

Helmut Pauls

# Klinische Sozialarbeit

Grundlagen und Methoden  
psycho-sozialer Behandlung

3. Auflage

**BELTZ JUVENTA**

# Grundlagentexte Soziale Berufe

Helmut Pauls

# **Klinische Sozialarbeit**

Grundlagen und Methoden  
psycho-sozialer Behandlung

3. Auflage

**BELTZ** JUVENTA

## Der Autor

Helmut Pauls, Jg. 1952, Dr. phil., Dipl.-Psych. und Psych. Psychotherapeut ist Professor für Handlungslehre der Sozialen Arbeit und Psychologie an der Hochschule Coburg.

Er entwickelte den ersten deutschen Masterstudiengang in Klinischer Sozialarbeit, der heute von der Hochschule Coburg in Zusammenarbeit mit der Alice Salomon Hochschule Berlin und internationalen Kooperationspartnern durchgeführt wird. Von 1994 bis 2007 leitete er das „IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit“, Wissenschaftliche Einrichtung an der Hochschule Coburg.

## Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage 2004
- 2., überarbeitete Auflage 2011
3. Auflage 2013

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2004 Juventa Verlag Weinheim und München

© 2013 Beltz Juventa · Weinheim und Basel

[www.beltz.de](http://www.beltz.de) · [www.juventa.de](http://www.juventa.de)

Druck und Bindung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

Printed in Germany

ISBN 978-3-7799-1966-7

# Vorwort zur zweiten Auflage

Die Klinische Sozialarbeit hat seit der Erstauflage dieses Buches im deutschsprachigen Raum eine erfreuliche Entwicklung genommen. An Hochschulen, in der Berufspraxis, bei Trägern und Einrichtungen, im Rahmen von Veröffentlichungen und Forschungsprojekten und auch auf verbandlicher und institutioneller Ebene gibt es inzwischen viele Fachkräfte, die sich mit dieser Fachsozialarbeit befassen und sie vertreten. Der seit 2001 an der Hochschule Coburg laufende berufsbegleitende Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit, der seit 2003 in Kooperation mit der Alice Salomon Hochschule Berlin durchgeführt und weiter entwickelt wird, steht inzwischen in einer Reihe von vergleichbaren Studiengängen in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Auch Bachelor-Profile wenden sich klinischen Spezialisierungen zu. Auch in konsekutiven Masterstudiengängen hat die Klinische Sozialarbeit Fuß gefasst, so z. B. als Vertiefung im konsekutiven Masterstudiengang Soziale Arbeit in Coburg.

Diese erfreulichen Entwicklungen der Klinischen Sozialarbeit dürfen aber nicht darüber hinweg täuschen, dass der Weg der Profession nach wie vor auch mühsam und offen ist. Die Bemühungen um die Weiterentwicklung unterlagen in den vergangenen Jahren immer wieder einem situationsbedingten Ungleichgewicht, in dem die professionsbezogenen Aspekte der Auseinandersetzungen die fachliche Entwicklung in den Hintergrund zu drängen drohten.

Auch in dieser zweiten überarbeiteten und ergänzten Auflage konzentriere ich mich konsequent auf die inhaltliche Entwicklung in Theorie und Methodik. Im Fokus der Überarbeitung standen eine teilweise Neustrukturierung des Textes, die Aktualisierung der Fachliteratur sowie zahlreiche inhaltliche Ergänzungen und Veränderungen. Unter anderen betreffen diese Überarbeitungen die Themenbereiche der Geschichte der Klinischen Sozialarbeit, der bio-psycho-sozialen Integration, der Dimensionen psychosozialer Beratung und Behandlung (Setting und Aufgabenorientierung), der psychosozialen Diagnostik (Ergänzungen und Neustrukturierung des Kapitels), der psychosozialen Beratung (Erweiterung um bestimmte Ansätze), der Sozialen Therapie (spezifische Erweiterungen), der Rolle der Psychotherapie (u. a. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie).

Auch anlässlich dieser zweiten Auflage bin ich dankbar für die Unterstützung meiner Freunde, Kollegen, Mitarbeiter und Studierenden. Besonders danke ich Michael Reicherts, Brigitte Geissler-Piltz, Silke Gahleitner, Peter Dentler, Günter Zurhorst, Gernot Hahn, Uwe Klein, Frederik Mac-Donald, Wolfgang Rutz, Manfred Oster. Dieter Henning danke ich für bereichernde Gespräche „über den Horizont hinaus“. Den Studierenden an der Hochschu-

le Coburg und der Alice Salomon Hochschule Berlin, die in meinen Seminaren engagiert mitgearbeitet haben und durch kritische Diskussionen zur Weiterentwicklung trieben und im Rahmen der Klinischen Sozialarbeit ihre Master-, Diplom- oder Bachelorarbeiten geschrieben haben, danke ich ebenfalls sehr. Immer wieder habe ich mich in dieser Neuauflage auch auf die Ergebnisse dieser Forschungsprojekte und Beiträge stützen können.

Coburg, im Oktober 2010  
Helmut Pauls

# Inhalt

<b>1. Unterwegs zur klinischen Fachsozialarbeit</b> .....	11
1.1 Zur Geschichte der Klinischen Sozialarbeit .....	12
1.2 Gegenstandsbestimmung .....	16
1.3 Klinische Sozialarbeit und ihre Nachbargebiete .....	20
1.4 Klinische Sozialarbeiterinnen als wissenschaftlich fundierte Praktiker .....	25
<b>2. Theoretische Grundlagen: die bio-psycho-soziale Perspektive</b> .....	32
2.1 Bio-psycho-soziale Zusammenhänge .....	32
2.1.1 Biologische Perspektive und psycho-soziale Personalität .....	35
2.1.2 Neuroplastizität und Epigenetik – soziale Erfahrung verändert die Biologie .....	43
2.1.3 Soziale Bindungserfahrung und ihre biologischen Auswirkungen .....	49
2.2 Die Person im Lebenslauf und die sozialbedingte Entwicklung des Selbst .....	56
2.3 Person-in-Environment – Person-in-Situation .....	64
2.4 Belastung/Stress und Soziale Unterstützung .....	72
2.4.1 Soziale Unterstützung als Stressmoderator .....	80
2.5 Gesundheit und Krankheit .....	89
2.5.1 Abgrenzungen: bio-medizinisches und psycho-soziales Denken .....	94
2.5.2 Merkmale eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells .....	97
2.5.3 Salutogenese .....	102
2.6 Ein integratives bio-psycho-soziales Modell der Bewältigung von Belastungen .....	108
2.7 Überlegungen zu einer Sozial-Pathologie .....	117
<b>3. Therapeutische Grundrichtungen psycho-sozialer Fallarbeit</b> .....	124
3.1 Zur Rolle der Psychotherapie im Spannungsfeld psycho-sozialer Beratung und Intervention .....	124
3.1.1 Zur Bedeutung Klinischer Sozialarbeit für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie .....	134
3.2 Schulenübergreifende Perspektiven und ein allgemeines Modell .....	135
3.3 Unspezifische Wirkfaktoren .....	147
3.4 Therapeutische Grundrichtungen .....	153
3.4.1 Die tiefenpsychologische Perspektive .....	153
3.4.2 Die verhaltenstherapeutische Perspektive .....	163
3.4.3 Die erfahrungsorientierte (humanistische) Perspektive .....	171

