dem Modell der Forschungswerkstatt am konkreten Datenmaterial der Teilnehmenden (Interviews, Gruppendiskussionen, Beobachtungsprotokolle, schriftliche Quellen etc.). Im Vordergrund des Workshops stehen fortlaufende Arbeitsgruppen (mit kleiner Teilnehmerzahl) zu einzelnen Forschungsmethoden der Sozialen Arbeit, für die vorab ein eigenes Exposé und Auswertungsmaterial einzureichen sind. Die Teilnehmenden arbeiten während des gesamten Workshops in derselben Arbeitsgruppe. Konkrete Wünsche und Fragen werden im Vorfeld bzw. zu Beginn des Workshops mit den jeweiligen Leitern und Leiterinnen abgesprochen.

Einladungen sind alle interessierten Kolleginnen und Kollegen, Forschungsgruppen und Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler an Universitäten, Fachhochschulen, genauso wie forschende Praktikerinnen bzw. Praktiker aus den verschiedenen Praxisfeldern der Sozialen Arbeit.

Der Workshop ist eine Veranstaltung des Netzwerkes für Rekonstruktive Sozialarbeitsforschung und Biografie ([www.rekonstruktive-sozialarbeitsforschung.de](http://www.rekonstruktive-sozialarbeitsforschung.de))

#### Gesamtorganisation:

Prof. Dr. Ingrid Miethe (EFH Darmstadt)  
Prof. Dr. Silke Brigitta Gahleitner (ASFH Berlin)  
Dr. Heidrun Schulz (Universität Kassel)

#### Forschungswerkstätten:

##### Forschungswerkstatt A

Thema: Forschungsmethode als Methode der Wahl  
Leitung: Prof. Dr. Ingrid Miethe (EFH Darmstadt)

##### Forschungswerkstatt B

Thema: Qualitative Inhaltsanalyse in Aktion  
Leitung: Prof. Dr. Silke Brigitta Gahleitner (ASFH Berlin); Heike Kämel (FH Nordhausen)

##### Forschungswerkstatt C

Thema: Sozialwissenschaftliche Erzählanalyse  
Leitung: Prof. Dr. Gerhard Riemann (Universität Bamberg)

##### Forschungswerkstatt D

Thema: Objektive Hermeneutik  
Leitung: Prof. Dr. Klaus Kraimer (Universität Osnabrück/Katholische Hochschule für Soziale Arbeit Saarbrücken)

##### Forschungswerkstatt E

Thema: Dokumentarische Methode  
Leitung: Dr. Claudia Streblov (DKJS Berlin);  
Dr. Monika Wagner-Willi (Universität Zürich)

##### Forschungswerkstatt F

Thema: Interaktionsanalyse von Videodokumenten  
Leitung: Prof. Dr. Wolfram Fischer;  
Martina Goblirsch (Universität Kassel)

#### Kontakt/Anmeldung:

*Begrenzte Teilnehmer(innen)zahl!*  
Anmeldeschluss: **31. Mai 2007**

Anmeldung unter Angabe der bevorzugten Forschungswerkstatt an:

Prof. Dr. Silke Gahleitner  
([sb@gahleitner.net](mailto:sb@gahleitner.net))

## Vorankündigung

### Wissen wir, was wir tun? Rekonstruktion in der Supervision 6. bis 7. Dezember 2007

Im praktischen Handeln tun wir in der Regel so, als wären uns unsere Motive, Ziele und Mittel, die wir gebrauchen, hinreichend bewusst. Wissen wir aber wirklich genau, was wir tun? Vielleicht haben wir das, was wir können, noch gar nicht recht begriffen? Reichen unsere bisherigen Theorien und Praxeologien aus, um unsere Erfahrungen angemessen zu formulieren?

- Wie beeinflussen unsere Konzepte unser Handeln?
- Welches Wissen erzeugen wir im praktischen Handeln, und wie lässt sich dieses Potential nutzen und besser zugänglich machen?
- Wie wird unser implizites Wissen wirksam und nutzbar?
- Was heißt professionelle Beratung angesichts einer interaktiven Herstellung von Sinn?

