

Klinische Sozialarbeit

Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung

Bearbeitet von
Helmut Pauls

1. Auflage 2013. Taschenbuch. 424 S. Paperback
ISBN 978 3 7799 1966 7
Format (B x L): 23 x 15 cm
Gewicht: 672 g

[Weitere Fachgebiete > Pädagogik, Schulbuch, Sozialarbeit > Sozialarbeit](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

**beck-shop.de**
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.



Grundlagentexte Soziale Berufe

Helmut Pauls

Klinische Sozialarbeit

Grundlagen und Methoden
psycho-sozialer Behandlung

3. Auflage

BELTZ JUVENTA

Leseprobe aus: Pauls, Klinische Sozialarbeit, ISBN 978-3-7799-1966-7

© 2013 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-1966-7>

1. Unterwegs zur klinischen Fachsozialarbeit

Die Veränderungen der Gesellschaft bedeuten für viele Menschen Unsicherheit und Orientierungslosigkeit und schlagen sich in vielfältigen sozialbedingten und sozialrelevanten Gesundheitsproblemen nieder. Wer nicht über die notwendigen konstitutionellen, psychischen, sozialen und/oder materiellen Ressourcen verfügt, die Herausforderungen der „Modernisierung“ zu bewältigen, ist ohne professionelle Hilfe den Zufällen seiner Lebenssituation und der sozialen Wandlungen ausgeliefert. Viele Menschen erleben ihre Partizipationsmöglichkeiten eingeschränkter als früher, bei gleichzeitig großer Ausweitung der Verhaltens- und Kommunikationsmöglichkeiten (Mobilität, Internet). Die technologisch und ökonomisch bestimmten und verrechtlichten Lebensbedingungen schieben die Technisierung der Medizin in den Vordergrund der Krankenbehandlung und machen das ökonomisch ausgerichtete Sozialmanagement zum tragenden Faktor der Sozialsysteme. Diese Situation geht nicht selten mit Sprachlosigkeit der Menschen in Bezug auf die soziale und emotionale Bedeutung des Geschehens einher. Natürliche Sozialbeziehungen erodieren und zerbrechen, nicht wenige Kranke und ihre Angehörigen, insbesondere sozial und ökonomisch benachteiligte, fühlen sich und sind überfordert. Die Forschung belegt eindrücklich, dass psycho-soziale Faktoren einen hochbedeutsamen Einfluss auf die Entwicklung der körperlichen und psychischen Gesundheit haben (vgl. z.B. Waller 2003, Sting & Zurhorst 2000). Psycho-soziale Faktoren haben sogar einen bedeutsameren präventiven oder aber schädigenden Einfluss auf die Gesundheitsentwicklung als körperliche Faktoren (vgl. Mannheimer Risikokinder Studie, Laucht et al. 2000). Angesichts erschreckender Entwicklungen im Bereich psychischer und psycho-sozialer Störungen und Problemlagen stellt sich heute in unserer Gesellschaft in verschärfter Weise die Frage nach der Angemessenheit der historisch gewachsenen professionellen Hilfssysteme.

Die Rolle der sozialen Ebene muss sowohl im Hinblick auf die Behandlungsperspektive als auch im Hinblick auf die Gesundheitsförderung (Wettstein 2008, WHO 2006) neu bestimmt werden, und zwar in den verschiedensten Sektoren des Erziehungs-, Sozial- und Gesundheitswesens. Die generalistisch orientierte Sozialarbeit ist aufgrund dieser Entwicklungen an Grenzen gestoßen.¹ Sie ist notwendiger denn je, hat sie doch die Aufgabe,

