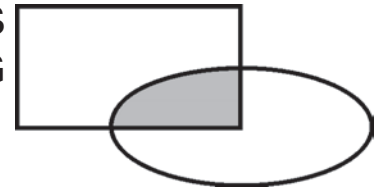


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



4. Jg. ■ Heft 3 ■ Juli 2008

Inhalt

Themenschwerpunkt: Klinische Sozialarbeit und Sozialraum

- 3 Editorial
- 4 *Heinz Karlusch*
Sozialraumsensible Klinische Sozialarbeit
Und was macht der Raum mit uns?
- 6 *Sylvia Keil*
Zur Sozialraumorientierung Klinischer Sozialarbeit
- 8 *Marianne Roessler*
Sozialraumorientierte und Klinische Sozialarbeit im Dialog
- 11 *Roland Fürst*
Klinische Sozialarbeit in Österreich - Quo vadis?
- 12 *Rezension von Gernot Hahn*
Klinische Sozialarbeit - Theorien, Methoden, Arbeitsfelder
- 2 Hinweise: Jubiläum ASFH; Weiterbildung Sozialtherapie KHSB
- 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 Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
SOZIALE ARBEIT



Forum für Wissenschaft und Praxis



Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

Roland Fürst

Mag. (FH), DSA, Studium der Sozialarbeit und Sozialwissenschaft, Dozent an der Fachhochschule Campus Wien (Diplomstudiengang und Masterstudium Klinische und Sozialräumliche Sozialarbeit). Forschungsschwerpunkte: Klinische und Sozialräumliche Sozialarbeit; Soziale Arbeit im Zwangskontext; Straffälligenhilfe; aktuelle Diskurse in der Sozialen Arbeit und Sozialpolitik.
Kontakt: roland.fuerst@fh-campuswien.ac.at

Heinz Karlusch

Prof. (FH) Dr., Professor für Klinische Psychologie, Entwicklungspsychologie und Theorie der Sozialarbeit an der Fachhochschule Campus Wien; Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut, Supervisor. Forschungsschwerpunkt: Sozialarbeit in der Jugendwohlfahrt.
Kontakt: heinz.karlusch@fh-campuswien.ac.at

Sylvia Keil

MSc, Diplomsozialarbeiterin, Psychotherapeutin, Dozentin an der Fachhochschule Campus Wien, Fachbereich Soziale Arbeit, Bachelor- und Masterstudien.
Kontakt: sylvia.keil@chello.at

Marianne Roessler

Mag., DSA. Sozialarbeiterin, Sozialwissenschaftlerin, Supervisorin, Lehrsupervisorin und Organisationsberaterin in freier Praxis. Netzwerkpartnerin von OST – Netzwerk für Organisationsberatung Sozialforschung Supervision Training. Dozentin an der Fachhochschule Campus Wien, Studiengang Sozialarbeit. Beratungs- und Forschungsschwerpunkte: Gemeinwesenarbeit, Empowerment, Sozialarbeiterische Interventionen und Partizipation; Weiterbildung für SozialarbeiterInnen zum lösungsfokussierten Ansatz.
Kontakt: office@netzwerk-ost.at

Ankündigung: Jubiläum der ASFH

OKTOBER 2008: 100 JAHRE ALICE SALOMON HOCHSCHULE BERLIN

2008 blickt die Alice Salomon Hochschule Berlin auf ein Jahrhundert qualifizierter Bildungsarbeit zurück. Das „Herzstück“ der Feierlichkeiten ist eine zweitägige Jubiläumsveranstaltung. Außerdem wird der Alice-Salomon-Award verliehen, der das besondere Engagement für Frauen- und Menschenrechte auszeichnet.

Der Festakt

Die Jubiläumsfeier beginnt am 23. Oktober 2008, mit einem Festakt im Audimax der ASFH. Eine anschließende Stadtrundfahrt in Bussen wird die Gäste zu historischen Stätten der Sozialen Arbeit und Ausbildung führen. So ist beispielsweise ein Besuch im Roten Rathaus angedacht, in dem 1893 die Mädchen- und Frauengruppen für Soziale Hilfsarbeit gegründet wurde. Ebenso sind die Besichtigung des ersten Arbeiterinnen-Clubs und anderer geschichtsträchtiger Orte in Planung. Von Hellersdorf aus geht es nach Schöneberg zum Pestalozzi-Fröbel-Haus, der Gründungsstätte der Alice-Salomon-Schule. Dort wird zum dritten Mal

der Alice-Salomon-Award verliehen. Nicht zuletzt soll der Empfang allen Besuchern Gelegenheit bieten, Kontakte zu pflegen und neue zu knüpfen.

Offene Hochschule

Der 24. Oktober wird mit einem hochschulpolitischen Symposium an der ASFH beginnen. Im Anschluss daran können einzelne Studierende oder Seminare im Rahmen der „offenen Hochschule“ die Ergebnisse ihrer Arbeiten vorstellen. Ebenso können sich die verschiedenen Studiengänge und Einrichtungen der ASFH, beispielsweise der AstA, die Bibliothek, das Archiv, die Enthinderungskommission, die European Summer School oder die zahlreichen Initiativen der Studierenden präsentieren. Es ist angedacht, dass sich sowohl heutige als auch ehemalige Studierende und Dozenten/innen an den Festivitäten beteiligen. Die offene Hochschule soll den unterschiedlichen Gruppen eine Plattform bieten, sich mit ihren Ideen und ihrer Kreativität einzubringen.

Kontakt und Informationen:
Dr. Chris Lange, ASFH Berlin
Email: dr.lange@snafu.de

Ankündigung: Sozialtherapie an der KHSB

AB SEPTEMBER 2008: WEITERBILDUNG SOZIALTHERAPIE AN DER KATHOLISCHEN HOCHSCHULE BERLIN

Sozialtherapie ist das therapeutische Verfahren, mit dem soziale Konflikte und Störungen erkannt und behandelt werden können.

Schlüsselqualifikationen und Abschluss

Vermittelt werden: Sozialanamnese, Sozialdiagnostik; Behandlungsplanung; Interventionsmethoden; Evaluation; Ethik sozialtherapeutischen Handelns. Die Weiterbildung schließt mit einem Hochschulzertifikat ab.

Verbindung zum Master „Klinische Sozialarbeit“

TeilnehmerInnen der Weiterbildung Sozialtherapie haben die Möglichkeit, einen Masterabschluss zu erwerben, wenn sie über die entsprechenden Zulassungsvoraussetzungen verfügen und alle Module des Masterstudiengangs erfolgreich abgeschlossen haben. Die Studierenden (und die AbsolventInnen) des Masterstudiengangs haben die Möglichkeit, sich Teile des Masterstudiengangs auf die Weiterbildung in Sozialtherapie anrechnen zu lassen und können das Hochschulzertifikat »Sozialtherapie« erwerben, wenn alle dazu erforderlichen Leistungen erbracht worden sind.

Zielgruppe und Voraussetzungen

MitarbeiterInnen von Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung, Suchtkrankenhilfe, Rehabilitation, Behindertenhilfe, Altenhilfe, Jugend- und Familienhilfe und der Strafvollzugsanstalten. Teilnahmevoraussetzung: Diplom, Bachelor oder Master in Sozialer Arbeit, Pädagogik oder Psychologie plus mindestens zweijährige Berufserfahrung.

Zeitungsfang und Kosten

Dauer: 3 Jahre; Beginn: 24.09.2008. Umfang: 600 Stunden Theorie (davon 450 Std. Präsenzpflicht) sowie 200 Stunden Praxis (einschl. 50 Std. Supervision). Kosten: 5.500,- EUR (inkl. Gruppensupervision), für das Abschlusskolloquium 300,- EUR.

Leitung

Prof. Dr. Karlheinz Ortmann, Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann; Mechthild Schuchert

Bewerbung und Kontakt

Anmeldeschluss: 1. September 2008.
Aussagefähige Bewerbungen an: Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Referat Weiterbildung, Köpenicker Allee 39-57, 10318 Berlin
Kontakt und Informationen:
Beate Knäbel / Mechthild Schuchert
Email: weiterbildung@khsb-berlin.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

Impressum

Herausgeber

Deutscher 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
Höhensteig 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 Einlegetzeitschrift in:
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN

1861-2466

Auflagenhöhe

2350

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 keine Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Der Mondäne, der Häusliche, der Wilde: ist das nicht gerade die Dreiteilung des gesellschaftlichen Begehrens? Von diesem Garten in Bayonne gehe ich ohne Verwunderung über zu den romanesken, utopischen Räumen bei Jules Verne und Fourier. (Barthes 1975/1978, o.S.)

Retrospektiv durchdringt Roland Barthes die Räume, die Gärten seiner Kindheit, hebt die Strukturen des Momenthaften auf eine gesellschaftliche Ebene, verknüpft die Erinnerungen mit romanhaft-utopischen Räumen.

So ist das Subjekt Beteiligter und Beobachter seines Nah- und Fernraums: von welchem Standort (oder welchen Standorten) gehe ich betrachtend und handelnd auf das Feld, den Raum zu, in dem ich lebe oder in dem ich arbeite? Die Räume, in denen Begegnungen stattfinden, erweitern sich vom Konkreten der Nachbarschaft in die Chatrooms und zurück zu den Orten, an denen Menschen sich gegenüber sitzen, in einer Erweiterung der Sinne.

Was stattfindet, ist eine Diversifizierung der räumlichen Bezüge, eine Neukonfiguration von Räumen, die zu Optionen werden (vgl. Schroer, 2006). So entstehen, auch von altersspezifischen Bedürfnissen geprägt, neue Spannungsverhältnisse zwischen Nah- und Fernräumen, veränderte Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Eigenbewegung – was bleibt, ist die „Unwirtlichkeit unserer Städte“ (Mitscherlich, 1965/1974a, S. 9): „Unsere Städte und unsere Wohnungen sind Produkte der Phantasie wie der Phantasielosigkeit, der Großzügigkeit wie des engen Eigensinns. Da sie aber aus harter Materie bestehen, wirken sie auch wie Prägestöcke; wir müssen uns ihnen anpassen. Und das ändert zum Teil unser Verhalten, unser Wesen. Es geht um einen im Wortsinn fatalen, einen schicksalsbildenden Zirkel: Menschen schaffen sich in den Städten einen Lebensraum, aber auch ein Ausdrucksfeld mit Tausenden von Facetten, doch rückläufig schafft diese Stadtgestalt am sozialen Charakter der Bewohner mit.“

So sind Biografie und biografische Erkenntnis mehrfach determiniert: als Lebensgeschichte, als Familiengeschichte handelt es sich immer auch um eine transgenerationale und sozialräumliche Biografie. Klinische Sozialarbeiter, die sich dem Individuum nähern, mit ihm in seinen Netzwerkbezügen arbeiten möchten, haben diese historisch-politischen Verortungen des Individuums als Strukturniederschläge in sich selbst und ihrem Gegenüber mit in Betracht zu ziehen. Das ist zu berücksichtigen, wenn Partizipation, Koopera-

tion und Dialog als Grundelemente einer durch verlässliche Finanzierungsstrukturen unterlegten sozialräumlichen Sozialen Arbeit angesehen werden (vgl. Biesel, 2007, S. 165ff.). Die Dialogorientierung ist, gerade weil sie sich in eigentlich von der Sozialen Arbeit zu befriedende Felder begibt und mit den gesellschaftlichen Brüchen zwischen den Akteuren konfrontiert sieht, nicht konfliktfrei. Die differenzierte Wahrnehmung der dabei ablaufenden Prozesse, die Wahrnehmung der Spannungsverhältnisse unterschiedlicher Auftrags- und Interessenlagen in ihrer Herkunft aus und ihrer Auswirkung auf Interaktionen und psychisch-sozialräumliche Interdependenzstrukturen verweist auf eine professionelle Kompetenz Klinischer Sozialarbeit, die das introspektive Konzept von Horst-Eberhard Richter (1998, S. 162ff.) und den beziehungsanalytischen Zugang zu privater und gesellschaftlicher Unbewusstheit von Thea Bauriedl (1988) als eine fachliche Grundlage, als Erkenntnisinstrumente zu nutzen bereit ist.