<b>4. Psycho-soziale Behandlung</b> .....	177
4.1 Bestimmungsstücke psycho-sozialer Beratung und Intervention ...	177
4.1.1 Allgemeine Definition klinisch-sozialarbeiterischer Beratung und Behandlung .....	182
4.1.2 Setting, Beziehung und Aufgabebearbeitung.....	183
4.1.3 Grundformen psycho-sozialer Intervention .....	191
4.2 Psycho-soziale Diagnostik.....	198
4.2.1 Formen klinischer Diagnostik.....	203
4.2.2 Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik .....	205
4.2.3 Ebenen der Abklärung und diagnostische Schlüsselfragen...	211
4.2.4 Situationsorientierte Belastungsdiagnostik .....	215
4.2.5 Netzwerk- und familienorientierte Diagnostik .....	220
4.2.6 Zielbestimmung und Zielerreichung: die Zielerreichungsanalyse.....	226
4.2.7 Klassifikation von Störungen.....	230
4.2.8 Befund und Diagnose im Rahmen des „Contracting“ .....	242
4.2.9 Zusammenfassung: Psycho-soziale Mehrebenen- Diagnostik im Überblick.....	252
4.3 Psycho-soziale Beratung .....	255
4.3.1 Spezielle Aspekte und Inhalte der Beratung .....	262
4.3.2 Der Personorientierte Ansatz nach Carl R. Rogers .....	266
4.3.3 Das Emotionsfokussierte Konzept.....	276
4.3.4 Die systemisch-familientherapeutische Beratung .....	281
4.4 Soziale Therapie .....	290
4.4.1 Situations- und regelorientierte sozialtherapeutische Intervention.....	299
4.4.2 Sozialtherapeutische Behandlung psychisch Kranker .....	301
4.4.3 Klientenzentrierte Sozialtherapie .....	307
4.4.4 Verhaltenstherapeutische Sozialtherapie .....	311
4.4.5 Anmerkung zur Pharmakotherapie .....	315
4.5 Soziale Unterstützung, Netzwerkarbeit, klinisches Case-Management .....	316
4.6 Psycho-soziale Rehabilitation.....	327
4.6.1 Rehabilitation in Arbeit und Beruf .....	329
4.6.2 Medizinische und Soziale Rehabilitation.....	330
4.6.3 Der gemeindepsychiatrische Verbund .....	333
4.6.4 Neuere Entwicklungen.....	336
4.6.5 Anhörigenarbeit und Psychoedukation .....	338
4.6.6 Klinische Sozialarbeit im Krankenhaus.....	344
4.7 Krisenintervention .....	349
4.8 Hilfen bei Suizidalität.....	360
4.9 Veränderungsfördernde und -hemmende Faktoren .....	366

<b>5. Ein erfahrungsorientiertes Konzept klinischer Fallarbeit .....</b>	<b>370</b>
5.1 Kontakt und Beziehung eingehen.....	370
5.2 Aufbau eines strukturgebenden Behandlungssettings, Involvierung, Diagnostik und ggf. Krisenintervention.....	372
5.3 Kompetenzförderung und Ressourcenaktivierung .....	375
5.4 Aktive Hilfe geben, erste Erfolge erreichen .....	376
5.5 Ermöglichung emotionaler Entlastung im Rahmen der helfenden Beziehung .....	376
5.6 Würde achten und Selbstwert fördern; Respekt .....	379
5.7 Verstehend-erklärender Umgang mit Symptomen .....	380
5.8 Aktivierung und Rücknahme sozialer Unterstützung.....	381
5.9 Ablösung .....	382
 <b>Abschließende Bemerkung .....</b>	 <b>383</b>
 Literatur.....	 385
Sachregister .....	413
Personenregister .....	419



---

# 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.<sup>1</sup> Sie ist notwendiger denn je, hat sie doch die Aufgabe,

---

<sup>1</sup> 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 Klienten<sup>2</sup> die Profession mit spezifischeren Anforderungen an Wissen und methodischer Kompetenz<sup>3</sup>. 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 Intervention<sup>4</sup>. 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 vorangetrieben<sup>5</sup>, 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](http://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 Sozialarbeit<sup>6</sup> 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“<sup>7</sup> 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 erfolgt<sup>8</sup>. 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 Jugendlichen-therapie 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 psycho-soziale 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-

hend als disziplinübergreifende Grundlage akzeptiert ist (Sommerfeld, Calzaferrri & Hollstein 2008, Fu Keung Wong 2006, vgl. auch Siegrist 1996, Bosma, Perter, Siegrist & Marmot 1998, Schulte 1998, Barlow & Durand 1998, Cockerham 1992, Weiss 1993). Folgerichtig fordert die WHO international die Einbeziehung der sozialen Komponente in die *primäre* Gesundheitsversorgung, verbunden mit einer Offensive der Ausbildung von Fachkräften in bisher nicht gesundheitsspezifisch profilierten Disziplinen. Ob die Klinische Sozialarbeit (und damit die Soziale Arbeit überhaupt) eine wirklich nennenswerte Chance im Gesundheitswesen bekommt, ist allerdings nicht ausgemacht (Ortmann & Waller 2005; Franzkowiak 2006; Dehmel & Ortmann 2006). Denn hier bewegt sich die Soziale Arbeit „in einem Spannungsfeld zwischen wertgeschätzter Expertise und untergeordneter Hilfsfunktion. Damit wird das Potential zur Bearbeitung der sozialen Dimension nicht ausgeschöpft.“ (Sommerfeld, Hollenstein & Krebs 2008, 9)