1 Zur Diskussion um das berufliche Selbstverständnis siehe z. B. Klüsche (1994, 1999). Mühlum (2001)

einen Verbund institutionalisierter Lebenslagen und Hilfestrukturen für Menschen zu schaffen, die im Modernisierungsprozess bereits zu Schaden gekommen sind. Doch bei den gesundheits- und krankheitsbezogenen Aufgabenstellungen im Sozial-, Gesundheits-, Erziehungs- und Justizwesen wie in der Wirtschaft konfrontieren die schwierigen Problemlagen der Klienten² die Profession mit spezifischeren Anforderungen an Wissen und methodischer Kompetenz³. Die Entwicklung der Klinischen Fachsozialarbeit (Geissler-Piltz, Mühlum & Pauls 2005, Hahn & Pauls 2008, Ortmann & Röh 2008, Schaub 2008, Hahn 2010) steht in diesem Kontext und ist die Antwort der Profession auf die Tatsache, dass in vielen Arbeitsfeldern zunehmend seelisch stark gefährdete, chronisch kranke und mehrfach belastete Menschen den Schwerpunkt des Klientels bilden. Sie markiert einen Anspruch auf professionelles *Expertentum* (vgl. Giddens 1995) als „Fachsozialarbeit“ (Mühlum 2002, 2000) für soziale Beratung, Behandlung und Intervention⁴. Sie hat sich im vergangenen Jahrzehnt im deutschsprachigen Raum etabliert, so dass Schaub (2008, 18) zu Recht feststellt, dass die „Zeit der grundsätzlichen Legitimation dieser Fachsozialarbeit der Vergangenheit“ angehöre.

1.1 Zur Geschichte der Klinischen Sozialarbeit

Nachdem 2001 die Hochschule Coburg mit dem ersten Masterstudiengang in Klinischer Sozialarbeit startete und diesen seit 2003 erfolgreich in Kooperation mit der Alice-Salomon Hochschule durchführt und weiter entwickelt, werden entsprechende Studiengänge inzwischen an weiteren Hochschulstandorten in Deutschland, Österreich und der Schweiz angeboten, sogar klinisch spezialisierte Bachelorstudiengänge werden entwickelt. Die Sektion Klinische Sozialarbeit in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGS) und das Kuratorium der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS; <http://www.klinische-sozialarbeit.de>) haben entlang des Qualifikationsrahmens für Deutsche Hochschulabschlüsse und des Qualifikationsrahmens Soziale Arbeit (Beschluss des Fachbereichstags Soziale Arbeit vom 31.05.2006) Standards der professionellen Kompetenz in Klinischer Sozialarbeit für die Berufspraxis entwickelt und in der seit 2004 bestehenden Fachzeitschrift ‚Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psycho-soziale Forschung und Praxis‘ veröffentlicht (Pauls & Gahleitner 2008).

Mit der im Dezember 2007 erfolgten Gründung des ‚European Centre for Clinical Social Work‘ (ECCSW; <http://www.eccsw.eu>) wird die Einbin-

2 In der Regel sind stets beide Geschlechter gemeint, auch wenn aus stilistischen Gründen im weiteren Text meist nur eines verwendet wird.

3 Vgl. Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg & Paritätischer Wohlfahrtsverband (Hrsg.) (1998). Sonderheft „Klinische Sozialarbeit“.

4 Zur Problematik der Bestimmung der spezifischen Expertise Sozialer Arbeit siehe Kleve & Ortmann (2000, 115), zum methodischen Handeln Ansen (2000).

derung interessierter Praktiker, Hochschullehrer und Verbände auch auf nationaler und internationaler Ebene ermöglicht. Diese Initiative soll einen Zuwachs an Qualitätssicherung und einen wachsenden Austausch zwischen Wissenschaft, Hochschule und Praxis befördern, in der klinisch-sozialarbeiterischen Fachkräften nicht nur eine fachliche Zugehörigkeit finden, sondern in der ihnen auch Möglichkeiten zur weiteren Entfaltung ihrer Kompetenzen offen stehen. Symbolisiert mit dieser Gründung des ECCSW wird der Aufbau der Klinischen Sozialarbeit in Europa. Beispielhaft sind Entwicklungen in der Schweiz (Hüttemann, Fetscher & Leuthold 2007), in der besonders die Fachhochschule Nordwest Schweiz in Olten aktiv ist (u. a. mit einem „Master of Advanced Studies“ in Klinischer Sozialarbeit und in enger Kooperation mit der Hochschule Coburg und der Alice-Salomon Hochschule Berlin) und Österreich (Ortmann 2010; Wilfing 2007, u. a. Masterstudiengang an der Campus Hochschule Wien; Höllmüller 2009, 2010).