In seinem Text „Sozialraumsensible Klinische Sozialarbeit – Und was macht der Raum mit uns?“ stellt Heinz Karlusch unter Rekurs auf Pierre Bourdieu die Interdependenz zwischen der relativen Stellung des Einzelnen im sozialen Raum, seinen milieuspezifischen Wahrnehmungs- und Handlungsmustern und seinen selbstreflexiv bestimmten Bewegungsspielräumen heraus. Eine sozialraumsensible Klinische Sozialarbeit vermag diese Thematik klientenbezogen und im politischen Dialog aufzugreifen.

Sylvia Keil führt in ihrem Artikel „Zur Sozialraumorientierung Klinischer Sozialarbeit“ aus, dass der klinische und der sozialräumliche Blick nicht voneinander zu trennen sind. Sozialarbeit mit sogenannter „hard-to-reach-Klientel“ erfordere bei KlientInnen mit psychischen Störungen entsprechend störungsspezifisches Wissen, um die KlientInnen insbesondere in ihren Lebensweltbezügen angemessen unterstützen zu können: das Sozialräumliche ist der Klinischen Sozialarbeit inhärent.

Marianne Roessler hebt in ihrem Beitrag „Sozialraumorientierte und Klinische Sozialarbeit“ die Kompetenzen und Ressourcen des Individuums in seinen sozialen Bezügen und Räumen hervor. Sie legt unter Bezugnahme auf systemisch-lösungsfokussierte Ansätze den Schwerpunkt auf die Befähigung des Einzelnen, durch Wahrnehmung der eigenen Lebensexpertise Entwicklungen und Veränderungen im Umgang mit sich und der Umwelt durchsetzen zu können.

Roland Fuerst geht in seinem Beitrag „Klinische Sozialarbeit in Österreich – Quo Vadis?“ auf Fragen der grundsätzlichen Verortung von Sozialarbeit in Österreich ein. Für die weitere Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit in Österreich fordert er eine sorgfältig reflektierte Abgrenzung gegenüber den deutschen und amerikanischen Berufsbildern. Besonderer Beachtung bedarf demnach die Schnittstelle zu psychotherapeutischen Qualifikationen und Kompetenzen. Dabei kann das trifokale Handlungsmodell (Maja Heiner) eine das Klinische und das Sozialräumliche integrierende Perspektive bilden.

Den letzten Beitrag dieser Ausgabe bildet eine Rezension von Gernot Hahn zum Buch „Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung“ von Heinz-Alex Schaub – eine veritable Veröffentlichung zur wissenschaftlichen Grundlegung unserer Profession.

In seinen „Thesen zur Stadt der Zukunft“ stellt Mitscherlich (1974b, S. 149) die Frage, wie die Kritik an den bestehenden Verhältnissen zu Veränderungen führen kann: „Immer wieder stoßen wir an die Grenze bei der Planung: die Unzulänglichkeit des Menschen, sein soziales Elend und die Wege daraus heraus zu begreifen und zu finden... Sie (die Planung, U.K.) darf nicht den Ehrgeiz haben, durch neue Häuser, neue Stadtgebilde die gesuchten neuen Menschen zu erzeugen. Umgekehrt: nur ihrer Lage ansichtig gewordene Menschen könnten den Mut finden, jene Tabus zu brechen, die einer wirklichen Neugestaltung der gigantischen Stadtwelten im Wege stehen. Dann ist der Ausgang immer noch ungewiß genug. Und vor allem: Woher diese Menschen nehmen?“

Für die Redaktion: Uwe Klein

Literatur

- Barthes, R. (1978). *Über mich selbst*. München: Matthes & Seitz. (Frz. Orig. erschienen 1974.)
- Bauriedl, T. (1988). *Die Wiederkehr des Verdrängten. Psychoanalyse, Politik und der Einzelne*. München: Piper.
- Biesel, K. (2007). *Sozialräumliche Soziale Arbeit. Historische, theoretische und programmatische Fundierungen*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Mitscherlich, A. (1974a). *Die Unwirtlichkeit unserer Städte. Anstiftung zum Unfrieden*. (14. Aufl.) Frankfurt: Suhrkamp. (Erstauf. 1965.)
- Mitscherlich, A. (1974b). *Thesen zur Stadt der Zukunft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Richter, H.-E. (1998). Das ‚introspektive Konzept‘. In: ders., *Bedenken gegen Anpassung. Psychoanalyse und Politik* (S. 162-172). Frankfurt: Fischer.
- Schroer, M. (2006). *Räume, Orte, Grenzen. Auf dem Weg zu einer Soziologie des Raums*. Frankfurt: Suhrkamp.

Sozialraumsensible Klinische Sozialarbeit

Und was macht der Raum mit uns?

Heinz Karlusch

Klinische Sozialarbeit will unter der Perspektive des doppelten Fokus, nämlich der Betrachtung der Einheit „Individuum-in-sozialen-Verhältnissen“, klinisch sozial (be-)handeln (Pauls 2005). Maja Heiner (2004) differenziert diesen bifokalen Arbeitsansatz zu einer trifokalen Gliederung, in der die „sozialen Verhältnisse“ in Dimensionen einer klientenbezogenen Lebenswelt und einer diese Lebenswelt übergreifenden sozio-strukturell-kulturellen gesellschaftlichen Ebene unterschieden werden.

„Wer arm ist, stirbt früher“; „Wer krank ist, wird leichter arm“ - diese Sätze sind auch für die hoch entwickelten Gesellschaften Europas gültig. Andreas Mielck und Uwe Helmert (2006) untersuchen den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheitszustand und zeigen auf, dass Personen mit niederem sozialen Status häufig einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen. In ihrem trifokal gegliederten Modell zur Erklärung der gesellschaftlich (mit-)bedingten gesundheitlichen Ungleichheit zeigen sie die Verflochtenheit der drei Dimensionen auf:

- die der *individuellen Lebensweisen* (z.B. bewegungsarmer und ernährungsun-gesunder Lebensstil; Aufsuchen von Gruppen, die ihre Freizeit mit erhöhtem Alkoholkonsum verbringen; familiäre Sozialisation mit traumatischen Gewalterfahrungen),
- die der *lokalen sozialen Lebenswelt* (z.B. konkrete Belastungen am Arbeitsplatz, geringe soziale Integration und reduzierte soziale Unterstützung, Stigmatisierung) und
- die der *sozio-strukturell-kulturellen Bedingungen* (z.B. Schichtzugehörigkeit, prekäre Lebensverhältnisse, subkultur-spezifische Mentalität des kurzfristigen Denkens und spontanen Handelns).

Im Kontext von Lebenslagen, die auf Dauer durch kumulierte soziale Teilhabe- und individuelle Verwirklichungsbeschränkungen geprägt sind, ist ein gesellschaftlich „integriertes“ Leben im Sinne einer angemessen produktiven Nutzung bio-psycho-sozialer Ressourcen wachsend unwahrscheinlich. Konkretisiert sei dies zu Lebenslagen und zukünftigen Entwicklungen junger Menschen in einem deutschen Bundesland: „Das Risiko eines Lebens unter den Bedingungen jener beschränkten Ressourcen, die der Sozialhilfebezug mit sich bringt, ist für die nachwachsende Generation in Nordrhein-Westfalen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung fast doppelt so hoch (Faktor: 1,7). Im Vergleich mit der erwachsenen Bevöl-

kerung ab 25 Jahren ist das Risiko eines Lebens unter den Bedingungen des Sozialhilfebezugs für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sogar mehr als doppelt so hoch (Faktor: 2,3). Als Kind oder Jugendliche/r und nicht als Erwachsene/r in Nordrhein-Westfalen zu leben, erhöht die Wahrscheinlichkeit eines Bezugs von Hilfe zum Lebensunterhalt somit deutlich.“ (Kessl et al., 2003, S. 6)

Wie ist angesichts der gesundheitlichen Ungleichheit das Verhältnis zwischen Forderungen an das Individuum („Eigenverantwortung“) und der fachlich methodischen Gestaltung gesunder Lebenswelten adäquater zu beeinflussen? Aus ethischer Perspektive ist für die Sozialarbeit die wirksame Gestaltung des „Sozialen“ der betroffenen Individuen im Sinne von mehr gesundheitlicher Chancengleichheit eine Gerechtigkeitsfrage von hoher Priorität.

„Sozialraumorientierung“ ist in der aktuellen Fachdiskussion der Sozialarbeit ein methodisches Handlungsverständnis, dass das „Soziale“ in der Sozialarbeit auf dem Hintergrund der Nahtstellen zwischen Individuum und sozialer Einbettung einerseits theoretisch klären und fundieren sowie andererseits für weitere Perspektiven sozialarbeiterischen Handelns eröffnen will. Die Bedeutung des Sozialraums unterliegt dabei in Reflexion und Pragmatik verschiedenen Verständnisniveaus.

Die in den theoretischen und praktischen Konzepten zur Gesundheitsförderung (Hurrelmann & Laaser, 2006) bekannte Differenzierung der Sozialräume im so bezeichneten „Settingansatz“ wird dabei definitorisch wie folgt formuliert (Bauer & Bittlingmayer, 2006): „Setting versteht sich als ein gemeinsamer Sozialzusammenhang, in dem einzelne soziale Akteure und Gruppen durch formale Organisation (wie z.B. Betrieb, Schule), durch gemeinsame Erfahrungen, geteilte Präferenz- und Normstrukturen (z.B. Vereine, Jugendszene) oder durch gemeinsame Lebenslage und räumliche Nähe (etwa Dorf, Stadtteil) dauerhaft miteinander verbunden sind.“ (ebd., S. 808) Der virtuelle Sozialraum (Internet-Chatroom) wird in dieser Festlegung zwar nicht erwähnt, könnte aber m.E. in dieser Aufzählung als eine weitere Setting-Variante genannt werden. Die „Settingorientierung“ will den „Sozialraum“ als Mittelbereich – im Sinne des trifokalen Arbeitsverständnisses (Heiner, 2004) – der drei Interventionsrichtungen *Individuum*, *Lebenswelt* (naher Sozialraum, „Setting“-Varianten) und *Gesellschaft* (Makroebene) fokussieren. In diesem Beitrag soll der Sozialraum aus den Einflüssen der Makroebene, die

auf die nahräumliche Lebenswelten und auf die Individuen hineinwirkt, beleuchtet werden.

Der soziale Raum im Konzept von Pierre Bourdieu (1992) ist der gesellschaftliche Raum und gliedert sich in drei Dimensionen: den Raum der sozialen Position und sozialen Felder, den Raum der Lebensstile und den Raum des Habitus, der als das sozialfeldspezifische „Persönliche“, als „Charakter“, das „Verbindungsstück“, die „Scharniere“, zwischen gesellschaftlicher Position des Individuums und seinem Lebensstil darstellt. Die gesellschaftliche Position ist abhängig vom „Kapitalvolumen“ des Individuums, das in den „sozialen Feldern“ (wie z.B. Wirtschaft, Recht, Politik, Wissenschaft, Kunst, Religion, Erziehung) hinsichtlich der dort herrschenden „Währung“ (wie z.B. ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital und soziales Kapital) zu (sehr) unterschiedlichen oder (tendenziell) gleichen Rangplätzen des individuellen Kapitalvolumens verhilft. Je nach eingenommener Position (Verfügung über spezifisches Kapitalvolumen) in den sozialen Feldern wird das Individuum nahezu automatisch einen für das soziale Feld charakteristischen Lebensstil führen.