Die „Nachbargebiete“ mit denen Klinische Sozialarbeit in diesem Sinne zu kooperieren – und teils auch zu konkurrieren – hat, sind unter verschiedenen Perspektiven betrachtbar: als wissenschaftliche Disziplinen, als Berufe und als Dienstleistungssysteme. Die Soziale Arbeit erbringt ihre Dienstleistungen – bisher auch die Mehrzahl ihrer klinischen Dienstleistungen – im System der Wohlfahrtspflege und bisher nur zum geringeren Teil im Gesundheitssystem, das durch die Medizin geprägt ist. Hier spielt sie nach wie vor eher eine randständige Rolle (Geissler-Piltz & Gerull 2009). Im Bereich der Krankenhaussozialarbeit wird sie in der Regel der Verwaltung zugeordnet. Im ambulanten Bereich des vom SGB V geprägten Gesundheitswesens fanden wir bisher überhaupt keine Sozialarbeiter (Crefeld 2000). Neben berufspolitischen und historischen Gründen spielt hierbei das Verständnis von Gesundheit und Krankheit in unserem Gesundheitswesen und in der Gesellschaft eine Rolle, in dem die Bedeutung und Komplexität der sozialen Dimension systematisch und erheblich *unterschätzt* wird (Sommerfeld, Hollenstein & Krebs ebd.). Auch die unbefriedigende eigene Profilierung durch spezialisierende Ausbildung ist nicht zu vergessen. In der Gesundheitsversorgung werden heute berufliche Standards erwartet, die in der Regel über eine standardisierte Berufsausbildung hinaus eine geregelte Weiterbildung zu spezialisierten Berufsbildern (z.B. Fachkrankenpflege für Psychiatrie, Intensivmedizin, Kardiologie usw.) erfordern. Solange dies in der Sozialarbeit fehle, und ein großer Unterschied zu den anderen Disziplinen innerhalb des Gesundheitswesens bestehe, so Crefeld (ebd.), würden Gesetzgeber und Sozialleistungsträger die Behandlungsverantwortung auch für sozialtherapeutische Behandlung weiterhin beim Arzt verorten. Von dem Gesichtspunkt der Dienstleistungssysteme aus ist es dringend notwendig, für die Klinische Sozialarbeit auf eine heilberufsrechtliche Regelung<sup>9</sup> hinzuuarbei-

---

9 Nach Art. 74 Punkt 19 Grundgesetz ist „die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe“ Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung. Wenn von einem Beruf angenommen wird, dass er eine besondere Bedeutung für die

ten. Sie hätte zum Vorteil, dass die Ausbildungsinhalte und Prüfungen vom Gesetzgeber geregelt würden und mit dem Erwerb der Berufsbezeichnung verbindlich definierte Kompetenzen erworben würden.

Die folgende Übersicht stellt die Klinische Sozialarbeit neben die wichtigsten klinisch orientierten akademischen Nachbardisziplinen.

**Klinische Sozialarbeit und ihre Nachbargebiete.  
Definitionen und berufspolitische Bezeichnungen**

	<b>Definition/Gegenstandsbereich</b>
<b>Klinische Sozialarbeit</b>	Teildisziplin der Sozialen Arbeit, die sich mit psycho-sozialen Störungen und den sozialen Aspekten psychischer und somatischer Störungen/Krankheiten und Behinderungen unter Berücksichtigung der Lebenslage der Betroffenen befasst. Gegenstand sind u. a. die Themen psycho-soziale Diagnostik/Assessment, psycho-soziale Beratung, Sozialtherapie, aufsuchende soziale Intervention, Betreuung, Case-Management, Prävention und Rehabilitation, gemeindenaher Versorgung und Sozialraumorientierung.
<b>Klinische Psychologie</b>	Teildisziplin der Psychologie, die sich mit psychischen Störungen u. psychischen Aspekten somatischer Erkrankungen befasst. Dazu gehören die Themen Ätiologie, Deskription und Klassifikation, Diagnostik, Behandlung: Prävention, Psychotherapie, Rehabilitation, Gesundheitsversorgung, Evaluation (Baumann & Perrez, 2005).
<b>Psychotherapie</b>	Interdisziplinäres Forschungs- und Praxisfeld sowie Berufsbild, das sich mit der psychologischen Behandlung (mit dem methodischen Ansatzpunkt im Erleben und Verhalten) von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sowie der Behandlung von psychischen Folgen körperlicher Erkrankungen und Behinderungen befasst. Psychotherapie als weitgehend klinisch-psychologischer Interventionsform befasst sich u. a. mit Themen wie Diagnostik, Klassifikation, Intervention, Prävention und Rehabilitation.
<b>Psychiatrie</b>	Teildisziplin der Medizin, die sich – mit in der Regel biologisch-somatischer Akzentuierung – mit psychischen Krankheiten befasst. Gegenstand sind u. a. die Themen Ätiologie, Deskription und Klassifikation, Diagnostik, Epidemiologie, Behandlung (Baumann & Perrez ebd.).
<b>Gesundheitswissenschaft</b>	Interdisziplinäres Forschungs- und Praxisfeld zur Verbesserung der Gesundheit (Krankheitsverhütung, Lebensverlängerung, Förderung des Wohlbefindens) mittels gemeindebezogener Maßnahmen bzw. mittels Beeinflussung des Gesundheitssystems (Margraf, 1995).

---

Gesundheitsversorgung hat, regelt der Gesetzgeber Ausbildungsinhalte und Prüfungen als Voraussetzungen für die Führung der Berufsbezeichnung. In diesem Sinne Heilberufe sind u. a. der Arztberuf, die Pflegeberufe, der Ergotherapeut, die Physiotherapie, die beiden psychotherapeutischen Berufe und etwa zehn weitere Berufsbilder. Die Berufsbezeichnung Sozialarbeiter ist demgegenüber ungeschützt (Crefeld, 2000, S. 2).

<b>Pflegewissenschaft</b>	In Deutschland junge akademische Disziplin <sup>10</sup> mit breitem Themengebiet, u. a. medizinische, psychologische u. soziale Grundlagen der Pflegediagnostik, -behandlung, Notfallbeurteilung und -intervention, Pflegemanagement (vgl. Brandenburg & Dorschner 2008).
<b>Medizinische Soziologie</b>	Teildisziplin der Soziologie, die sich mit sozialen Ursachen und Folgen von Gesundheit und Krankheit und dem gesundheitsbezogenen Lebensstil der Bevölkerung befasst. Sie erforscht u. a. Fragen der Gesundheit und Krankheit, die sozialen Funktionen von Gesundheitsinstitutionen, die Beziehung zwischen Gesundheitssystem und anderen sozialen Systemen, das soziale Verhalten von Mitarbeitern des Gesundheitswesens und der Empfänger von Gesundheitsleistungen (vgl. Cockerham, 1992).