Eine Anzahl von Veröffentlichungen hat die Profilierung der Klinischen Sozialarbeit vorangetrieben⁵, auch wenn Ortmann und Röh (2008, 10) zustimmen ist, dass es im Hinblick auf „entwickelte Theorien und Praxeologien klinischen sozialarbeiterischen Denkens und Handelns“ noch viel zu tun gibt. Auch Sommerfeld (2009) betont, dass die Soziale Arbeit „erhebliche Entwicklungsanstrengungen unternehmen“ müsse, um „die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit professionell ausfüllen zu können, und um damit als Institution, und das heißt auf professioneller Augenhöhe, anerkannt zu werden“.

Der Begriff *clinical social work* (CSW) trat in den USA gegen Ende der 1960er, Anfang der 1970er Jahre in den professionellen Sprachgebrauch ein. *Clinical social work* wurzelt methodisch im Ansatz des *casework* der 1920er Jahre. Mary Richmond lenkte die Aufmerksamkeit auf die Person-in-der-Umgebung (person-in-environment) als Fokus, ein Motiv, das später in dem Begriff des „psycho-sozialen Menschen“ (Turner 1979) ebenfalls auftauchte (vgl. Brandell 1997, Richmond 1922). Einen wichtigen Beitrag zur historischen Identität der Clinical Social Work in den USA leistete die „funktionale“ Schule des US-amerikanischen *social casework*, mit ihren Begründerinnen Virginia Robinson (Robinson veröffentlichte 1930 „A Changing Psychology of Social Work“) und Jessie Taft sowie deren Mentor Otto Rank (weitere Ausführungen hierzu siehe unten Kapitel: „Die erfahrungsorientierte Perspektive“). Edith Abbott – Professorin an der University of Chicago – verwendete wohl als erste den Begriff im Jahre 1931. Bald wurde der Begriff *clinical social work* in der amerikanischen Sozialarbeit populär und es machten sich mehr und mehr Sozialarbeiter/-innen selbstständig. Es entstanden Initiativen zur Schaffung eigener Berufsvereinigungen für im klinischen Bereich

5 Vgl. Themenheft „Klinische Fachsozialarbeit – State of the Art 2010“ in „Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung“, 2010, 6. Jg., Heft 3.

arbeitende Sozialarbeiter. 1971 wurde die National Federation of Societies for Clinical Social Work (NFSCSW) gegründet. 1978 erfolgte schließlich die Anerkennung der *clinical social work* durch die National Association of Social Work als eigene spezialisierte Profession. Die NFSCSW änderte ihren Namen und wurde zur Clinical Social Work Federation (CFSW). Richtlinien für die Ausbildung und die Praxis wurden festgelegt. Es gibt die eigene Fachzeitschrift „Clinical Social Work Journal“.

Das 1987 gegründete American Board of Examiners in Clinical Social Work (ABE) zertifiziert als nationale Akkreditierungsagentur Klinische Sozialarbeiter als „Board Certified Diplomate in Clinical Social Work (BCD)“. Diese Fachkräfte erwerben die Anerkennung aufgrund der Erfüllung strenger Kriterien hinsichtlich ihrer Aus- und Weiterbildung unter Supervision sowie ihrer Praxiserfahrungen im Rahmen einschlägiger Tätigkeiten in der Gesundheitsversorgung, insbesondere der *mental health care*. Viele Clinical Social Worker haben diese hohe Qualifikation des „advanced“ Clinical Social Worker. Sie sind staatlich lizenziert und zugelassen zur Behandlung von bio-psycho-sozialen Störungen (assess, diagnose, and treat) (Graziano, 2006).

Mittlerweile hat sich in den USA die berufspolitische Landschaft weiter entwickelt. Die „Clinical Social Work Federation“ hat (www.cswf.org) einen relaunch als „Clinical Social Work Association“ hinter sich (CSWA; siehe <http://www.clinicalsocialworkassociation.org>). Als nationale Non-Profit Organisation ist sie berufspolitisch auf nationaler und bundesstaatlicher Ebene aktiv und fördert die Forschung. Die State Societies der ehemaligen Clinical Social Work Federation befinden sich nun zum Teil bei der Clinical Social Work Association und zum Teil beim Center for Clinical Social Work (<http://www.centercsw.org>) in dem heute das American Board of Examiners integriert ist.