Bourdieu's Habituskonzept geht über das Bild eines autonom-rational gesteuerten Individuums hinaus und betont die Steuerungsbedingungen, die auf Grund der subkulturellen, kollektiven Lebenslagen auf die Individuen prägend wirken. Den Habitus versteht Bourdieu (1979/1982) als eine allgemeine Grundhaltung, als eine Disposition gegenüber der Welt. Als sog. „einheitsstiftendes Erzeugungsprinzip aller Formen von Praxis“ (ebd., S. 283) bildet er eine nicht nur kognitiv und affektiv bestimmte, sondern auch eine dem Bewusstsein kaum zugängliche motorisch und körperlich verinnerlichte Einheit, die in allen Lebensbereichen zum Ausdruck kommt: „Wie einer spricht, tanzt, lacht, liest, was er liest, was er mag, welche Bekannten und Freunde er hat, all das ist eng miteinander verknüpft.“ (Bourdieu, 1989, S. 25) Grundlage dieses Erzeugungsprinzips sind milieuspezifisch sozialisierte Schemata des Wahrnehmens, Bewertens, Denkens und Handelns. In diese eingefleischten Wahrnehmungs-, Einstellungs-, Denk- und Handlungsmuster sind die Lebensrichtungen – z.B. repräsentiert durch die Bildungs- und Lernwege – der Individuen fast automatisch eingebunden. Das im Habitus repräsentierte, praktisch *körperlich inkorporierte Wissen* ist den Individuen kaum bewusst und damit reflexiv kaum verfügbar. Die Schemata der Klassifikation, Bewertung, des Geschmacks und des Handelns, die jedem *Habitus*typus eigen sind,

sind nicht allein aus den inneren Eigenschaften der Akteure zu erklären, sondern auch aus ihren wechselseitigen Beziehungen, die mit ihrer relativen Stellung im sozialen Raum zusammenhängen. Diese reflexiv unmittelbar nur bedingt zugängliche Form des Habitus impliziert eine relative Trägheit gegenüber den Lebensumständen, den sog. „Hysteresiseffekt“ (vgl. Bourdieu, 1979/1982).

Zur Illustration der Hysteresis diene das Verhalten der algerischen Bevölkerung während der französischen Kolonialisierung: Bourdieu erzählt von der symbolischen Gewalt der französischen Kolonialherren in Algerien, sobald diese ihre eigenen verinnerlichteten moralischen, ästhetischen oder ökonomischen Kategorien des Denkens und Handelns aus dem Weltbild des Kapitalismus zum allgemein gültigen Maßstab machen und dabei das ‚Andere‘ oder ‚Fremde‘ schlicht in stigmatisierende Kategorien von primitiver Unterentwicklung und Mangel betrachten (vgl. Schultheis, 2004). Die bisherigen vorkapitalistischen Erfahrungen der algerischen Bauern und Bäuerinnen, ihre Sichtweise der Welt und die Vorstellungen von dem, was zu tun und zu lassen ist, hatten sich diesen Individuen jedoch ebenfalls derart stark eingepägt, dass sie unter den neuen Bedingungen und dem Weltbild der herrschenden Mächte nur noch unangemessen, „unvernünftig“ und damit auch erfolglos im Hinblick auf die Sicherung ihrer Existenz handeln konnten (vgl. Kraiss, 2004).

„Um Bourdieus Ansatz zu verstehen, müssen wir uns verdeutlichen, dass er nicht von der Statik von *Strukturen* und *Interessen*, sondern von der Dynamik von *Strategien* und *Feldern* ausgeht. Akteure werden nicht auf aristotelische Weise, als vorab existierende Substanzen mit unverrückbaren Eigenschaften, aus denen alles andere abgeleitet werden kann, verstanden, sondern relational, als Handelnde, deren Eigenschaften sich in ihren praktischen Beziehungen, in einem von den Akteuren nach bestimmten ‚Spielregeln‘ strukturierten Feld entwickeln. Bourdieus Kategorie des Kapitals ist dynamisch. Sie zeigt an, dass die Ressourcen über lange Zeitabschnitte mit Arbeit und Energieaufwand angehäuft und nur mit – bewusst oder unbewusst verfolgten – ‚Strategien‘ erworben, umgewandelt oder weitergegeben werden können. Die Strategien sind hier nicht auf ökonomische Interessen reduzierbar. Sie wirken vielmehr durch moralische und symbolische Vermittlungen, die die Gesamtheit der Beziehungen zwischen den Akteuren betreffen.“ (Schultheis & Vester, 2003, S. 7; Hervorhebungen im Original) „Ein Habitus kann nur dann als Richtlinie sozialer Praxis fungieren, wenn er wie eine Ethik organisiert ist, *Rangordnungen* der Moral oder der Lebensziele setzt, wie es beispielsweise die Regel für ein Leben nach der asketischen Ethik fordert: ‚Erst die Arbeit, dann das Vergnügen!‘.“ (ebd., S. 10; Hervorhebung im Original).

Gesundheitsriskantes Verhalten (wie etwa Rauchen oder Bewegungsarmut) ist in das Ganze einer Lebenslage und Lebenspraxis eingebunden und hat weitgehend habituellen Charakter. Das heißt, dass das Verhalten als selbstverständlich gilt und nicht hinterfragt wird, und es können nach den theoretischen Vorstellungen Bourdieus nicht so leicht isolierte einzelne Verhaltensweisen aus dem Habitus heraus gebrochen und behandelt bzw. beeinflusst werden. Viele Untersuchungen belegen, dass Raucher aus der untersten Hierarchiestufe der Gesellschaft eine substanziiell kürzere Lebenserwartung haben als Raucher aus höheren Schichten der Gesellschaft. Marmot (2005) bringt diesen Sachverhalt mit der gesundheitlichen Bedeutung des gesellschaftlichen Status zusammen. Vom Status hängen für das Individuum zwei entscheidende Komponenten ab, nämlich die psychische Kategorie der (Selbst-)Wirksamkeit (z.B. Verfügen über Ressourcen) und die psychische Kategorie des Selbstwerts (Empowerment), mit anderen Worten: zum einen das Potenzial des Einflusses, den wir auf die Gegebenheiten unseres Lebens haben, und zum Zweiten unsere Chancen, uns als integrierte, anerkannte Mitglieder unserer Gesellschaft zu erleben. Diese beiden Faktoren des ‚Status-Syndroms‘ sind es nach Marmot, die unser Krankheitsrisiko und nicht zuletzt auch unsere Lebenserwartung bestimmen.

Wenn man Bourdieus Theorie zur sozialen Ungleichheit auch als eine Theorie der sozialen Praxis lesen will, so bedeutet sie einen Paradigmenwechsel im sozialwissenschaftlichen Denken, nämlich die Abkehr von einer Vorstellung vom sozialen Handeln, die dieses als Resultat unmittelbarer bewusster Entscheidungen bzw. als das Befolgen von Regeln begreift (Kraiss & Gebauer, 2002). Damit erhalten z.B. auch die Postulate mancher Vertreter der humanistischen Psychologie, nach denen ein nicht erzwungenes Verhalten den inneren, echten Bedürfnissen, Motiven und Antrieben eines autonomen, freien Subjekts entspreche, eine neue relativierende Akzentuierung.

Soziale Räume, in denen ökonomische, kulturelle und soziale Ressourcen, Zwänge und Chancen, ungleich verteilt sind, bedingen Wahrnehmungs-, Einstellungs-, Denk- und Verhaltensmuster in Form unterschiedlicher milieuspezifischer Lebensstile, die die jeweilige soziale Laufbahn (mit-)bestimmen bzw. die jeweilige soziale Lage der Individuen (mit-)aufrechterhalten. Die professionelle Sozialarbeit ist in diesem System interaktiver sozialräumlicher Effekte einbezogen. Wirkt z.B. eine öffentlich wahrgenommene Befassung mit einem bestimmten Sozialraum (Stadtteil) durch die Sozialarbeit für den Stadtteil bzw. für die allgemeine Öffentlichkeit (Medien) bereits stigmatisierend?

ANZEIGE

AUSBILDUNG ZUM KINDER- UND JUGENDLICHEN- PSYCHOTHERAPEUTEN

Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapie Heidelberg e.V.

- Staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut der VAKJP
- Erwerb der Approbation
- Erwerb zweier Fachkundenachweise (in analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) in verkammerter Ausbildung



Zugelassen werden:

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pädagogen, Heilpädagogen, Erziehungswissenschaftler und Psychologen.

Die Ausbildung kann berufsbegleitend absolviert werden und dauert ca. 5 Jahre.

Nähere Informationen unter www.akjp-hd.de

Was bewirken die „Prägungen“ des Sozialraums (Herkunft, Ausbildung, Professionalisierung), denen die Berufstätigen der Sozialarbeit angehören, bei den professionellen Akteuren selbst? Sind die habituierten Kategorien des Wahrnehmens, Bewertens, Denkens und Handelns, mittels derer die Akteure sich selbst und die (soziale) Welt einordnen und verstehen, geeignet, auf bestehende Strukturen und Logiken der Lebenswelten ihrer Klienten erfolgreich einzuwirken?

Bourdieu legt Wert auf die Feststellung, dass gewisse Veränderungen und Metamorphosen des Habitus doch möglich sind. Diese erfolgen unter anderem durch Eintritt und Integrieren in neue Sozialräume (z.B. Bildung), durch Strukturveränderungen der bisherigen sozialen Handlungsfelder (z.B. neue institutionelle Leitbilder), durch Auseinandersetzung mit biografischen Erfahrungen und Neugestaltung von Lebensstilen in Gruppen (z.B. Empowerment) und durch Formen der Selbstreflexion. „Gesellschaftliche, und vor allem emanzipatorische, Entwicklungen können mit Bourdieu aus den dynamischen gesellschaftlichen Verhältnissen, die die Menschen selber durch ihre Praxis schaffen und verändern, verstanden werden.“ (Schultheis & Vester, 2003, S. 14)

Sozio-ökonomisch-ökologisch-kulturelle Bedingungsfaktoren werden sozialräumlich als das Verhalten des Menschen beeinflussend verstanden, sind aber prinzipiell auch selbst gestaltbar, z.B. mit dem Ziel, dadurch den bisherigen Umgang mit Gesundheit, das bisherige „Risikoverhalten“, umzugestalten. Ziele und Methoden der Interventionsansätze der klinischen Sozialarbeit orientieren sich primär und traditionell an der Veränderung der Individuen (Selbstreflexion, Lebensstil, Wer-

te, Verhaltensroutinen) und in den letzten Jahren zunehmend an der Veränderung von strukturellen Lebensbedingungen in zumeist territorial definierten sozialen Nahräumen (Evaluation der Verfügbarkeit von gesundheitlichen Dienstleistungssystemen, Aktivierung sozialer Unterstützungssysteme durch Ressourcen- und Netzwerkarbeit, präventive fallunspecifische Arbeit im Sozialraum).

Eine Erweiterung der Perspektive auf eine sozialraumbezogene Konzeptualisierung der Klinischen Sozialarbeit, die im Rahmen einer umfassenden methodischen und forschungsinitiativen Orientierung auf die Stärkung der Individuen in ihren sozialen Nahräumen sowie auch auf die diese bestimmenden sozialen Felder der Gesellschaft (wie Politik, Medien etc.) wirken möchte, könnte mit dem Begriff *sozialraumsensible Klinische Sozialarbeit* gekennzeichnet werden (vgl. Kessler, 2007). Sozialraumsensible Arbeit ist die Leistung eines klinischen Sozialraum-Teams (vgl. Budde & Früchtel, 2005), das mit entsprechender und abgestimmter Aufgabenteilung (interventive lösungsorientierte Fallarbeit, präventive fallunspecifische lebensweltorientierte Ressourcen-Arbeit, Arbeit mit institutionellen und politischen Entscheidungsträgern, Arbeit mit Medien) kooperativ tätig ist.