Bei der Tagung wollen wir Protokolle aus unserer Praxis (Transkriptionen, Videos) mit Hilfe sozialwissenschaftlicher Forschungsverfahren, insbesondere fallrekonstruktiver Methoden, gemeinsam analysieren, um vermeintlich Altbekanntes neu zu entdecken.

Das Programm steht in Kürze zur Verfügung und kann bei den Veranstaltern angefragt werden.

#### Veranstalter:

*Evangelische Fachhochschule Freiburg*  
Prof. Dr. Susanne Ehmer, Prof. Dr. Klaus Schneider

*Sigmund Freud Institut Frankfurt*

Prof. Dr. Dr. Rolf Haubl

*Netzwerk Rekonstruktive Sozialarbeitsforschung und Biografie*

Prof. Dr. Wolfram Fischer, Martina Goblirsch

*Universität Kassel, Abteilung Supervision und Organisationsberatung*

Dr. Brigitte Hausinger

*Universität Wien, Institut für Bildungswissenschaften*

Dr. Kornelia Steinhardt

*Hochschule Mittweida (FH), FB Soziale Arbeit*

Prof. Dr. Stefan Busse

*Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V.*

Jörg Fellermann, Dr. Brigitte Hausinger

#### Kontakt/Anmeldung:

Prof. Dr. Klaus Schneider  
([schneider@efh-freiburg.de](mailto:schneider@efh-freiburg.de))

Prof. Dr. Susanne Ehmer  
([ehmer@efh-freiburg.de](mailto:ehmer@efh-freiburg.de))

## Rezension

### Kontakt zur Forschung leicht gemacht?

Ein Einführungsbändchen  
*Brigitte Geißler-Piltz*

Seit mehreren Jahren wird an der Alice-Salomon-Hochschule Berlin ([www.asfh-berlin.de](http://www.asfh-berlin.de)) von Absolventinnen des Alice-Salomon-Promotionskollegs ein Methodenworkshop angeboten, der möglichst angewandt an das sozialwissenschaftliche Methodenspektrum heranführt und Lust am Forschen vermittelt. Nach einer Einführung in die Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens werden einige Erhebungs- und Auswertungstechniken aus dem quantitativen und qualitativen Spektrum vermittelt und bis zum Einsatz von computergestützten Programmen als Hilfsmittel empirischer Forschung vorgestellt. An exemplarischen Fragestellungen, die sich jeweils auf die abgeschlossenen durchgeführten Forschungsprojekte der ehemaligen Promovendinnen beziehen, wird auf diese Weise ein erster Einblick in den Umgang mit empirischem Text- bzw. Zahlenmaterial gegeben.

Aus diesem Angebot ist eine empfehlenswerte einführende Publikation entstanden, die in verständlicher Sprache und das gesamte Forschungsspektrum würdigend die gleiche Zielsetzung verfolgt wie der beschriebene Workshop. So werden quantitative statistische Verfahren ebenso einführend und anschaulich erklärt wie halbstrukturierte qualitative Verfahren wie z.B. die qualitative Inhaltsanalyse oder rekonstruktive interpretative Verfahren. Der Methodenband regt so mit dem an selbst durchgeführten Projekten erprobten Methodenspektrum zur Neugier gegenüber sozialwissenschaftlichen Forschungsmethoden an und vermittelt praktische Tipps für die Methodenwahl und Anwendung. Weiterführende Hinweise zur Vertiefung inklusive entsprechende Links gibt es zahlreich, ebenso wie Tipps und Adressen, an die sich gewendet werden kann, wenn es an die detaillierte Ausführung der Forschungsvorhaben geht. Für einen ersten Einstieg in die zuweilen unübersichtliche und von vielen Abgrenzungskämpfen zerfahrene Forschungslandschaft ist das einführende Bändchen mit seinem äußerst erschwinglichen Preis sehr zu empfehlen.

Kontakt zur Rezensentin:  
[geissler-piltz@asfh-berlin.de](mailto:geissler-piltz@asfh-berlin.de)

*Gahleitner, S.G. et al. (2005). Einführung in das Methodenspektrum sozialwissenschaftlicher Forschung. Uckerland: Schibri-Verlag. 120 Seiten. 10,- Euro.*