Dentler (2006) fordert, die Spezifität der deutschen Landschaft Sozialer Arbeit zu berücksichtigen und zeigt auf, dass die Klinische Sozialarbeit in Deutschland keinesfalls eine bloße Übernahme der US-amerikanischen Entwicklung ist und sein kann. Allerdings sind zentrale Elemente der amerikanischen Situation, wie z.B. die Zertifizierung und Entwicklung von Standards, geeignete Vorbilder (Pauls & Gahleitner 2008).

Eine erste allgemeine – nicht zuletzt auch berufspolitisch ausgerichtete – Definition Klinischer Sozialarbeit in den USA schlug die National Federation of Societies for Clinical Social Work 1977 vor, 1989 erfolgte eine Einigung mehrerer einflussreicher Organisationen der Sozialarbeit⁶ auf folgende Gegenstandsbestimmung: „Die Praxis der *clinical social work* umfasst die professionelle Anwendung der Theorien und Methoden der Sozia-

6 Die National Association of Social Workers (NASW), die National Registry of Health Care Providers, das American Board of Examiners in Clinical Social Work.

len Arbeit bei der Behandlung und Prävention psycho-sozialer Dysfunktionalität, Beeinträchtigung oder Behinderung einschließlich emotionaler und geistiger Störungen. Sie basiert auf Wissen und Theorien psycho-sozialer Entwicklung, des Verhaltens, der Psychopathologie, unbewusster Motive, interpersonaler Beziehungen, umgebungsbedingten Stresses, sozialer Systeme und kultureller Verschiedenheit/Vielfalt unter besonderer Berücksichtigung der Person-in-ihrer-Umgebung. Sie teilt mit jeglicher Praxis Sozialer Arbeit das Ziel der Verbesserung und Aufrechterhaltung/Stabilisierung der psycho-sozialen Funktionsfähigkeit von Individuen, Familien und Kleingruppen. Clinical social work umfasst Interventionen, die auf interpersonale Interaktionen, intrapsychische Dynamiken sowie Lebensunterstützung und Managementaufgaben gerichtet ist. Sie beinhaltet, aber ist nicht begrenzt auf die Psychotherapie von Einzelpersonen, Paaren, Familien oder Gruppen. Die Dienstleistungen der clinical social work umfassen Assessment; die Diagnose; die Behandlung einschließlich der Psychotherapie und der Beratung; klientenzentrierte Fürsprache; strategische Beratung und die Evaluation.“

Die Charakterisierung der Praxis der *clinical social work* durch Maguire (2002, 36 f.) stellt praktische, theoretische und methodische Merkmale vor: „*Clinical social work practice* is a systems-based approach that integrates advanced methods with empirically validated techniques and an eclectic framework:

- It is advanced in that it applies a higher level of knowledge, skills, and expertise required in professional social work settings. This level of practice requires a sophisticated knowledge base and repertoire of the appropriate behavioral, cognitive, psychodynamic, problem-solving, and other developing methods required to resolve complex psychosocial problems.
- It is systems based in that it recognizes the effects of the interacting social environment and particularly the need to increase social supports and decrease sources of stress and negative forces in the client's system.
- It is integrative in its use of methods that build upon a broad base, which then narrows in strategy and blends the required advanced methods into a logical, consistent, and coherent intervention. The ultimate intervention is, therefore, the culmination of a consistent strategy that builds from broad to specific methods in a logical sequence.
- It is empirical in its utilization of rigorous practice research as a basis for practice. The final intervention uses the specific methods that the objective facts suggest will lead to a successful outcome, given the client's own perspective and cultural needs and characteristics.
- It is eclectic in that it utilizes a variety of major, validated theories and subsequent interventionist methods drawn from commonly accepted human behavioral perspectives.“

Eine eklektische Perspektive nahm interessanter Weise auch Carl Rogers ein (Rogers 1963), als er seinerzeit für die Psychotherapie – unter der er aber auch das Counseling einschloss – feststellte, sie befinde sich „in a

mess.“ Er fuhr fort, man befinde sich an einem Punkt, wo man sich der begrenzten theoretischen Orientierungen entledigen sollte (einschließlich der client-centered therapy) und statt dessen daran gehen sollte, die therapeutische Arbeit an den Aufgabenstellungen und deren erfolgreiche Bewältigung zu orientieren („we should shed our limiting theoretical orientations – including client-centered therapy – and instead base our therapy on what has been found to work“, Goldfried 2007, 252).