Sozialraumsensible Klinische Sozialarbeit ist transdisziplinär und erfordert neue institutionalisierte Organisations- und Kooperationsformen sowie nicht zuletzt auch die Bereitschaft, in Spannungen und Konflikten mit Repräsentanten unterschiedlicher sozialer Felder (aus Verwaltung, Institutionen, Politik, Wirtschaft etc.) dialogisch um fachübergreifende, ethisch vertretbare gemeinsame Leitvisionen und Leitstrategien für den Sozialraum bemüht zu sein.

Literatur

- Bauer, U. & Bittlingmayer, U. H. (2006). Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (4. vollst. überarb. Aufl.; S. 781-818). München: Juventa.
- Bourdieu, P. (1982). *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt: Suhrkamp. (Frz. Original erschienen 1979.)
- Bourdieu, P. (1989). *Satz und Gegensatz. Über die Verantwortung des Intellektuellen*. Berlin: Wagenbach.
- Budde, W. & Früchtel, F. (2005). Sozialraumorientierte Soziale Arbeit – ein Modell zwischen Lebenswelt und Steuerung. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV)*, 7, 238-242, und 8, 287-292.
- Heiner, M. (2004). *Professionalität in der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hurrelmann, K. & Laaser, U. (2006). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (4. vollst. überarb. Aufl.; S. 749-780). München: Juventa.
- Kessler, F. (2007). Sozialer Raum als Fall? In M. Galluske & W. Thole (Hrsg.), *Vom Fall zum Management* (S. 37-54). Hamburg: VSA.
- Kessler, F., Kutscher, N., Otto, H.-U. & Ziegler, H. (2004). *Bildungsprozesse im sozialen Kontext unter dem Aspekt der Bedeutung des Sozialraums für das Aufwachen von Kindern und Jugendlichen. Expertise*. Universität Bielefeld, Fakultät für Pädagogik.
- Krais, B. & Gebauer, G. (2002). *Habitus*. Bielefeld: transcript.
- Krais, B. (2004). Habitus und soziale Praxis. In M. Steinrück (Hrsg.), *Pierre Bourdieu. Politisches Forschen, Denken und Eingreifen* (S. 91-106). Hamburg: VSA.
- Marmot, M. (2005). *Status-Syndrom. How your social standing directly affects your health*. London: Bloomsbury.
- Mielck, A. & Helmert, U. (2006). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In K. Hurrelmann et al. (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (4. vollst. überarb. Aufl.; S. 603-624). München: Juventa.
- Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Juventa.
- Schultheis, F. (2004). Algerien 1960: Zur Genese der Bourdieuschen Theorie der gesellschaftlichen Welt. In M. Steinrück (Hrsg.), *Pierre Bourdieu. Politisches Forschen, Denken und Eingreifen* (S. 14-33). Hamburg: VSA.
- Schultheis, F. & Vester, M. (2003). *Soziologie als Beruf. Eine Hommage an Pierre Bourdieu*. Online-Publikation: <http://eurozine.com/pdf/2003-01-28-vester-de.pdf> [10.05.2008].

Zur Sozialraumorientierung Klinischer Sozialarbeit

Sylvia Keil

Das Konzept der Sozialraumorientierung, das in der Verbindung von Fall, Feld (Netzwerk), Organisation und Sozialstruktur einen mehrdimensionalen Raum zur Ressourcenerschließung eröffnet, gehört zu den aktuell modernsten Ansätzen in der Sozialarbeit. Es verspricht, das klassische Dilemma der Fachkräfte, zumindest innerhalb regionaler Einheiten, überwinden zu helfen. Von hohen Fallzahlen überlastet, in die organisatorischen Zwänge der Regelsysteme eingebunden, bei steigendem ökonomischen Konkurrenzdruck und gleichzeitigem Ressourcenmangel, erkennen bzw. „erleiden“ SozialarbeiterInnen sehr wohl die strukturellen Ursachen der sozialen Probleme „ihrer Einzelfälle“, wohlwissend, dass professionelle Sozialarbeit gerade in solchen Problemlagen verändernd wirken sollte, wo strukturelle Gewalt die bio-psycho-sozia-

len Bedürfnisse (Obrecht, 2005) von Menschen vernachlässigt und soziale Ungleichheit erzeugt.

Sozialraumkonzepte versprechen diesen *fachpolitischen Anspruch* (Staub-Bernasconi 2007, S. 242f.) der Sozialarbeit einzulösen, indem generell Umwelten für Menschen gestaltet werden sollen und nicht umgekehrt Menschen dabei „geholfen“ wird, sich in un menschliche Strukturen einzupassen. Dies verlangt z.B. die Einführung von *ergebnisorientierten* Sozialraumbudgets, um Versorgungsmängel auszugleichen, die sich aus einer fallfinanzierten Organisationsstruktur gewissermaßen zwangsläufig ergeben. Mit einer emanzipatorischen Haltung setzen sie beim *Willen* bzw. bei den *Interessen* der Menschen an und geben daher aktivierenden Tätigkeiten eindeutig den Vorrang vor

betreuender Tätigkeit (Hinte, 2008). Vom *Fall zum Feld* ist die Devise, wodurch sich das „Soziale Kapital“ (Bourdieu, 1983) einer Region (z.B. durch fallunspecifische Netzwerkarbeit) erhöht und Exklusionsprozesse daher leichter verhindert werden können bzw. unter Umständen im Idealfall sogar weniger auftreten. Für die Umsetzung dieser Arbeitsprinzipien steht außerdem ein attraktives und umfangreiches Methodenrepertoire zur Verfügung, das für die unterschiedlichen Interventionsebenen des Sozialen Raums entwickelt und zusammengetragen wurde (vgl. Früchtel et al., 2007).

Das Konzept der Klinischen Sozialarbeit wirkt dagegen trotz der ressourcenorientierten-salutogenetischen Ausrichtung am bio-psycho-sozialen Modell auf den ersten Blick nicht wirklich innovativ. Es setzt

scheinbar individualisierend, defizitorientiert und fallbezogen an der direkten Interaktion mit *kranken* Menschen in ihrer Lebenswelt an, wodurch der genuin sozialarbeiterische Fokus auf sozialstrukturelle Ursachen gesundheitlicher Problemlagen verloren zu gehen droht.

Klinische Sozialarbeit möchte neben den anderen etablierten Berufen im Gesundheitssystem an der *Krankenbehandlung* und *Gesundheitsförderung* mitwirken, indem sie die soziale Dimension im Krankheits- und Gesundheitsgeschehen selbstständig behandelt und nicht – wie bisher – nur subsidiär für Hilfsdienste gerufen wird, wenn andere Berufsgruppen an die Grenze ihrer Handlungsmöglichkeiten geraten. Das Bestreben, dass gerade schwierige Beziehungs- und Behandlungskontexte, z.B. in der Arbeit mit „hard to reach-Klientel“, eine Fachsozialarbeit mit vertieftem psychosozial-therapeutischen Anamnese-, Diagnose-, Prognose- und Interventionswissen verlangt, rückt die Arbeitsweisen Klinischer Sozialarbeit wieder in die Nähe von psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Praktiken, die sowohl fachinterne als auch fachexterne Kritik hervorruft. Beispiele sind die Entmündigung der KlientInnen, Abwertung gegenüber der grundständigen Sozialarbeit, „Medikalisierung des Sozialen“, mangelnde Akzeptanz von „richtigen Klinikern“ (vgl. Geißler-Piltz et al., 2005, S. 151).

In dieser Gegenüberstellung der beiden Konzepte wird jedoch noch nicht berücksichtigt, dass sowohl Klinische Sozialarbeit als auch Sozialraumorientierte Sozialarbeit in erster Linie *professionelle Sozialarbeit* bleibt, mit dem Fokus auf soziale Probleme, die wegen ihres mehr oder weniger verdeckten hohen gesellschaftlichen Konfliktpotenzials zu sozialer Ungleichheit, Marginalisierung und Verletzung von Menschen führen und für deren Bearbeitung keine andere Profession als die Sozialarbeit direkt zuständig ist. SozialarbeiterInnen behandeln also genaugenommen keine „Kranken“, „gestalten“ auch nicht „Umwelten“, es sei denn, dies dient der Behandlung akuter oder latenter mittel- und hochskalierter sozialer Probleme, die aus sozialarbeiterischer Perspektive definiert bzw. diagnostiziert wurden.

Die Abgrenzung von anderen AkteurlInnen – im klinischen Bereich z.B. von PsychotherapeutInnen oder PsychologInnen, im sozialräumlichen Bereich z.B. von LokalpolitikerInnen, InteressensvertreterInnen, Stadt- oder LandschaftsplanerInnen – lässt sich daher nicht an der Verwendung von spezifischen Erhebungs- und Interventionsmethoden erkennen, sondern nur an der sozialarbeiterspezifischen Anamnese und Definition sozialer Probleme sowie der sozialarbeiterischen Zielsetzung. Zur Erfassung der *sozialen Probleme* in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit ist daher der sozialräumliche Blick genauso erforderlich wie auch der klinische Blick immer relevant ist, auch wenn ausdrücklich nach einem Sozialraumkonzept gearbeitet wird.

Interventionen ins Soziale müssen immer kommunikativ anschlussfähig an die jeweiligen AdressatInnen sein. SozialarbeiterInnen können sich daher durchaus situationsspezifisch abhängig von Zielgruppe, Arbeitsfeld und Zielsetzung in ihrem professionellen Handeln vieler geeigneter Methoden bedienen, auch wenn diese Interventionsformen in anderen Handlungswissenschaften (Betriebswirtschaft, Pädagogik, Psychotherapie, Organisationsentwicklung, Rechtswissenschaft etc.) entwickelt wurden. Sie können aber auch Wissensbestände aus den Bezugswissenschaften verwenden, um daraus etwa nach der von Staub-Bernasconi (2007, S. 252ff.) vorgeschlagenen Transformationsregel situationsspezifische Handlungsregeln abzuleiten. Zum Zweck der Bearbeitung sozialer Probleme wird diese „Eigenschaftslosigkeit“ in Hinblick auf die Verwendung von Grundlagen- und Handlungswissen jeglicher Herkunft zur wertvollen Eigenschaft (Bardmann, 1996) Sozialer Arbeit. Klinische Sozialarbeit wird daher ebenso auf Methoden aus dem Sozialraumkonzept zurückgreifen, wenn dies der Zielerreichung dienlich ist.