Wie auch die Klinische Sozialarbeit gewinnen andere klinische Professionen ihre spezielle berufliche Kompetenz aufgrund einer fachlichen Differenzierung vor dem Hintergrund ihrer allgemeinen wissenschaftlichen Disziplin. In der Klinischen Psychologie, die seit Jahrzehnten in der ganzen Welt ein anerkanntes Fachgebiet innerhalb der Psychologie darstellt, geht beispielsweise die Anwendung des Begriffes klinisch bis in das 19. Jahrhundert zurück. Klinische Psychologie ist nach Pongratz (1973) auf die „sozialbedingten und sozialrelevanten *Störungen* des psychischen Lebens und deren Modifikation in Forschung, Lehre und Praxis“ bezogen, unabhängig davon, ob die klinisch-psychologischen Tätigkeiten ambulant oder stationär erbracht werden. Die praktischen Aufgaben der Klinischen Psychologie sind psychologische Diagnostik, psychologische Therapie und Prophylaxe. Schraml und Baumann (1970) haben den Gegenstand der Klinischen Psychologie vor mehr als dreißig Jahren breit konzipiert und verstanden darunter die Anwendung des Wissens, der Techniken und Methoden psychologischer Grundlagenfächer und der Nachbardisziplinen (Tiefenpsychologie, Soziologie, *Sozialpädagogik* und Sozialpsychiatrie) „*im breiten klinischen Felde von der Beratungsstelle über Heilerziehungsheime bis zu Krankenhäusern*“ (21, Hervorh. durch Verf.). Hier ist erkennbar, dass die Klinische Psychologie wenig Probleme hatte, sich Aufgabenstellungen anzueignen, die *auch* in die Zuständigkeit der (klinisch orientierten) Sozialarbeit fallen.

Klinische Sozialarbeit setzt im Vergleich zur Klinischen Psychologie an der sozialen Perspektive an, bspw. an der Erhöhung des Unterstützungspotentials innerhalb der privaten und der professionellen sozialen Netzwerke der Klienten, durch Vernetzung und Kooperation (z. B. zwischen Jugendhilfeeinrichtung, jugendpsychiatrischer Tagesstätte und Schule), durch direkte Alltagsunterstützung (z. B. durch psycho-soziale Beratung und Therapie, Hilfen zur Erziehung, materielle Hilfen, direkte begleitend-betreuende Hilfestellungen

---

10 Sie kann in einer Vielzahl europäischer und nordamerikanischer Länder auf eine inzwischen etwa einhundertjährige Tradition der Akademisierung verweisen.

etc.) und durch Kompensation defizitärer sozialstruktureller Situationsmerkmale (z.B. Veränderung des Aufenthaltes, Einführung eines Erziehungsstandes), ggf. durch direkte Unterstützung und Moderation bei Lebensereignissen und Situationen im Feld (aufsuchend: z.B. Schule, Arbeitsplatz, Nachbarschaft). Doch ohne die Förderung der Fähigkeit der Klienten, soziale Unterstützung richtig einzuschätzen und anzunehmen, ohne eine hinreichende Förderung der Coping-Fertigkeiten und ohne eine entsprechende Verbesserung der Hoffnungslosigkeit und negativen Selbsteinschätzung, kann es durch keine dieser Interventionen positive Veränderungen geben. Die hierfür notwendige psycho-soziale Expertise beinhaltet Wissen über das Leben und die Entwicklung von Menschen, über Regeln und Strategien des Vorgehens gegenüber Belastungen und die praktische Kompetenz, dies in der Begegnung mit Klienten und ihrer Umwelt anzuwenden. Dazu gehört besonders die Kompetenz, Kontexte zu beeinflussen. Hier wird deutlich, dass die psycho-soziale Fallarbeit im Sinne professionseigener Akzentuierung des Sozialen eben beide Dimensionen, die soziale und die psychische, einbeziehen muss, wie umgekehrt die Klinische Psychologie dies unter Akzentuierung der psychologischen Dimension tut.

Die Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit und die psycho-sozialen Aufgaben im Gesundheitswesen erfordern qualifizierte interdisziplinäre Kooperation. Rahn (2001) betont die Notwendigkeit der multiprofessionellen Zusammenarbeit in der Psychiatrie: „Angesichts einer zunehmenden Differenzierung der psychiatrischen Versorgung bekommt die Kooperation auch über die Grenzen der Institution hinaus eine zunehmende Bedeutung. Kooperation ist die Grundlage des Informationsaustausches und dient dazu, die einzelnen Helfer in eine optimale Position zu bringen. Das setzt aber eine Fähigkeit zur Kooperation voraus, die keinesfalls selbstverständlich ist. Oft fehlen die strukturellen Voraussetzungen für die Kooperation, der Umgang miteinander ist oft eben nicht durch gegenseitigen Respekt und Achtung gekennzeichnet oder persönlicher und institutioneller Egoismus steht einer Kooperation im Weg.“ (ebd., 26)

Psycho-soziale Behandlung ist nicht sichere Domäne einer Berufsgruppe. Genauso wie bspw. Klinische Psychologen oder Fachpflegekräfte sozialarbeiterische Tätigkeitsmerkmale beanspruchen, kann und muss die Soziale Arbeit gesundheitsorientierte Aufgabenstellungen und Tätigkeiten gegenüber anderen Berufen beanspruchen. Ihre spezifischen klinischen Kompetenzen liegen dabei in der Arbeit mit besonders schwierigen, „hard-to-reach“ Patienten und Klienten, die meist mit chronischen Belastungen und Erkrankungen oder Behinderungen in „Multiproblemsituationen“ leben (Labonté-Roset, Hoefert & Cornel 2010; Pauls 2010).

## 1.4 Klinische Sozialarbeiterinnen als wissenschaftlich fundierte Praktiker

Eigenständige sozialarbeiterische Forschung im klinischen Kontext steckt nach wie vor noch in den Kinderschuhen, auch wenn es eine Reihe von interessanten – teils auch interdisziplinär angelegten – Projekten gibt (vgl. z. B. Geissler-Piltz & Gerull 2009, Hedtke-Becker et al. 2000, Schaub et al. 1997, Schaub 2008, Ortmann & Waller 2000). Relevant ist auch die Auswertung sektorenbezogener empirischer Studien aus dem Gesundheitsbereich, wie z. B. die großen Jugendhilfestudien (Mannheimer Jugend Risikokinderstudie, Laucht et al. 2000; JES – Jugendhilfeeffectteststudie, Schmidt et al. 2003; EVAS + WOS, Macsenaere 2007; BELLA-Studie, Ravens-Sieberer et al. 2007; vgl. Pauls 2008). Wissenschaftliche Basis Klinischer Sozialarbeit ist eine pragmatische Integration von Bedingungs- und Änderungswissen aus verschiedenen Grundlagenfächern. Ihre empirischen Grundlagen, ihre pragmatischen Beratungs- und Interventionsmodelle, beruhen zu einem wichtigen Teil auf Forschungsarbeit, die in anderen sozial- und humanwissenschaftlichen Disziplinen erbracht wurde. Der berechtigte Anspruch des Unterwegs-Seins zu einer eigenständigen Sozialarbeitswissenschaft (Merten et al. 1996, Merten 1996, Mühlum 1994, 2001) intendiert die Emanzipation von Forschung und Theorien dieser Bezugsdisziplinen. Die Entwicklung von „Fachsozialarbeiten“ ist auf diesem Weg wohl nicht unwichtig: Die clinical social work in den USA gab Anstöße für die Entwicklung einer weitergehenden empirischen Fundierung der Praxis (Goldstein 1980, 1996), wobei sie mit klinischen Forschungsmethoden arbeitet, die z. B. in der Psychotherapieforschung angewandt werden. Maguire (2002) weist auf die Bedeutung der Entwicklung eigener Forschungsprogramme hin, da die Fragen von fortgeschrittenen Interventionsmethoden und ihrer Effektivität bisher zu sehr von anderen Professionen untersucht wurden – mit unerwünschten Konsequenzen: „As any researcher knows, the way the question is asked defines and limits the response range; so by leaving this research in the hands of non-social workers, we have not only been left with some useless data, but we have passively colluded in allowing our questions and concerns to be redefined and altered to meet the needs of those who know nothing about current clinical social work practice.“ (Maguire 2002, 9)