1.2 Gegenstandsbestimmung

Die Bezeichnung „Klinische Sozialarbeit“⁷ verweist terminologisch *nicht* primär auf stationäre Krankenhaus-Settings oder auf Soziale Arbeit im Gesundheitswesen bzw. Kliniken. „Klinisch“ bedeutet (wie in der „Klinischen Psychologie“) die direkt beratend-behandelnde Tätigkeit in der Fallarbeit, unabhängig davon, ob dies in Praxen, ambulanten Beratungsstellen, in Tageseinrichtungen, oder in Kliniken und Langzeiteinrichtungen stationär erfolgt⁸. Auf der Basis der historisch gewachsenen und grundlegenden Ziele aller Sozialarbeit – der Förderung, Verbesserung und Erhaltung der psychosozialen Funktionsfähigkeit von Individuen, Familien und Gruppen – profiliert Klinische Sozialarbeit die Expertise in der psycho-sozialen Beratung, Behandlung und Prävention bei schweren Belastungen, Krisen und psychischen, sozio- und psychosomatischen sowie chronischen Erkrankungen. Wendt definiert im „Fachlexikon der Sozialen Arbeit“ (in Stimmer 2000) Klinische Sozialarbeit analog zum amerikanischen Fachterminus als die bei Krankheit, Behinderung oder psycho-sozialen Krisen erfolgende professionelle Sozialarbeit. Ihr Gegenstand sei die „Behandlung psycho-sozialer Stö-

7 Ursprünglich kommt der Begriff *klinisch* aus dem Griechischen *kline*. Die *kline* (Lager, Bett) diente zum Schlafen, seit dem 7./6. Jahrhundert (v. Chr.) in Griechenland, in Rom, später, auch zum Speisen. Der Bezug zur Behandlung von Kranken liegt in der krankheitsbedingten Bettlägerigkeit, der Kliniker ist derjenige, der den Kranken behandelt. Die im Deutschen naheliegende Assoziation mit dem Krankenhaus entspricht nicht dem üblichen Gebrauch des Begriffes in der Wissenschaft und der Heilkunde. Insbesondere im angelsächsischen und angloamerikanischen Sprachgebrauch steht der Begriff (clinical) in direktem Bezug zur therapeutischen Behandlung von Personen (direct practice), unabhängig davon, ob sie nun bettlägerig sind und in einem Krankenhaus behandelt werden oder ambulante Hilfen erhalten. Alle Disziplinen, die an der Behandlung beteiligt sind, sind in dem Zusammenhang *klinisch tätig*.

8 Nach Habermas (2001 a, 79 ff.) beruht klinisches (Be-)Handeln grundsätzlich auf dem moralischen Grundsatz eines nicht instrumentalisierenden Umgangs mit den behandelten Personen. Die klinische Einstellung schöpft ihre legitimierende Kraft aus dem Konsens mit dem Anderen, der Ja oder Nein dazu sagen kann. In Fällen wo dies aufgrund des Zustandes des Anderen nicht oder nur eingeschränkt möglich ist, z. B. bei Kleinkindern, psychisch kranken oder geistig beeinträchtigten Menschen, reicht auch die begründete Unterstellung eines möglichen Konsenses mit dem Betroffenen, der die Behandlung nach menschlichem Ermessen *bejahen würde*, wenn er dazu fähig wäre (dies wird in der Regel von dazu befugten ‚Vormündern‘ – Eltern, Partnern, Betreuern – stellvertretend artikuliert).

rungen und körperlicher Beeinträchtigungen mit dem Ziel der Heilung, Linderung und Besserung“. Behandlung ist hier in einem umfassenden Sinne psycho-sozialer Interventionsmöglichkeiten gemeint und ist nicht auf psychotherapeutische Methoden zu reduzieren.