Neben der Schwierigkeit, angesichts der Betroffenheit von individueller Not dennoch eine professionell-distanzierte Haltung einzunehmen, wird der Blick auf soziale (und nicht individuelle!) Probleme als zentraler Ausgangspunkt sozialarbeiterischen Handelns auch noch durch andere Faktoren verstellt. Wie es auch in anderen Professionen der Fall ist, wird der Arbeitsalltag gefüllt von beruflichen Routinen und standardisierten (Hilfe-)Programmen, die mit den von den SozialarbeiterInnen *neu entwickelten* professionellen Zielsetzungen nur zum Teil oder indirekt zu tun haben. Wenn organisatorische Abläufe und sozialstrukturelle Rahmenbedingungen sowie soziokulturelle Werthaltungen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der aus sozialarbeiterischer Perspektive erkannten sozialen Probleme beitragen, ist die Bearbeitung dieser Probleme meist nicht offensichtlich, da sie nur langfristig, in Kooperation mit anderen oft mächtigeren AkteurlInnen und arbeitsteilig vernetzt erfolgen kann. Die eigentliche sozialarbeiterische Problemdefinition (etwa, dass Ressourcen fehlen) kann ebenfalls nur dosiert kommuniziert werden, da die Mitteilung der sozialen Diagnose selbst eine Intervention darstellt, die kontraproduktiv wirkt, wenn sie nicht in Wortwahl, Form und Timing am Vorverständnis der oft hierarchisch höher angesiedelten Fallbeteiligten anknüpft. Gerade in traditionellen Arbeitsfeldern, wo Klinische SozialarbeiterInnen eingesetzt werden, müsste dieser professionelle Auftrag, der sich aus dem Tripelmandat (Staub-Bernasconi, 2007, S. 198f.) ableitet, DienstgeberInnen explizit vermittelt werden, um Ziele leichter verfolgen zu können, die sich auf strukturelle Veränderungen im Sozialraum beziehen.

Wenn sich also die Klinische Sozialarbeit im Gesundheitswesen behaupten will,

tut sie aus den genannten Gründen gut daran, bewährte kommunikative Techniken anderer Professionen zu erlernen und zu verwenden, also z.B. gerade auch psychotherapeutische, aber nicht um psychotherapeutische, sondern immer um sozialarbeiterische Ziele zu erreichen. Die Ressourcen und Stärken, aber auch den *Willen* und die *Interessen*, etwa bei Personen mit psychischen Störungen, zu erkennen, setzt geradezu ein störungsspezifisches Wissen voraus, um „*aktivierend tätig zu sein*“, aber auch, um die speziellen Bedürfnisse der Betroffenen gegenüber der Öffentlichkeit zu kommunizieren, z.B. um eine adäquate, aber personal- und zeitintensive Betreuung zu rechtfertigen. Gerade (traumatisierte) KlientInnen mit psychischen Störungen sind in allen Arbeitsfeldern der Sozialarbeit – oft ohne psychiatrische Diagnose und Behandlung – anzutreffen, und es erfordert dennoch ein störungsspezifisches (psychotherapeutisches) Verständnis der Symptome, damit SozialarbeiterInnen diese Personen kommunikativ erreichen und emanzipatorisch „wie Gesunde“ behandeln können.

Denn es muss als besonderes Verdienst der Klinischen Sozialarbeit betrachtet werden, dass sie darauf hinweist, sowohl körperliche als auch psychische Krankheit nicht dem medizinischen Sektor allein überlassen zu dürfen, sondern genauso sozialarbeiterisch interdisziplinär behandeln zu müssen, wie das schon bisher bei rechtlichen und finanziellen Notlagen oder bei Problemen im Bereich Wohnen und Arbeit selbstverständlich ist. In diesem Sinne stellt die Etablierung Klinischer Sozialarbeit selbst eine massive sozialräumliche Intervention dar, die in allen Arbeitsbereichen der Sozialarbeit Veränderungen bewirken wird und jenen KlientInnen eine Chance eröffnet, die bisher nicht erreicht werden konnten.

Literatur

- Bardmann, T. M. (1996). Eigenschaftslosigkeit als Eigenschaft. Soziale Arbeit im Lichte der Kybernetik des Heinz von Foerster. In T. M. Bardmann & S. Hansen, *Die Kybernetik der Sozialarbeit. Ein Theorieangebot* (S. 15-33). Aachen: Kersting.
- Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital – Kulturelles Kapital – Soziales Kapital. In R. Kreckel, Reinhard (Hrsg.), *Soziale Ungleichheiten* (S. 183-198). Göttingen: Schwartz.
- Früchtel, F., Budde, W. & Cyprian, G. (2007). *Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Fieldbook: Methoden und Techniken*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Geißler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Reinhardt.
- Hinte, W. (2008). Sozialraumorientierung. Prinzipien, Strukturen und Finanzierungsformen. *Sozialarbeit in Österreich. Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik*, 1, 8-13.
- Obrecht, W. (2005). Ontologischer, Sozialwissenschaftlicher und Sozialarbeitswissenschaftlicher Systemismus. Ein integratives Paradigma der Sozialen Arbeit. In H. Hollstein-Brinkmann & S. Staub-Bernasconi (Hrsg.), *Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die Soziale Arbeit? Versuch eines Dialogs* (S. 93-173). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Staub-Bernasconi, S. (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft*. Bern: Haupt.

Sozialraumorientierte und Klinische Sozialarbeit im Dialog

Marianne Roessler

In den letzten Jahren gewinnen Konzepte der Sozialraumorientierung innerhalb der Sozialen Arbeit zunehmend an Bedeutung. Aufbauend auf frühen Konzepten der Gemeinwesenarbeit¹ (vgl. u.a. Hinte & Karas, 1998, 2001 etc.; Hauser, 1971; Alinsky, 1984; Lüttringhaus, 2003; Budde & Früchtel, 2006 etc.) wird auch die Notwendigkeit institutioneller Veränderungen thematisiert: Verwaltung und Politik definieren „Sozialräume“/Regionen und nehmen strukturelle Umbauten der Hilfelandschaft vor.² Diese Maßnahmen sind zumeist mit der Implementierung von Sozialraumbudgets verbunden.

M.E. enthalten diese Konzepte, die einen Umbau der Angebote und Denklogik der Sozialen Arbeit bedeuten, viel Widersprüchliches: Einerseits liegt Demokratisierungspotenzial³ darin, in gleichem Maße kann damit aber auch der Abbau von Sozialleistungen verfolgt werden (vgl. Paritätischer Wohlfahrtsverband, 2004).

Eine zweite Strömung innerhalb der Sozialraumorientierung beschreibt die Arbeit mit Individuen und fokussiert auf KlientInnen(systeme) in ihren „sozialen Räumen“, Menschen in ihren Beziehungen, Netzwerken, Bezugssystemen, in ihren Stadtteilen und Strukturen sowie den damit verbundenen Ressourcen (Budde & Früchtel, 2006, S. 289), die Menschen im Allgemeinen und damit auch KlientInnen(systeme) sich erschließen können. „Raum ist nicht einfach da, sondern vom Menschen gemacht und ohne seinen sozialen Kontext nicht denkbar. ... Raum ist ... das Ergebnis von sozialem Handeln.“ (ebd., S. 204f.) Erst die Beziehungen und Netzwerke schaffen also Sozialräume. Aus dieser Perspektive muss gute Soziale Arbeit sozialräumlich ausgerichtet sein. Als SozialarbeiterInnen können wir KlientInnen im Erkennen und Entwickeln dieser sozialen Räume unterstützen.

Ohne Kenntnis der Fachdiskussion könnte man meinen, Konzepte der klinischen Sozialarbeit stellten einen Gegensatz zur Sozialraumorientierung dar. „Klinisch“ könnte mit Klinik, mit naturwissenschaftlicher Medizin, mit Krankheit und mit Individualisierung im Sinne eines Ignorierens der sozialen Bezüge des Individuums assoziiert werden. In der Literatur liegen sehr unterschiedliche und z.T. auch kontroverse Konzeptionen von Klinischer Sozialarbeit vor (Dörr, 2002). *Klinisch* soll in diesem Beitrag im Gegensatz zu diesen ersten Assoziationen so verstanden werden, dass es um die therapeutische und beraterische Arbeit mit Personen geht, in der die sozialen Bezüge mitthematisiert werden und wie Geißler-Piltz, Mühlum und Pauls (2005, S. 25f.⁴) ausführen, auf die Stärken der KlientInnen fokussiert wird. Klinische Sozialarbeit in diesem Sinne widerspricht also dem traditionellen medizinischen Modell. Aufgabe der SozialarbeiterInnen ist es – geradezu

konträr zum medizinischen Modell –, sich nicht verführen zu lassen, KlientInnen vorwiegend durch die Krankheits- bzw. Defizitbrille zu betrachten, weil diese nur allzu leicht den Blick auf Ressourcen und Kompetenzen verstellt. Die Ressourcen im Blick zu haben, ist oft nicht einfach, da KlientInnen zumeist nur über den Nachweis ihrer Defizite und ihrer Hilflosigkeit Zugang zu sozialstaatlichen Leistungen haben. „Das Erheben von Defiziten ist einerseits in vielen Fällen von Bedeutung, um gegebenenfalls Ansprüche und externe Ressourcen geltend zu machen, es bietet aber andererseits keine ausreichende Grundlage für eine wertschätzende Kommunikation. Diese ist aber erforderlich, wenn es gelingen soll, KlientInnen bewusst zu machen, über welche Fähigkeiten, Ressourcen, Kompetenzen und Potenziale sie verfügen. Ziel professioneller sozialarbeiterischer Interventionen ist es deshalb, Grundlagen für eine wertschätzende Kommunikation, die auf den Fähigkeiten der KlientInnen aufbaut, zu schaffen, und ihren Blick auf ihre Ressourcen, ihre relevanten Umwelten und Netzwerke zu lenken.“ (Gaiswinkler & Roessler, 2007, S. 289)

Eine erfolgreiche Strategie für die Arbeit mit den Ressourcen der KlientInnen besteht darin, das *Wollen* der KlientInnen(systeme)/der ProtagonistInnen im Feld in den Mittelpunkt zu stellen – dies gilt für die Arbeit mit größeren Systemen, für die Arbeit mit Individuen und erst recht im klinischen Kontext. Vom *Wollen* der Menschen auszugehen, scheint fast in der traditionellen Gemeinwesenarbeit weiter verbreitet zu sein als im klinischen Bereich. Möglicherweise liegt dies daran, dass es leichter ist, BewohnerInnen eines Gemeindebaus zu unterstützen, wenn sie einen Spielplatz für ihre Kinder *wollen*, als das *Wollen* einer Klientin ausfindig zu machen, die Stimmen hört, ihre Wohnung verwahrlosen lässt oder sich „berauscht“.

Wichtige Ansätze, die im klinischen Kontext entwickelt wurden, und die vom *Wollen*⁵ der KlientInnen ausgehen, ohne den institutionellen Auftrag zu missachten, sind u.a. der systemisch lösungsfokussierte Ansatz (Berg & De Jong, 1998; De Shazer et al., 2007, etc.) und die gesundheitsorientierte kognitive Therapie (Isebaert, 2005). Beide Ansätze wurden im klinischen Setting entwickelt und integrieren klinische und sozialräumliche Aspekte auf beeindruckende Weise.

Unabhängig vom Feld und der Applikation in der Sozialarbeit geht es also letztlich um die Frage, wie SozialarbeiterInnen⁶ KlientInnen(systeme) bestmöglich darin unterstützen können, sich erweiterte Handlungs- und Verfügungsmöglichkeiten zu erschließen, u.a. auch durch den Zuwachs von kulturellem und sozialem Kapital (Bourdieu, 1979/1992).

In Bezug auf die Instrumente, Techniken und Medien macht es natürlich einen Unterschied, ob mit großen Systemen wie z.B. Organisationen, Stadtteilen, Siedlungen gearbeitet wird oder mit Individuen bzw. Familien. Das wesentliche Medium in der Sozialen Arbeit ist jedoch in beiden Fällen die Kommunikation. Das zeigt sich bei Beratungsgesprächen genauso wie beispielsweise bei der *Aktivierenden Befragung* (Lüttringhaus & Richers, 2003). Auch die professionell angelegte Umgestaltung der Hilfelandschaft wird durch Kommunikation entwickelt und vermittelt.