Zentrale psycho-soziale Forschungsfragen Klinischer Sozialarbeit betreffen die Person-in-ihrer-Umwelt (*person in environment*). Sie stehen in der Regel im Rahmen folgender übergeordneter Themenstellungen:

- Soziogenese von Krisen, Störungen und Erkrankungen;
- Bewältigung von Belastungen, Störungen und Erkrankungen;
- Bedeutung des sozialen Netzwerkes und der sozialen und sozialprofessionellen Unterstützung;

- psycho-sozialen Interventions- bzw. (Be-)Handlungsmethoden (Beratung, Soziale Therapie, Begleitung mit besonderem Bezug zur Einbeziehung des sozialen Kontextes).

Für eine praxisbezogene Forschung benötigt die Klinische Sozialarbeit klinische Settings in Kooperation mit Hochschulen. Sozialarbeiterische Praxiseinrichtungen allein können in der Regel mangels Ressourcen keine qualifizierte empirische Forschung leisten (mit Kontrollgruppen, Randomisierung, Bedingungsvariation etc.). Bei aller kritischen Betrachtung des bisherigen Standes ist zu würdigen (und dies sei insbesondere auch den Nachbardisziplinen Medizin und Psychologie gesagt), dass die methodologischen Herausforderungen an klinische Sozialarbeitsforschung aufgrund ihres komplexen Gegenstandsbereiches enorm sind.

Neben der „sinnverstehenden“ phänomenologisch-hermeneutischen Perspektive mit ihren primär qualitativen Vorgehensweisen (vgl. Dörr 2002, Schaub 2008), die in der Sozialen Arbeit sehr verbreitet ist, der systemischen und der tiefenpsychologischen Perspektive, finden wir in der Klinischen Sozialarbeit den empirischen Ansatz vertreten, der quantitativer Forschung verpflichtet ist.<sup>11</sup> Der synoptisch-eklektische Praktiker ist insbesondere in der *clinical social work* in den USA in den vergangenen Jahren positiv definiert worden. Er ist nicht einem einzigen Ansatz oder einer einzigen Theorie verbunden, sondern verwendet Modelle und Theorien, die einer gegebenen Aufgabenstellung am besten entsprechen. Weiterhin wendet er Techniken an, die sich in der empirischen Forschung als effektiv und effizient erwiesen haben. „Systematic eclecticism is thus most demanding, requiring the practitioner to keep abreast of emerging theories and findings. In our judgement, this approach to practice hold the highest promise of being efficacious with a broad range of clients and problems.“ (Hepworth & Larson 1993, 17 f.) In diesem Sinne *wissenschaftlich fundierte PraktikerInnen* sind durch folgende Merkmale bzw. Fähigkeiten gekennzeichnet:

- die Fähigkeit, nach wissenschaftlichen Kriterien entwickelte und begründete Methoden (in Diagnostik und Intervention) anzuwenden, auch bei der praktischen Arbeit im Einzelfall;
- die Fähigkeit, im Praxisfeld Hypothesen zu entwickeln und Daten zu gewinnen, die im Rahmen von Praxisforschung wieder in den Wissenschaftsprozess einfließen;
- die Fähigkeit, empirische Forschungsergebnisse auf die praktische Arbeit zu beziehen;
- die Fähigkeit, zugleich sich selbst, die eigene Person als Bestandteil der Praxis zu reflektieren und einzubringen.

---

11 Hier sei auf die Forschungsorientierung von Carl Rogers verwiesen, der in seinen Forschungsprogrammen dem phänomenologischen und dem empirischen Paradigma Geltung gab.

Reichert (2002) bringt diese Konzeption auf die Formel „Praxis schafft Wissen und Wissen schafft Praxis“. Nach Reichert (im Anschluss an Bunge) lassen sich verschiedene grundlegende Wissensarten unterscheiden:

*Tatsachenwissen* (Know What) ist sozusagen die „einfachste“ Wissensart, es bezieht sich auf einzelne Tatsachen und Tatbestände (die durch eine objektive bzw. intersubjektive Prozedur ermittelt sind). Tatsachenwissen wird durch singuläre Aussagen ausgedrückt. Singuläre Aussagen beschreiben Sachverhalte, die nur eine beschränkte zeit- und raumbezogene Gültigkeit haben. Es bezieht sich auf umschriebene Merkmale einer bestimmten Population oder eines bestimmten Individuums bzw. Einzelfalles, zu einem bestimmten Zeitpunkt (es enthält keine raum-zeitliche Generalisierung). Beispiele: – ‚Der Klient X hat ein kritisches Lebensereignis (Kündigung) zum Zeitpunkt (T) erlebt.‘ – Die Prävalenz einer Störung X (z. B. Essstörung) in der Population Y (Mädchen zwischen 13 und 18 Jahren) zum Zeitpunkt T (2005) ist Z% (20%). – Ein großer Teil der PatientInnen ist bei Eintritt in unsere Einrichtung „demoralisiert“ (orthopädische Rehabilitationsklinik). – 50% der männlichen Kinder unserer Beratungsstelle zeigen Störungen des Sozialverhaltens. Dieses Tatsachenwissen liegt weder im Einzelfall noch in Bezug auf eine Population einfach vor, sondern muss auch durch methodische Erhebungen gewonnen werden.

*Nomologisches Wissen*<sup>12</sup> (Know Why) beschreibt Beziehungen zwischen Variablen und zielt nicht nur auf die Beschreibung von Tatsachen, sondern auf die wissenschaftliche *Erklärung und Vorhersage* von Ereignissen. Es wird in Aussagen in Form von ‚Gesetzen‘ oder ‚Regeln‘ ausgedrückt, wie z. B. ‚Wenn A, dann B‘ oder ‚Je mehr A, umso mehr B‘. Beispiele: – Wenn unkontrollierbare negative Erfahrungen (A), dann (mit der Wahrscheinlichkeit p) erlernte Hilflosigkeit (B). – Wenn Erfahrung eines alkoholkranken Elternteils in der eigenen Kindheit und Jugend (A), dann steigt (mit der Wahrscheinlichkeit p) die eigene Alkoholgefährdung (B). – Wenn sexueller Missbrauch (A), dann (mit der Wahrscheinlichkeit p) posttraumatische Belastungsstörung. Dieses Wissen basiert auf Theorien und Forschungsergebnissen, die durch komplexere Untersuchungsanordnungen, Experimente oder Quasi-Experimente und Feldstudien geprüft werden.