Die vorliegende Schrift versteht *Klinische Sozialarbeit als integrierten professionellen Ansatz zur Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt*. Klinische Sozialarbeit ist spezialisiert beratende und behandelnde Soziale Arbeit in den Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens. Mittels einer Fülle von Hilfeformen sowie geeigneter Settings wendet Klinische Sozialarbeit in ihren jeweiligen fall- und situationsspezifischen Bezügen spezifische Methoden psycho-sozialer Diagnostik und Intervention an. Zu nennen sind insbesondere psycho-soziale Beratung, Krisenintervention, Soziale Therapie, soziale Psychotherapie, Soziale Unterstützung und aktive Hilfen in ambulanten und stationären Kontexten mit umgebungsbezogener Ressourcenaktivierung, klinisches Case-Management, psychoedukative Gruppenarbeit. Primäre Zielgruppe ist das Klientel in Multiproblemsituationen in den unterschiedlichsten Arbeitsfeldern. Zentrale Aufgabe Klinischer Sozialarbeit liegt in der professionellen Kompetenz, mittels wissenschaftlich fundierter Methoden notwendige Veränderungen der psycho-sozialen Lebenslage und Lebensweise zu erreichen: zusammen mit den Betroffenen, ihren Bezugspersonen und ihrem sozialen Netzwerk, beteiligten Institutionen und Professionen (vgl. z.B. Hahn 2010, Geissler-Piltz & Gerull 2009, Hahn & Pauls 2008, Gahleitner & Hahn 2008, Ortmann & Röh 2008, Schaub 2008, Pauls 2008, 2004, Mühlum & Pauls 2005, Brandell 1997, Dorfman 1996, Ortmann & Waller 2000, Reinicke 2001, Schmidt, Holländer & Hölzl 1995, Schwendter 2000, Sting & Zurhorst 2000, Turner 1979 u. 1995, Milne 1999).

Wie in anderen Disziplinen (z. B. der Klinischen Psychologie) gibt es unterschiedliche theoretische und methodische Ausrichtungen, die teils konkurrierende Verfahrensweisen und theoretische Grundausrichtungen in der Arbeit mit einem breiten Spektrum von Klienten und Patienten vertreten. Zum Spektrum des Klientels gehören Aidskranke und ihre Familien, Menschen nach körperlicher Misshandlung, sexuellem Missbrauch und anderen Traumatisierungen, psychisch Kranke und Menschen mit emotionalen Störungen, Drogen- und Alkoholabhängige, Gewaltopfer und Gewalttätern dissozial und kriminell Auffällige, chronisch körperlich Kranke, behinderte Menschen, Menschen mit familiären Problemen, in Entwicklungs- und situationsbezogenen Krisen. Immer stärker wird die Aufmerksamkeit auch auf ethnische und kulturell benachteiligte Menschen gerichtet. In Deutschland wirkt die Klinische Sozialarbeit im Rahmen von Versorgungsnetzwerken unterschiedlicher Dienstleistungssysteme in interdisziplinärer Kooperation an der psycho-sozialen Versorgung der Menschen mit, z. B.

- in der Kinder- und Jugendhilfe mit ihren zunehmenden Aufgaben an Schnittstellen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie wie auch zu den Schulen (u. a. intensive Einzelfallhilfe, Familienhilfe, Erziehungsbeistandschaft, sozialpädagogische Kinder- und Jugendlichenherapie bzw. Spieltherapie, Schulsozialarbeit);
- in der psycho-sozialen Beratung und Sozialen Therapie im Rahmen verschiedenster ambulanter Beratungseinrichtungen (insbesondere Erziehungsberatung, Familienberatung, Partner-, Familien- und Lebensberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung, Sexualberatung);
- in Kern- und in Vorfeldern der Psychiatrie;
- in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung;
- in Fach- und Akutkrankenhäusern;
- in Einrichtungen des Maßregelvollzuges und der Resozialisierung;
- in der gerontologischen Arbeit, in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie.