Viele Forschungsergebnisse⁷ weisen darauf hin, dass ProfessionistInnen bei nachhaltigen Interventionen ihre Arbeit strikt innerhalb des Bezugsrahmens der KlientInnen beginnen, an den Kompetenzen der KlientInnen anknüpfen und durch kleine Änderungen Veränderungen wahrscheinlicher werden (Berg & De Jong, 1998). Im Bezugsrahmen der Klientin zu arbeiten, heißt also, zunächst zu fragen, was die Klientin will (Roessler & Gaiswinkler, 2004), um die Klientin bei der Entwicklung „wohlformulierter Ziele“ zu unterstützen (vgl. De Jong & Berg, 1998, S. 114ff.). Gelingende sozialarbeiterische Interventionen trachten danach, konkrete Schritte der Umsetzung (eine Lösung) zu entwickeln: „Eine Lösung, die er (der Klient, M.R.) selbst konzipiert hat, wird seine Selbsteffizienz erhöhen, eine Lösung, die er von uns gelernt hat, nicht.“ (Isebaert, 2005, S. 104). Zur Entwicklung einer Lösung sind zwei Expertisen erforderlich: zum einen ein fachliches sozialarbeitsspezifisches Wissen, das auch ein Wissen über den sozialen Raum umfasst, und zum anderen eine Expertise des Nichtwissens – also das Gespräch so zu führen, dass die Ziele der Klientin klar werden. Im lösungsfokussierten Ansatz beispielsweise wird besonderer Wert darauf gelegt, benennbare Ziele und detaillierte erste Schritte zu verhandeln und den Fortschritt in die gewünschte Richtung kontinuierlich zu untersuchen und dadurch sichtbar zu machen. Dies erfolgt mithilfe von Skalierungsfragen, Ausnahmen – also Zeiten, in denen das Problem nicht oder in geringerem Ausmaß bestand – und von kürzlich erlebten kleinen Erfolgen. KlientInnen der Sozialen Arbeit sind häufig zu Beginn der Kooperation nicht in der Lage, ihre Ziele zu formulieren bzw. zu spezifizieren. Die sozialarbeiterische Kunstfertigkeit besteht in diesem Fall darin, das Werkzeug *Sprache* bzw. *Kommunikation* genauso sorgfältig und präzise einzusetzen wie der Chirurg oder die Chirurgin das Messer (Bavelas et al., 2000, S. 50), um KlientInnen in jedem Schritt der Konversation zu unterstützen, ihre Ziele zu entwickeln und zu (er)finden (vgl. Gaiswinkler & Roessler, 2007, S. 286). „Eine für das System externe Intervention muss so

angesetzt werden, dass sie sich in das interne Operationsgeflecht des Systems einschleust und innerhalb seiner Operationsweise Veränderungen bewirkt". (Willke, 2005, S. 122f.)

Unsere Forschungsergebnisse zeigen, dass die *Expertise des Nichtwissens* die Rahmung für das gelungene professionelle Gespräch bildet. Auch die *Expertise des Wissens* muss mit der Expertise des Nichtwissens vermittelt werden, um am Bezugsrahmen der KlientIn anknüpfen zu können. Das kann uns helfen zu verhindern, dass an den Zielen der KlientInnen vorbei gearbeitet wird (vgl. Roessler & Gaiswinkler, 2007, und in Vorb.)

Bavelas und Kollegen (2000) weisen darauf hin, dass nicht Interventionen als Ganzes in ihrer Wirksamkeit gesehen werden können, sondern dass jeder einzelne Interaktionsschritt einen Einfluss auf den Prozess ausübt. Sie liefern mit ihrer *Mikroanalyse* interessante Forschungsergebnisse über professionelle Kommunikation v.a. in der therapeutischen Arbeit oder etwa auch in der Arzt-PatientInnen-Beziehung. Diese Forschungsstrategie bietet auch für die Sozialarbeitsforschung interessante Anregungen, um weitere Antworten zu finden, was SozialarbeiterInnen tun (können), um KlientInnen in Ihren Empowermentprozessen und bei der Aktivierung ihrer eigenen Ressourcen bestmöglich zu unterstützen. Eine Entwicklung, die sich immer stärker durchsetzt auf Seiten der NutzerInnen, befördert diese Notwendigkeit: Selbstvertretungsinitiativen fordern verstärkt ein Mehr an NutzerInnenorientierung.⁸ Betroffene stellen Gestaltungsansprüche und machen deutlich, dass sie über eine spezielle Expertise, nämlich die *Expertise für ihr Leben*, verfügen – diese Expertise wird zukünftig mehr Beachtung finden müssen (vgl. Gaiswinkler & Roessler, 2007, S. 277ff.) Bavelas und Kollegen (2000) legen dar, dass es ein neues oder, wie sie es nennen, alternatives Paradigma in der psychosozialen Arbeit gibt, das in zweierlei Hinsicht eine Alternative bietet: einerseits einen neuen Blick auf Kommunikation und andererseits einen neuen Blick auf die KlientInnen.⁹ Der lösungsfokussierte Ansatz ist, neben den erwähnten anderen, ein Ansatz, der diesem Paradigma folgt.

Die dargestellten Ansätze und Anwendungen sind Beispiele für erfolgreiche Steuerungsmöglichkeiten sozialer Interventionen. Weitere Forschungsarbeiten sind notwendig, die die unmittelbaren sozialarbeiterischen Interventionen erforschen und analysieren, um zu erklären, wie KlientInnen bestmöglich in ihrem sozialen Kontext bei ihrer Zielerreichung, ihrem Wollen, unterstützt werden können, unter Berücksichtigung des institutionellen Auftrags. Solche Forschungen, die – im Sinne einer Aktionsforschung – in enger Kooperation zwischen ForscherInnen und PraktikerInnen geplant und umgesetzt werden, nützen einer Weiterentwicklung der Profession und erleichtern es, gegen wenig versprechende Umstrukturierungen und Sozialabbau fachlich zu argumentieren.

Anmerkungen

- 1 Ausgangspunkt bildet hier der physische Raum: Menschen sollen unterstützt werden, sich für Ihre Anliegen im Stadtteil, in der Siedlung, im Dorf, in ihrer Community einzusetzen. In diesem Fall sind größere Systeme das KlientInnen-system. Ziele wie Aktivierung, Teilhabe, Partizipation werden verfolgt. Fallunspezifische Arbeit spielt hier bereits eine wichtige Rolle.
- 2 Vgl. die Jugendhilfe in Deutschland, aber auch in Graz – Soziale Arbeit mit Familien.
- 3 Demokratisierungsprozesse wären höchst erforderlich, da sozialstaatliche Hilfen dem Verdacht ausgesetzt sind, kolonialistisch zu sein und zu bevormunden.
- 4 Die Klinische Sozialarbeitskonzeption von Geißler-Piltz, Mühlum & Pauls (2005, S. 25ff.), „distanziert sich vom pathogenetischen Krankheitsmodell der Medizin, das nach Erklärungen dafür sucht, warum Menschen in der Folge belastender Erfahrungen erkranken. Sie orientiert sich vielmehr an salutogenetischen Modellen“, die danach fragen, wie Menschen trotz aller Krisen und Belastungen ihr Leben konstruktiv meistern und gestalten.
- 5 Budde & Früchtel (2006) nennen dies den „Willen der KlientInnen“.
- 6 Dies trifft auch auf andere Professionen zu.
- 7 Vgl. Gaiswinkler & Roessler (2007), aber auch Berg & de Jong, 1998; De Shazer et al., 2007.; Bavelas et al., 2000; Saleebey, 2006; Du Bois & Miley, 2007; Zur Bonsen, 2001, sowie Hinte & Karas, 1997; Hauser, 1971; Wade, 1997, und Turnell, 1999.
- 8 Vgl. z.B. die Initiative Nuevo der Institution Atempo (www.atempo.at) in Graz und Wien.
- 9 Zu diesem neuen Paradigma zählen Bavelas und Kollegen (2000) folgende Ansätze: (1) Die ursprüngliche und die nachfolgenden Mailänder Schulen um Mara Selvini-Palazzoli sowie um Luigi Boscolo und Gianfranco Cecchin; (2) die Solution Focused Brief Therapy (SFBT) der Gruppe um Insoo Kim Berg und Steve de Shazer in Milwaukee; (3) Michael Whites und David Epstons Narrative Therapie in Australien und Neuseeland; (4) Alan Jenkins Ansatz in der Arbeit mit Männern, die Gewalt ausgeübt haben, in Australien; (5) das Mental Research Institute (MRI) in Palo Alto und der dort entwickelte Kurzzeittherapie-Ansatz.

Literatur

- Alinsky, S. D. & Rabe, K.-K. (1999). *Anleitung zum Mächtigen sein. Ausgewählte Schriften*. Göttingen: Lamuv. (Lamuv-Taschenbuch. 268).
- Argyris, C., Schön, D. A. & Rhiel, W. (2006). *Die lernende Organisation. Grundlagen, Methode, Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bavelas, J. B., McGee, D., Phillips, B. & Routledge, R. (2000). Microanalysis of Communication in Psychotherapy. *Human Systems*, 11(1), 47-66. Online available: <http://www.kccfoundation.com/infocenter/hs/volume%2011/Bavelas.pdf> [21.02.2007].
- Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In R. Kreckel (Hrsg.), *Soziale Ungleichheiten* (S. 183-198). Göttingen: Schwarz & Co. (Soziale Welt. Sonderband. 2.)
- Bourdieu, P. (1992). *Die verborgenen Mechanismen der Macht*. Hamburg: VSA. (Schriften zu Politik und Kultur. 1.) (Frz. Original erschienen 1979.)
- Budde, W. (2006). *Sozialraumorientierung. Wege zu einer veränderten Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Budde, W. & Früchtel, F. (2006). Überblick über Felder der Sozialraumorientierung. In W. Budde, F. Früchtel & W. Hinte (Hrsg.), *Sozialraumorientierung. Wege zu einer veränderten Praxis* (S. 27-46). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- De Jong, P. & Berg, I. K. (1998). *Lösungen (er)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie*. (2. Aufl.) Dortmund: Verlag Modernes Lernen. (Systemische Studien. 17.)
- De Shazer, S., Dolan, Y. & Korman, H. (Eds.) (2007). *More than miracles. The state of the art of solution-focused brief therapy*. New York: Harworth.
- Dörr, M. (2002). *Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse*. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren. (Grundlagen der sozialen Arbeit. 7.)
- DuBois, B. L. & Miley, K. K. (2007). *Social Work. An Empowering Profession*. Boston: Allyn & Bacon.