*Nomopragmatisches Wissen* (Know How, auch technologisches Wissen genannt) bezieht sich auf Veränderungen durch methodisches Handeln. Es geht um Ziele und ihre Erreichung und die bei der Intervention dazu notwendigen und einzusetzen Mittel (Methoden). Es beschreibt Aktionen (A) und die Effekte, die diese herbeiführen (E), wenn bestimmte Bedingungen (C) gegeben sind. Das Motto ist: ‚Um einen Effekt (E) zu erreichen, tue A, wenn Bedingung C gegeben ist!‘ Beispiel: – ‚Um die Bereitschaft zur

---

12 Nomologische Aussagen = allgemeine, gesetzesartige wissenschaftliche Prinzipien bzw. Erkenntnisse.

Selbstexploration (E) zu erhöhen, sprich das Erleben in wertschätzender Weise an (A), sofern die Problematik in einer Inkongruenz zwischen Selbstbild und Erfahrungen der Person (C) besteht.' – ‚Um die Widerstandsfähigkeit Jugendlicher gegen Suchtgefahren zu erhöhen (E), fördere die Erfahrung der Selbstwirksamkeit durch Übertragung von Verantwortung (A) im Rahmen eines Gruppenprojektes. – Um Selbstgefährdung eines Klienten zu verhindern (E), veranlasse psychiatrische Unterbringung (A), wenn Klient/-in nicht in der Lage ist, für sich selbst zu handeln (C-1) und keine Soz. Unterstützer hinzugezogen werden können (C-2). Dieses Wissen wird fundiert durch Ergebnis- und Prozessforschung.

*Konzeptwissen* (Know What It Means) bezieht sich auf die Repräsentation (Abbildung, Erfassung) von Phänomenen der Realität mittels wissenschaftlicher Definitionen bzw. auf die Beziehung eines Konzeptes zu anderen Konzepten und die Kriterien seiner Anwendung (Operationalisierung). Beispiele: – Die (operationale) Definition von Konzepten wie ‚positive instrumentelle Verstärkung‘ oder ‚Erlernte Hilflosigkeit‘, – die Konzepte oder diagnostischen Kategorien von Störungen, wie z. B. eine ‚major depression, aktuelle Episode‘ oder ‚Panikstörung mit Agoraphobie‘ nach DSM IV .“

Als angewandte Disziplin – Crefeld (2002) bezeichnet sie als „Praxeologie“ – steht die Klinische Sozialarbeit vor einer enormen Komplexität der Bedingungen und Folgen praktischer psycho-sozialer Interventionen. Deshalb benötigen klinisch tätige Sozialarbeiter neben der fundierten wissenschaftlichen und methodischen Ausbildung pragmatische Offenheit für eigene Erfahrung und Intuition. Praxiskompetenz ergibt sich nicht unmittelbar aus der direkten Anwendung von Theorien: in der Praxis kommt das nomo-pragmatische Wissen (Know How) in den Vordergrund. Individuelles Erfahrungswissen, ganzheitliches Erkennen von Ähnlichkeiten in unterschiedlichen Fällen und ein sehr spezifisch auf den jeweiligen konkreten Kontext abgestimmtes Handeln zeichnet erfahrene Experten/-innen aus (Auckenthaler 2000, 119). Sie müssen aus dem eigenen Praxisbezug heraus entscheiden, welche Methoden auch aus anderen Disziplinen übernommen werden. Klinische Sozialarbeit muss auf kooperativen Strategien und Heuristiken aufbauen, sie kann nie einfach die „richtige“ Intervention aus einer Sammlung von Standardmöglichkeiten auswählen und „verordnen“. Psycho-soziale Behandlung ist in der Regel komplex, aufwendig und voraussetzungsvoll. Sie bedeutet auch eine hohe professionelle Verantwortung. Deshalb gehört zur fachlichen und persönlichen Kompetenz eines wissenschaftlichen Praktikers die *ethische Fundierung*.<sup>13</sup>

---

13 Schlittmaier (2003) betont, dass berufliches Handeln in der klinischen Sozialarbeit unter moralischen Gesichtspunkten durch berufsethische Prinzipien normiert wird, wie sie beispielhaft im Code of Ethics der Clinical Social Work Federation (CSWF) oder den berufsethischen Prinzipien des Deutschen Berufsverbandes für Sozial- und Heilpädagogien (DBSH) niedergelegt sind.

Für wissenschaftliche Praktiker der Klinischen Sozialarbeit ist bei diesen Differenzierungs- und Integrationsleistungen Systemkompetenz unerlässlich. Sie bedeutet die Fähigkeit, auf der Basis der Kenntnis geeigneter Behandlungs- bzw. Interventionsmethoden für bestimmte Klientele und ihre Bezugssysteme Hilfeprozesse zu organisieren und zu koordinieren, sowie kooperierend die eigenen Hilfe- bzw. Behandlungsmaßnahmen in ein Behandlungs- bzw. Hilfsnetzwerk einzubringen. Sticher-Gil (1998, 182) verlangt entsprechend „die Fähigkeit, sich in komplexen Systemen (und den mit diesen Systemen verbundenen Systemumwelten) orientieren und handeln zu können“. Heiner (2010, 620f.) hat prozess- und bereichsbezogene Kompetenzmuster differenziert und die Systemkompetenz als „bereichsbezogene“ Kompetenz verortet:

### Prozessbezogene und bereichsbezogene Kompetenzmuster

<b>Kompetenzmuster</b>			
<b>Prozess- bezogen</b>	<i>Planungs- und Analysekompetenz</i>	<i>Interaktions- und Kommunikations- kompetenz</i>	<i>Reflexions- und Evaluations- kompetenz</i>
<b>Bereichs- bezogen</b>			
<i>Selbstkompetenz:</i> (Weiter-)Qualifizierung, Identitätsentwicklung, Selbstmotivierung			
<i>Fallkompetenz:</i> Fallanalyse und Fallbearbeitung			
<i>Systemkompetenz:</i> Angebotskoordination, Organisations- und Infrastruktur-entwicklung			

Schiepek und Reicherts (1992), Schiepek, Manteufel und Reicherts (1993) (vgl. auch Schiepek 1998) haben miteinander interagierende Teilqualifikationen der *individuellen* Systemkompetenz sehr differenziert konzipiert und die Systemkompetenzen gerade auch im Hinblick auf prozessbezogene personbezogene Dimensionen hin formuliert. Sie gehen dabei über das von Heiner (ebd.) vorgeschlagene Muster insofern hinaus, als spezielle personbezogene Systemkompetenzen sowohl bereichs- als auch prozessspezifische Kompetenzen sozusagen durchdringen. Selbst-, Fall-, Interaktions-, Analyse und Reflexionskompetenz beinhalten immer auch Aspekte von „Systemkompetenz“. Danach lässt sich eine Expertise in klinisch-sozialen Interventionsmethoden durch folgende Komponenten der individuellen Systemkompetenz von Fachkräften charakterisieren:

## Dimensionen der individuellen Systemkompetenz

<p>Wahrnehmen, Erkennen und Berücksichtigen von Sozialstrukturen und Randbedingungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fähigkeit zum Klären von Kompetenzen, Rollen, Aufgaben, Erwartungen und Aufträgen</li> <li>• Teamfähigkeit</li> <li>• Delegieren können</li> <li>• Wahrnehmen, Erkennen und Berücksichtigen von formellen und informellen Systemstrukturen; Erkennen von Mustern</li> </ul>
<p>Umgang mit der Dimension Zeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientierung in der Zeit und Entwickeln von Perspektiven</li> <li>• Zielanalyse (Zielpräzisierung, Abwägen widersprüchlicher Teilziele, Schwerpunktbildung, Erkennen von Neben- und Fernwirkungen)</li> <li>• Umgang mit Grenzen der Planung, der Vorhersage, des Wachstums unter Berücksichtigung von Neben- und Fernwirkungen</li> <li>• Wechsel zwischen Aktion und Reflexion</li> <li>• Geduld, warten können, sich Zeit nehmen, Zeitdruck vermeiden</li> <li>• Entwicklung von Prognosen, Kenntnisse und Berücksichtigung nichtlinearer Prozesse</li> </ul>
<p>Emotionale Dimension: Belastungsverarbeitung, Schaffung eines positiven Klimas, Genuss</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erregungskontrolle, self-care, Selbstverstärkung, Selbstregulation, Genuss</li> <li>• Vorhandene Kräfte und Energie nutzen (Empowerment, Jiu-Jitsu-Prinzip)</li> <li>• Fokussieren, konzentrieren (sich nicht verzetteln)</li> <li>• Beteiligungen, Schaffen von „Kulturen“, „corporate identity“</li> <li>• Umgang mit emotionalen Belastungen (z. B. bei Intransparenz, Zeitdruck, Misserfolg, sozialen Konflikten)</li> <li>• Hilfe, Unterstützung, Information einholen</li> <li>• Ambiguitätstoleranz (bei Vielfalt von Wahrnehmungen und Wirklichkeitskonstruktionen, Unterschiede zwischen formalen und informellen Strukturen, bei Paradoxien, Unterscheiden von hypothetischen und faktischen Realitäten)</li> <li>• Engagement, eigene und fremde Motivationsklärung (Leistung nur, wenn man dahinter steht)</li> </ul>
<p>Soziale Kontaktfähigkeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verständliche Sprache, Gesprächsführungskompetenz</li> <li>• Sensibilisierung für Aufnahmebereitschaft</li> <li>• Flexible Selbstdarstellung; Gespür für Sprache, Regeln, Umgangsformen, Geschichte, Kulturen – multikulturelle Perspektive</li> <li>• Berücksichtigung fremder Operationslogiken (Transfer, Verstehen)</li> <li>• Konfliktmanagement und Konfrontation</li> </ul>
<p>Systemförderung, systemtheoretische Methoden und Theoriewis-sen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experimentieren (Bedingungen für die Möglichkeit von Selbstorganisation: Fluktuationsverstärkung, Variationen)</li> <li>• Systeme modellieren (Komplexitätsreduktion, flexibel anpassbare Modelle, Handlungsorientierung, Veridikalität – Verwirklichbarkeit – der Modelle steht nicht im Vordergrund)</li> <li>• Interdisziplinäre Kooperation</li> <li>• Theoretisches Wissen aus verschiedenen Bereichen</li> <li>• Methodisches Wissen und Nutzung methodischer Vielfalt (von der Hermeneutik bis zur Mathematik)</li> </ul>

- Fehlerfreundlichkeit (als eine Bedingung der Selbstorganisation)
- Logische Buchhaltung einhalten (unterschiedliche Perspektiven und Ebenen unterscheiden können)
- Heuristische Kompetenzen (Informationssuche, Suchraumerweiterung, Analogiebildung, Kompetenzerweiterung)

---

## 2. Theoretische Grundlagen: die bio-psycho-soziale Perspektive

---

Klinische Sozialarbeit als angewandte Teildisziplin der Sozialen Arbeit ist auf vielfältige theoretische Konzepte und Modelle angewiesen. Sie muss ihre Auswahl aus ihrem eigenen Praxisbezug und wissenschaftlichen Grundverständnis heraus treffen und Konzepte, Modelle und Forschungsergebnisse sowohl der Sozialarbeitswissenschaft als auch einer Reihe von klinisch relevanten Bezugswissenschaften aus ihrer eigenen Perspektive heraus integrieren. Die folgende Auswahl stellt den Versuch dar, Perspektiven zur Fundierung von geeigneten Vorgehensweisen und Interventionsinstrumenten für die Praxis Klinischer Sozialarbeit zu finden.

### 2.1 Bio-psycho-soziale Zusammenhänge

Anfälligkeit für Krise, Störung und Krankheit ist aus bio-psycho-sozialer Perspektive das Ergebnis einer Störung des Zusammenspiels von sozialem Zusammenleben (und sozialen Regeln) mit dem individuellen (psychologischen) Erleben und Verhalten und der leiblichen (biologischen) Existenz. Menschliches Leben als soziale Existenz bedeutet, in fundamentaler Weise Teil der Mitwelt zu sein (Levinas 1987, Heidegger 1927/1967, 1987). Ein bio-psycho-sozialer Ansatz Klinischer Sozialarbeit stellt die bio-physiologische und neuro-psychologische Natur des Menschen ausdrücklich in ein soziales Bezugssystem.

Die gesundheitswissenschaftliche Forschung zeigt in überzeugender Weise, dass psycho-soziale Integration und soziale Unterstützung die besten Schutzfaktoren vor körperlicher und psychischer Erkrankung sind. Soziale Unterstützung und psycho-soziale Integration gehören auch zu den besten Heilmitteln. Wiedergewinnung der Gesundheit und Rehabilitation bedeuten deshalb immer auch: Integration bzw. Re-Integration in die soziale Umgebung, Erlangung bzw. Wiedererlangung psychischen und sozialen Wohlbefindens. Die Gesellschaft wird niemals mit Medikamenten ausgleichen können, was an Krankheiten aus Mangel an sozialer Zuwendung und psycho-sozialem Wohlbefinden entsteht. Der sozialen Dimension muss im Gesundheitswesen der ihr nach dem heutigen Stand der Forschung zukommende Platz eingeräumt werden. Es ist nicht weiterhin akzeptabel, dass „der biologische Zugang der gesellschaftlich akzeptierte, der psychologische der in Grenzen gewollte und der soziale als der vernachlässigte angesehen werden kann“ (Ortmann & Schaub 2001).