Klinische Sozialarbeiter arbeiten so mit einem hinsichtlich der Problemstellungen und Störungen i. d. R. wesentlich breiter aufgefächerten Klientel in unterschiedlicheren Settings als andere Sozial- und Gesundheitsberufe (Strean in Brandell 1997, IX). Es gibt wohl keinen Beruf im psycho-sozialen und psychiatrischen Bereich, der weiter gestreute Aufgabenstellungen und Funktionen in der Arbeit mit hilfebedürftigen Menschen erfüllt als den im klinischen Feld tätigen Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagogen. In Deutschlands Städten und Gemeinden würde die Versorgung der psychisch kranken Menschen sofort zum Erliegen kommen, wenn diese nur durch die zuständigen Ärzte oder Psychotherapeuten allein geleistet würde. Diese Patienten werden von Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialpädagoginnen in den unterschiedlichsten stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen betreut, beraten, begleitet und behandelt: in Wohnheimen, Übergangseinrichtungen, beruflichen Rehabilitationszentren, beruflichen Fortbildungszentren, Beratungsstellen, sozialpsychiatrischen Diensten, Tageskliniken, Gesundheitsämtern, im Allgemeinen Sozialen Dienst, in Jugendämtern, Justivollzugsanstalten und in Krankenhäusern.

Die Selbstverständlichkeit, mit der in den USA auch die Psychotherapie als Teilgebiet der clinical social work angesehen wird, wirft in Deutschland natürlich einige Fragen auf und lässt sich nicht einfach übertragen. Da psychotherapeutisches Bedingungs- und Handlungswissen vielfältig in psycho-soziale Beratung und Soziale Therapie einfließt, ist eine differenzierte Auseinandersetzung mit und eine sachgerechte Integration von psychotherapeutischen Ansätzen, Theorien und Methoden notwendig, um einer fatalen Fehlinterpretation von sozialarbeiterischer/sozialer Therapie und Beratung und ihrer Gleichsetzung mit einer „kleinen“ Psychotherapie zu begegnen. Klinische Sozialarbeit entwickelt einen eigenen sozialtherapeutischen Ansatz, der die Themen der sozialen Integration durch intensive Einbeziehung der Umgebung, soziale Netzwerkarbeit und durch professionelle Soziale Unterstützung in der direkten Beratungs- und Unterstützungs-

arbeit mit Klienten vor dem Hintergrund der Soziogenese von Belastungen, Störungen und Erkrankungen fokussiert. Es geht um Unterstützung der Klienten, die inneren und äußeren Bedingungsbeziehungen in ihrer Problematik zu verstehen, neue emotionale und kognitive Zusammenhänge sowie Verhaltensmöglichkeiten in der schwierigen Lebenssituation zu finden und zu erproben, auch um konkrete Hilfen, Unterstützung und Anleitung bei Situationsveränderungen und klinisches Case-Management (Fu Keung Wong 2006). Die Aufgabenstellungen liegen in der Hilfe in biopsychosozialen Notlagen, Reifungskrisen und Fehlentwicklungen in der Entwicklung von Individuen, Paaren, Familien- und Lebensgemeinschaften. Dies schließt die Diagnostik der körperlichen, seelischen und sozialen Mitverursachung von Störungen, die Klärung der Veränderungsmotivation und die Veranlassung geeigneter sozialtherapeutischer Maßnahmen oder auch die bedingte Anwendung psychotherapeutischer Methoden im Rahmen der Beratung bzw. Sozialintervention ein.

Schon Feinbier (1997) hat in seiner Monographie darauf hingewiesen, dass der zentrale Gegenstand Klinischer Sozialarbeit *gesundheitsrelevantes* abweichendes Verhalten ist, das durch psycho-soziale Problemlagen, sozialstrukturelle Lebensbedingungen mit ihren Ausgrenzungen und Benachteiligungen, psycho-soziale Defizitentwicklungen, Belastungen und Konflikte, körperliche und geistige Behinderungen verursacht und/oder aufrecht erhalten wird. Abweichendes Verhalten bezeichnet allerdings ein umfassendes und komplexes Konzept, das begrifflich schwer zu präzisieren ist. Simon (1995, 105) unterscheidet zwei Typen der Bewertung abweichender Phänomene: abweichende Phänomene, die von der Umgebung bzw. einem sozialen System als *nicht störend*, sowie abweichende Phänomene, die als *störend* bewertet werden. Menschen mit Problemen des ersten Typs sind mit hoher Wahrscheinlichkeit in medizinischen und klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Einrichtungen zu finden. Körperliche Erkrankungen, psychosomatische Beschwerden und neurotische Abweichungen des Erlebens beispielsweise sind zunächst einmal Privatangelegenheit: ihre Behandlung obliegt in der Regel der Initiative der Betroffenen selbst. Solange erfolgt auch keine Reaktion durch Einrichtungen der Sozialen Arbeit. Erst wenn weitere Folgen zu sozial störenden Effekten führen, können auch diese Abweichungen zu Phänomenen des zweiten Typs werden. Der Umgang mit abweichendem Verhalten, das als sozial störend bewertet wird, wird in der Klinischen Sozialarbeit grundsätzlich durch ein (sozial-)therapeutisches Verständnis fundiert.