- Ebbe, K. & Friese, P. (Hrsg.) (1989). *Milieuarbeit. Grundlage präventiver Sozialarbeit im lokalen Gemeinwesen*. Stuttgart: Enke.
- Foerster, H. von (1993). *Wissen und Gewissen. Versuch einer Brücke*. Frankfurt: Suhrkamp. (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft. 876.)
- Gaiswinkler, W. & Roessler, M. (2007). Empowerment konkret? In EntwicklungspartnerInnen-schaft Donau Quality in Inclusion (Hrsg.), *Sozialer Sektor im Wandel. Zur Qualitätsdebatte und Beauftragung von Sozialer Arbeit* (S. 277-294). Linz: edition pro mente.
- Gaiswinkler, W. & Roessler, M. (in Vorb.). Suggestions of the Solution-Focused Approach of Steve de Shazer and Insoo Kim Berg for Social Work Practice. Learnings from a Viennese model project. *Journal of Social Work Practice. Subjectivity and Intersubjectivity in Social Work Approaches*, 2.
- Geißler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Reinhardt. (Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. 7.)
- Hinte, W. & Karas, F. (1998). *Studienbuch Gruppen- und Gemeinwesenarbeit. Eine Einführung für Ausbildung und Praxis*. Neuwied: Luchterhand.
- Hinte, W. (2001). *Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader für Studium, Lehre und Praxis*. Münster: Votum.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill. (McGraw-Hill series in psychology.)
- Lüttringhaus, M. & Richers, H. (Hrsg.) (2003). *Handbuch Aktivierende Befragung. Konzepte, Erfahrungen, Tipps für die Praxis*. Bonn: Verlag Stiftung Mitarbeit. (Arbeitshilfen für Selbsthilfe- und Bürgerinitiativen. 29.)
- Manderscheid, H. (1997). Sozialarbeit – das Ende einer heiligen Kuh. *Publik-Forum*, 24, 6-8.
- Miller, S. D. & Berg, I. K. (1995). *The Miracle Method. A radically new approach to problem drinking*. New York/London: Norton.
- Paritätischer Wohlfahrtsverband Hamburg e.V. (Hrsg.) (2005). *Weiterentwicklung der Jugendhilfe in Hamburg*. Hamburg: Paritätischer Wohlfahrtsverband Hamburg e.V.
- Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa. (Grundlagentexte Soziale Berufe.)
- Roessler, M. & Gaiswinkler, W. (2004). Der lösungsfokussierte Ansatz in Organisationsberatung und Supervision. In I. Walther & W. Knopf (Hrsg.), *Brush up your tools* (S. 115-130). Wien: ÖVS. (ÖVS Schriftenreihe. 5.)
- Roessler, M. & Gaiswinkler, W. (2005). Die KlientInnen fühlen sich oft ohnmächtig, aber wir sehen sie als ExpertInnen für ihr Leben – ein PraxisanleiterInnen-tag mit Insoo Kim Berg. *Campus Aktuell*, 3. Online verfügbar: http://www.netzwerk-ost.at/publikationen/pdf/publikationen_klientinnenalexpertinnen.pdf [10.05.2008].
- Saleebey, D. (Eds.) (2006). *The strengths perspective in social work practice*. (4th ed.) Boston: Pearson/Allyn & Bacon.
- Simon, F. B. (1995). *Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik*. Frankfurt: Suhrkamp. (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft. 1096.)
- Turnell, A. & Edwards, S. (1999). *Signs of Safety. A Solution and Safety Oriented Approach to Child Protection Casework*. New York: Norton & Co Ltd.
- Wade, A. (1997). Small acts of living: Everyday resistance to violence and other forms of oppression. *Contemporary Family Therapy*, 19, 23-40.
- Weihrauch, J. (2007). „Komm mir in die Quere, aber steh mir nicht im Weg!“: Konsequent positive Zuwendung als Schlüsselprozess einer vollstationären Außenwohngruppe. *Das gepflegte Ferkel*, Juni. Online-Publikation: <http://www.ibs-network.de/ferkel/22/003.htm> [10.05.2008].
- Willke, H. (2005). *Interventionstheorie. Grundzüge einer Theorie der Intervention in komplexe Systeme*. (4. Aufl.) Stuttgart: Fischer. (UTB Soziologie. Interdisziplinär. 1800.)
- Zur Bonsen, M. & Maleh, C. (2001). *Appreciative inquiry (AI) der Weg zu Spitzenleistungen. Eine Einführung für Anwender, Entscheider und Berater*. Weinheim/Basel: Beltz. (Beltz Weiterbildung.)

**Sächsisches Institut für methodenübergreifende Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie (SIMKI) e.V.
an der Hochschule Mittweida**

bietet ab sofort

die staatlich anerkannte

Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

in Kombination und Integration mit dem neuen

**Masterstudiengang (MA) der Hochschule Mittweida*
„Therapeutisch orientierte Soziale Arbeit mit Kindern und Jugendlichen“**

an.

Bewerber/innen können weiterhin ausschließlich die SIMKI-Approbationsausbildung oder den neuen Masterstudiengang absolvieren.

Doch stellt die Kombination und Integration beider Bildungsgänge eine in Deutschland bisher einmalige und hoch-attraktive Möglichkeit für Sozialberufe (FH) dar, einen heilkundlichen Beruf mit Zugang zum höheren Dienst auf gleicher Augenhöhe mit Psychologen und Ärzten auszuüben.

Ein neuer Kurs beginnt im März 2009. Bewerbungsschluss ist am 31. August 2008. Alle zwei Jahre beginnt ein neuer Ausbildungsgang.

Zulassungsvoraussetzungen sind: Hochschulabschluss (Diplom, Bachelor, Master / jeweils Uni oder FH) in Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik u.Ä.

Die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stellt gerade für akademische Sozialberufe eine interessante und attraktive Option dar.

Weitere Informationen bzw. Bewerbungsunterlagen bitte anfordern bei:

**SIMKI e.V.
an der Hochschule Mittweida
Döbelner Str. 58, 04741 Roßwein
Tel. 034322-48645 / Fax -48635
Email: zurhorst@htwm.de**

Sie können uns auch gerne im Internet besuchen unter: **www.htwm.de/simki**

*vorbehaltlich der zeitnahen Zustimmung des Akademischen Senates der Hochschule Mittweida

Obwohl in Österreich durchaus „historische Spuren“ Klinischer Sozialarbeit zu finden sind (ausführlich dazu Wilfing, 2007), erfuhr sie erst mit dem Start des Masterstudiums „Klinische und Sozialräumliche Sozialarbeit“ an der Fachhochschule „campus wien“ im Herbst 2007 eine strukturierte Ausbildung. In einem knappen Jahr werden die ersten AbsolventInnen des klinischen Schwerpunktes ihren Abschluss (Master of Arts in Social Sciences, MA) in Händen halten, und spätestens dann wird die Frage nach einer „präzise abgegrenzten Identität“ in Bezug auf Rollenverständnis und Verortung innerhalb der Sozialen Arbeit intensiver gestellt werden. Vermutlich wird dann die Frage nach der Professionalisierung unseres Berufsstandes – nicht nur im Lichte der Diskussion um den möglichen genuinen Gegenstand der Sozialen Arbeit – geführt werden, sondern auch mit der Perspektive der verschiedenen Spezialisierungen, durch die – unter anderem – unserem Berufsstand zum Expertenstatus verholfen werden soll. Gegenwärtig scheint dabei insbesondere der Klinischen Sozialarbeit auch in Österreich eine hoffnungsträchtige Rolle zuzufallen (vgl. Borrmann et al., 2007, S. 12). So gesehen ist es durchaus an der Zeit, sich um die mögliche Verortung Klinischer Sozialarbeit Gedanken zu machen, was in der Folge skizzenhaft auch passieren soll.

Ein Schritt zurück bedeutet Rückschritt

M.E. steht die Klinische Sozialarbeit in Österreich vor einer ähnlichen Entscheidung, wie es Dorfman (1988) anlässlich der Entstehung der Clinical Social Work in den 60er-Jahren formulierte: „Die einen sahen den Schwerpunkt der Sozialarbeit in der gesellschaftspolitischen Orientierung und dem Engagement für soziale Reform, die anderen betonten die Bedeutung der ‚direct practice‘, d.h. der Arbeit mit Klienten in den drei Arbeitsformen der Sozialarbeit. Die Verfechter der ‚direct practice‘ gaben ihrer Tätigkeit schließlich die Bezeichnung Clinical Social Work.“ (Dorfman, 1988, zit. nach Crefeld, 2002, S. 3).

Aufgrund eines geänderten berufspolitischen Kontextes in Österreich (geringer Organisationsgrad der Diplomierten SozialarbeiterInnen; fast keine Fachgruppenzusammenschlüsse; kein verbindliches Berufsgesetz; ein Psychotherapiegesetz), wäre ein unkritischer Anschluss an das Berufsbild Klinischer SozialarbeiterInnen nach deutscher oder gar US-amerikanischer Fassung untrennbar mit einem Zurück zu einer therapeutisierenden (Klinischen) Sozialarbeit verbunden. Dies würde nach meiner Einschätzung einen ve-

ritablen Rückschritt für die mühsam in Gang geratene Professionalisierungsdebatte Sozialer Arbeit in Österreich darstellen. Zudem könnte man sich den Luxus leisten, nicht jede Bewegung in der Entwicklung Klinischer Sozialarbeit mitzumachen. So nimmt beispielsweise in den USA die Kritik an einer weiteren „Therapeutisierung“ (Klinischer) Sozialer Arbeit aus verschiedenen Gründen deutlich zu. Die Kritiker betonen, dass „durch die zunehmende Konzentration auf die individuellen psychischen Probleme – auch unter der Einbeziehung der sozialen Umwelt – die gesellschaftsrelevante Funktion der Sozialen Arbeit als ‚social change profession‘ als eine auf den sozialen Wandel ausgerichtete Profession und Disziplin zu kurz kommt und zunehmend an Bedeutung verliert. Die weitere Stärke der Sozialen Arbeit, ‚community organizing‘, Gemeinwesenarbeit, wird dabei ebenfalls vernachlässigt.“ (Borrmann et al., 2007, S. 12; Übersetzung R.F.).

Retrospektiv und in Hinblick auf die zukünftige Entwicklung Klinischer Sozialarbeit muss aus sozialarbeiterischer Sicht im Jahr 2008 konstatiert werden, dass der „Psychoboom“ (vgl. Galuske, 2003, S. 133ff.) in den 70er- und 80er-Jahren einer selbstbewussten und vor allem eigenständigen Professionsentwicklung in der Sozialarbeit nicht besonders zuträglich gewesen ist. Im Gegenteil, durch das vielerorts unklare Verhältnis zwischen Sozialarbeit und Psychotherapie (viele SozialarbeiterInnen identifizierten sich eher über ihre Zweitprofession PsychotherapeutIn) bzw. einer Therapeutisierung ganzer Handlungsfelder wie zum Beispiel im Bereich der Straffälligenhilfe, gab es Mitte der 90er-Jahre massive Widerstände gegen ein eigenes Berufsgesetz für Diplomierte SozialarbeiterInnen. Womit wir beim fragilen berufspolitischen Kontext wären, der eine eigenständige Verortung der Klinischen Sozialarbeit in Österreich verlangt.

Zwischen Psychotherapie(gesetz) und ...

Heinz Wilfing stellt fest (2007, S. 4), dass die Grenzen zwischen Sozialer Arbeit und Psychotherapie in Österreich „weniger deutlich markiert“ sind als in Deutschland und verweist drauf, dass viele SozialarbeiterInnen über die Berechtigung zur Ausübung der Psychotherapie verfügen und diese Berechtigung vielfach als „Bonus“ in Einrichtungen Sozialer Arbeit gelten hatte bzw. sogar oft Aufnahmevoraussetzung war. Dazu ist anzumerken, dass dieses unklare Setting (SozialarbeiterIn und TherapeutIn) in einigen psychosozialen Einrichtungen aufgrund der verstärkten Thematisierung von Haftungsfra-

gen oder des immer mehr und explizit verlangten Kontrollauftrages im Rahmen des doppelten Mandats (vgl. Fürst, 2006), zu größeren Konflikten geführt hat bzw. führt. „Sozialarbeit und Therapie sind unterschiedliche Handlungsformen, die zur Kooperation aufeinander verwiesen sind, z.B. innerhalb eines sozialtherapeutischen Konzeptes.“ (Thiersch, 1978, S. 6) An dieser Stelle sei aber auch klar festgehalten, dass soziale Beratung im Rahmen der psychosozialen Hilfedimension, wenn sie als Kommunikations- und Beziehungsprozess in der (Klinischen) Sozialarbeit hinreichend qualifiziert gestaltet wird, eine „beträchtliche Schnittmenge an gemeinsamen Gestaltungselementen mit psychologischer Psychotherapie aufweist“ (Crefeld, 2002, S. 7). Konkret bedeutet dies, dass österreichische SozialarbeiterInnen nicht nur für den sozioökonomischen Auftrag ausgebildet werden, sondern natürlich auch für die psychosoziale Betreuungs- und Hilfedimension. Wichtig wäre allerdings, dass sich das im Berufsalltag Gelebte auch in den gesetzlichen Rahmenbedingungen widerspiegelt.

... fehlendem Berufsgesetz für Diplomierte SozialarbeiterInnen

Womit wir bei der größten Misere österreichischer Sozialer Arbeit wären, nämlich der Tatsache, dass kein Berufsgesetz für österreichische SozialarbeiterInnen existiert. Trotz enormer Lobbyingaktivitäten in der jüngeren Vergangenheit scheiterte bis dato die Realisierung eines für den Fortbestand des Berufsstandes dringend notwendigen Berufsgesetzes (<http://www.sozialarbeit.at/be-06.htm>) an dem unwürdigen politischen „Ping-Pong-Spiel“ zwischen Bund und Ländern (niemand fühlt sich für ein Berufsgesetz verantwortlich), was die Causa für die Betroffenen fast unerträglich macht. In Österreich arbeiten insgesamt rund 4000 DiplomsozialarbeiterInnen (Stand 2004, <http://www.sozialarbeit.at>). Aufgrund der unterschiedlichsten Beschäftigungsverhältnisse (Bund, Land, Gemeinden, private Träger etc.) ist eine exakte Erfassung nahezu unmöglich und wohl auch ein Grund für den unbefriedigenden Status Quo. Ein Schritt in Richtung Reglementierung und Vereinheitlichung war zwar in Form eines Berufsbildes von der Generalversammlung des Österreichischen Berufsverbandes Diplomierter SozialarbeiterInnen (OBDS) 1996 einstimmig verabschiedet worden, da dieses aber keinerlei gesetzlichen Status besitzt, können sich die KollegInnen de facto nicht darauf berufen. Es gibt also neben dem fehlenden Titelschutz auch keinerlei Berufsschutz.

Über ein Berufsgesetz soll nun eine solche Reglementierung erreicht werden,

also eine Definition, wer die Berufsbezeichnung „SozialarbeiterIn“ führen und die damit verbundenen Tätigkeiten ausführen darf. Das Berufsgesetz soll die Kernhandlungsfelder der Sozialarbeit mittels sozialarbeitspezifischer Methoden beschreiben und so die Berufsexistenz sichern. Dieser Berufsschutz erscheint durch die zunehmende Reglementierung in verwandten Berufen gerade im klinischen Kontext wichtiger denn je: Für PsychotherapeutInnen und PsychologInnen existiert seit über zehn Jahren ein Berufsgesetz, und auch der Krankenpflegebereich, insbesondere auch in der Psychiatrie, ist gesetzlich klar definiert. Für die Klinische Sozialarbeit gibt es derzeit keine klaren Rahmenbedingungen. Die starke Überschneidung mit anderen Berufsgruppen und die häufige – methodisch begründete – transdisziplinäre Arbeit muss ebenfalls über das Berufsgesetz in Form einer umfassenden Konsultations- und Beschäftigungsverpflichtung geregelt werden. Da auch die ungenügende Klarheit und Abgrenzung bezüglich Zeugnisverweigerungsrecht und Verschwiegenheitspflicht für SozialarbeiterInnen als unbefriedigend erlebt wird, soll mittels Berufsgesetz auch dieser Bereich eindeutig geklärt werden. Dieses Berufsgesetz wäre nicht nur im Sinne einer Etablierung des professionellen Tripelmandats Sozialer Arbeit (vgl. Staub-Bernasconi, 2007, S. 12ff.) vonnöten, sondern auch für die Positionierung der Klinischen Sozialarbeit in Österreich, um nicht in der engen Auslegung des doppelten Mandats an der sozialtechnologischen Subsumptionslogik schon am Beginn der Etablierung Klinischer Sozialarbeit zu scheitern.

Konklusion

Unabhängig von den derzeit starren und unklaren Rahmenbedingungen kann m.E. zumindest der Versuch gemacht werden, den möglichen Wesenskern Klinischer Sozialarbeit in Österreich zu generieren. Die (Klinische gesundheitsorientierte) Sozialarbeit versteht sich nicht mehr als Untertan der Medizin, sondern als eigene gleichberechtigte Profession mit einem eigenen Verständnis von Gesundheit und Krankheit (Stichwort: dritte Säule der Gesundheit gemäß Definition der WHO; vgl. WHO, 1946) und eigenen Handlungsmethoden. Weg vom medizinischen heilenden Handlungsparadigma hin zu einer gelebten „person-in-environment-Konfiguration“ auf Basis eines trifokalen Handlungsmodells: „Es umfasst (1) die fallbezogene Unterstützung der Klientel zur Optimierung ihrer Lebensweise, (2) die fallbezogene Veränderung ihrer Lebensbedingungen und (3) die fallunabhängige und fallübergreifende Optimierung der sozialen Infrastruktur. ... Der trifokale Arbeitsansatz könnte zugleich ein Versuch sein, um den sozialpolitisch nachrangigen Einsatz dieses Berufes zu kompensieren“ (Heiner, 2004, S. 157). So gesehen ist die zu Beginn vielleicht

eigenartig wirkende Koexistenz zwischen Klinik und Sozialraum in unserem Masterstudium ein Glücksfall gewesen. Das oben beschriebene Handlungsparadigma bzw. -modell bedeutet natürlich auch, dass sich eine selbstbewusste Klinische Sozialarbeit auf eigene empirische Befunde, Theorien und Konzepte in den Bereichen der Sozial-epidemiologie, der sozialen Netzwerkarbeit, der psycho-sozialen Diagnostik (brauchbare Klassifikationssysteme, Psycho-soziale Diagnostik etc.) und der Gesundheitsförderung stützen muss, um sich nicht von der Medizin Anleihen nehmen zu müssen.

Eingedenk der Überschrift kann man die Frage „Wohin wird die Klinische Sozialarbeit in Österreich gehen?“ aufgrund der vielen unbekanntenen Variablen noch nicht seriös einschätzen. M.E. sollte es im Interesse aller Beteiligten aus Forschung, Lehre und Praxis sein, an einer nachhaltigen und für die spezifische österreichische Ausgangssituation optimalen Verortung Klinischer Sozialarbeit in Österreich mitzuwirken.

Rezension

Klinische Sozialarbeit – Theorien, Methoden und Arbeitsfelder Gernot Hahn

Fast zeitgleich mit dem Sammelband von Ortman und Röh (vgl. Rezension in Klinische Sozialarbeit, 4, Heft 2) veröffentlichte Heinz-Alex Schaub eine umfassende Monografie zu ausgewählten Theorien, Methoden und Arbeitsfeldern in Praxis und Forschung der Klinischen Sozialarbeit.

In einem ersten Abschnitt definiert Schaub die praktisch-methodischen und theoretischen Grundlagen der Profession, im zweiten Teil gibt er einen umfassenden Einblick in konkrete Projekte der Praxisforschung in unterschiedlichen Arbeitsfeldern.

Grundsätzlich definiert Schaub Klinische Sozialarbeit als eigenständigen wissenschaftlichen Beitrag in der Behandlung sozialer und gesundheitlicher Problemlagen, wobei der Fokus auf die sozialen Bedingungsaspekte bei der Genese von Störungen und in deren Behandlung gerichtet ist. Schwerpunkt seiner Betrachtungen ist ein bio-psycho-soziales Gesundheits- und Krankheitsverständnis, das insbesondere bei Phänomenen wie sozialer Ungleichheit und Exklusion und deren Bewältigung zum Tragen kommt. Als weiteres Merkmal des spezifischen Zugangs Klinischer Sozialarbeit benennt Schaub eine fallverstehende Hilfepraxis, die – in Abgrenzung zu anderen wissenschaftlichen Disziplinen – u.a. wahrnimmt und berücksichtigt, dass Probleme interaktiv erzeugt werden, unterschiedliche Deutungsmuster (Betroffenensichtweise vs. professionelle Deutung) gleichberechtigt nebeneinander stehen können und jeder Fall ein deutliches Maß an Einzigartigkeit aufweist, was wiederum ein je spezifisches Vorgehen und Reagieren als Konsequenz nach sich zieht. Durch Reflexion dieser fallverstehenden Hilfepraxis

Literatur

- Borrmann, S., Klassen, M. & Spatscheck, C. (2007). Social Work in the International Context. In dies. (Eds.), *International Social Work* (pp. 7-13). Opladen: Budrich.
- Crefeld, W. (2002). Klinische Sozialarbeit – nur des Kaisers neue Kleider. In M. Dörr (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit* (S. 23-28). Hohengehren: Schneider.
- Dorfman, M. (1988). *Paradigms of Clinical Social Work. Vol. 1*. New York: Brunner/Mazel.
- Fürst, R. (2006). *Der Kontrollaspekt in der Bewährungshilfe – das Verhältnis „Betreuung“ versus „Kontrolle“ in der Betreuung von dissozialen Sexualstraftätern*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Fachhochschule für sozialwissenschaftliche Berufe, St. Pölten.
- Galuske, M. (2003). *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Weinheim/München: Juventa.
- Heiner, M. (2004). *Professionalität in der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Staub-Bernasconi, S. (2007). Vom beruflichen Doppelt zum professionellen Tripelmandat. *Sozialarbeit in Österreich (SIÖ)*, 2, 8-17.
- Thiersch, H. (1978): Zum Verhältnis von Sozialarbeit und Therapie. *Neue Praxis, Sonderheft Sozialarbeit und Therapie*, 6-24.
- Wilfing, H. (2007). Klinische Sozialarbeit in Österreich. *Klinische Sozialarbeit*, 3, 4-5.
- World Health Organization (WHO) (1946). *Constitution of the World Health Organization*. New York: WHO.

im Rahmen von Sozialforschung kann nach der Vorstellung des Autors (mit Verweis auf fachliche Vorarbeiten von Wendt, Crefeld u.a.) eine Praxeologie i.S. einer Lehre vom professionellen Handeln entwickelt werden. Grundlage dafür ist eine Praxisforschung, die versteht, Hilfeprozesse in konkreten Hilfesystemen zu beschreiben, zu hinterfragen und daraus ableitend Theorien, über den Rahmen von Einzelfallforschung hinaus zu entwickeln.

Im zweiten Teil des Buches führt Schaub vor, wie diese Theorieentwicklung vorstatten gehen kann. Vor dem Hintergrund einer Vielzahl umfangreicher Fallvignetten belegt er u.a. mit zwei konkreten Forschungsprojekten „Hilfen für Familien“ und „Rehabilitation in der Sozialpsychiatrie“ die Bedeutung Klinischer Sozialarbeit für eine auch an sozialen Prozessen orientierte Gesundheitsversorgung.

Positiv ist die klare Fall- und Forschungsorientierung des Bandes, die eindrucksvoll und überzeugend belegt, wie die anstehenden Entwicklungsaufgaben der jungen Wissenschaft Klinische Sozialarbeit umgesetzt werden können. Einzig störendes Element ist die eigenwillige, etwas unübersichtliche Gliederung des Bandes – ein Eindruck, der sich auch nach mehrmaliger Lektüre nicht auflöst. Insgesamt ist der Band ein sehr wertvoller Beitrag zur Weiterentwicklung der Fachsozialarbeit, wobei die Ergänzung der theoretischen Ausführungen durch sehr lehrreiche Fallvignetten einen umfangreichen Einblick in die komplexen Arbeitsfelder Sozialer Arbeit ermöglicht.

Kontakt zum Autor: hahn.godot@odn.de

Schaub, H.-A. (2008). *Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung*. Göttingen: V&R unipress. 254 Seiten. 44,90 EUR