Klinische Sozialarbeit versteht den prinzipiell doppelten Auftrag der Sozialarbeit von *Hilfe für den Einzelnen* und *Änderung der Lebensbedingungen bzw. Gesellschaft* nicht als dichotome Konzepte. Beides sind historisch gewachsene Aufgaben der Sozialen Arbeit: die Funktionsfähigkeit und psychosoziale Gesundheit von Individuen, Familien und Gruppen in ihrem unmittelbaren Umfeld zu fördern, und sich für eine Verbesserung der Le-

bensbedingungen einzusetzen. Gerade diese Schnittstellenarbeit im Lebensalltag der Menschen macht die Interventionskompetenz Klinischer Sozialarbeit aus. Weder die „innere“ psychologische Welt noch die „äußere“ Realität allein bilden ihr Feld, sondern der kritische Bereich, in dem „Inneres“ und „Äußeres“ aufeinandertreffen und zusammenwirken.

Hilfe für den Einzelnen
Soziale Arbeit
Änderung der Lebensbedingungen

Dies bedeutet eine Differenzierung und Abgrenzung zur klassischen Psychotherapie, die sich primär auf innerpsychische Störungen und Ressourcen bezieht. Die Betonung von Stärken und Ressourcen auf der Grundlage der Person-Umwelt Transaktionen unter Einbeziehung ökosystemischer Perspektiven kennzeichnen heute die theoretische Entwicklung (Wendt 1990; Meyer 1995; Germain & Gitterman 1996/1999). Mikro- und makrosystemische Interventionen erscheinen nicht mehr als krasser Gegensatz. Siporin (1985, 200 f., zn. Goldstein 1996, 100) stellte fest: „ecological systems perspective has evolved into a basic conceptual framework for our practice theories as well as for our behavior theories ... and we now have a viable, highly useful, and basic paradigm for social work, as well as for clinical practice“. Theoretische Konzeptionen wie Salutogenese, Soziale Unterstützung und Stress- bzw. Belastungsbewältigung in Verbindung mit erfahrungsorientierten Therapie- und Beratungskonzepten, aber auch moderne analytische Konzepte, bilden für diese Herausforderungen brauchbare theoretische und methodische Grundlagen.

1.3 Klinische Sozialarbeit und ihre Nachbargebiete

Der Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2001) zur psychischen Gesundheit leitete aus den Forschungsergebnissen zur Verschränkung biologischer, psychischer und sozialer Prozesse und Strukturen die dringende Notwendigkeit ab, die soziale Komponente in der Behandlung zu stärken. Psycho-soziale Gesundheit erweist sich als multidimensional und multiperspektivisch zu bestimmender Gegenstand, der eine *arbeitsteilige und interdisziplinäre* Praxis der Behandlung erfordert. Gerade die sozialen und psycho-sozialen Einflüsse werden sowohl als Krankheitsursachen als auch in ihrer Bedeutung als Krankheitsfolgen immer präziser nachweisbar. Jede Komponente der bio-psycho-sozialen Strukturen gehört dem Gesamtsystem an und beeinflusst die anderen Komponenten genauso, wie sie von ihnen beeinflusst wird. Soziale Effekte auf die Gesundheit werden mittlerweile durch eine beeindruckende Anzahl von Studien nachgewiesen, so dass eine bio-psycho-soziale Vulnerabilitäts-Stress Perspektive heute sehr weitge-