Doch wie ist das Verhältnis der körperlich-biologischen, psychischen und sozialen Ebene zu konzipieren? Die moderne Hirnforschung zeigt, in welchem Ausmaß hirnorganische Abläufe Eigenschaften wie das menschliche Bewusstsein, die Wahrnehmung, die Sprache, das Gedächtnis, das Denken und die Emotionen sowie soziales Verhalten beeinflussen. Das Gehirn wird heute als ganzheitlich organisierte Struktur angesehen, die verantwortlich ist für die Verarbeitung und Verknüpfung von genetischen, molekularen und biochemischen Informationen innerhalb des Organismus mit den Informationen aufgrund der Erfahrungen in der Welt. Der Erfolg dieser Forschung läuft Gefahr, einer immer weiter gehenden Biologisierung des Psycho-Sozialen Vorschub zu leisten, obwohl dies sachlich nicht gerechtfertigt ist. Die WHO zeigt in ihrem World Health Report 2001, dass die künstliche Trennung der biologischen von psychischen und sozialen Faktoren bei Fragen der Entstehung, Behandlung und Prävention von Erkrankungen sich im Lichte der neueren Forschung als bedeutsames Hindernis für ein korrektes Verständnis von psychischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten und auch körperlichen Erkrankungen erwiesen hat. Tatsächlich sind Erkrankungen ein Resultat komplexer Interaktionen dieser drei Dimensionen. Der uralte Streit über die Bedeutung von genetisch-angeborenen versus umgebungsbedingt-erworbenen Faktoren bei der Entstehung von Erkrankungen erweist sich als falsche Fragestellung. Psychische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten (und nicht nur diese) sind Ergebnis von genetischen *und* Umgebungsfaktoren, die – überwiegend psychisch vermittelt – auf das Individuum einwirken. Dieses Verhältnis ist aber nicht additiv sondern ein dynamisches Zusammenspiel.

Durch die technischen Errungenschaften hat die Hirnforschung heute die Möglichkeit, das lebende Gehirn während seiner Aktivitäten zu beobachten. War man in früheren Zeiten auf die Untersuchung der Gehirns Verstorbener angewiesen, auf indirekte Beobachtungsexperimente oder auf die Untersuchung der Folgen von Hirnverletzungen oder Hirnerkrankungen, hat die Möglichkeit der Beobachtung der normalen Gehirntätigkeit lebender, denkender, fühlender, handelnder Menschen eine Revolution in unserem Verständnis angestoßen, deren Folgen noch gar nicht zu übersehen sind. Das Gehirn und seine Funktionsweise ist weder das alleinige Ergebnis einer vorgegebenen Entfaltung oder Reifung genetischer Programme (genetischer Determinismus – genetic determinism), noch ist menschliches Verhalten allein das Ergebnis von erworbenen Erfahrungen (Umwelt Determinismus – environmental determinism). Beginnend mit der intrauterinen Entwicklung sind genetische und psycho-soziale Faktoren über die gesamte Lebensspanne hinweg in einer unauflöselichen Interaktionsfolge miteinander verwoben. Das Verständnis der Funktionen und Strukturen unseres Gehirns hat sich durch die Fortschritte der Neurowissenschaften dramatisch gewandelt. Die Verbindungen zwischen neuen Erfahrungen und den biologischen Prozessen im Gehirn und der Veränderung des Gehirns sind sichtbar geworden:

Wir wissen heute, dass jeder einzelne Lernschritt, jede Lernerfahrung des Organismus zu einer physischen Veränderung des Gehirns führt (Kandel 2007, 2009). Und dies nicht nur in der frühen Kindheit, sondern während des ganzen Lebens. Das menschliche Gehirn bleibt innerhalb gewisser Grenzen während der gesamten Lebensspanne plastisch. Während der Entwicklung des Fötus wird die Gehirnentwicklung durch genetische Programme gesteuert, bis bei der Geburt eine hochspezifische und organisierte Struktur entstanden ist. Schon diese frühe Entwicklung kann durch Umweltfaktoren beeinflusst werden (Ernährung der Mutter, Substanzgebrauch wie Alkohol, Drogen und Medikamente, Strahlung, Stress). Nach der Geburt und das ganze Leben hindurch haben die verschiedensten Erfahrungen die Möglichkeit, die unmittelbaren Kommunikationsübertragungen zwischen den Synapsen und Neuronen zu beeinflussen, und sogar molekulare Prozesse zu initiieren, die die synaptischen Verbindungen dauerhaft verändern (Hyman 2000). Dies wird auch *synaptische Plastizität* bzw. *Neuroplastizität* genannt und das bedeutet die physische Veränderung der Hirnstruktur aufgrund psycho-sozialer Erfahrungen. Neue Synapsen können geschaffen werden, alte können verschwinden, bestehende können gestärkt und ausgebaut oder geschwächt werden. Das Ergebnis von geeigneten Erfahrungen ist, dass die Informationsverarbeitungsprozesse auch für strukturelle organische Veränderungen im Gehirn sorgen, so dass eine neue Anpassung entsteht.<sup>1</sup>

Wolfgang Rutz, Beauftragter der WHO für psychische Gesundheit in Europa, stellt die revolutionären biologischen Erkenntnisse ausdrücklich in den bio-psycho-sozialen Zusammenhang: „Wir erleben revolutionäre Verbesserungen in neuer umfassender Behandlung von Depressionen, Psychosen, Alterserkrankungen und Epilepsie. Wir beginnen die Psycho-Biologie von Depression, Aggression und Destruktivität, von Gespaltensein, Hilflosigkeit und Liebe, von philosophischer Einsicht, Glück, existenzieller Leere und anderen Emotionen zu verstehen. Wir erkennen die erstaunliche Neuroplastizität des menschlichen Gehirns und finden heraus, wie physiologisches Wohlbefinden auch cerebral Stärke und Struktur bedingt, aber auch wie schädliches psychologisches, soziales und existenzielles Umfeld strukturelle Schwäche und lang dauernde Verletzlichkeit hervorrufen kann. Noch erstaunlicher – wir sehen, wie Umweltfaktoren durch trans- und inskriptionale Mechanismen ihren Einfluss auf das menschliche Genom nehmen können. Ausgehend von diesem neuen Wissen erleben wir, dass behandelnde, schützende und psychisch gesundheitsfördernde Strategien heute machbar, realistisch und notwendig werden – mit Hilfe von interdisziplinärer Zusammenarbeit und unter Teilnahme aller Bereiche der Gesellschaft. Wir lernen heute auch, dass humanistische, psycho-soziale und existenzielle Er-

---

1 Fachliteratur zu neurophysiologischen Grundlagen psycho-sozialer Funktionen vgl. Bartels & Bartels (1987), Davison & Neale (1996), Rockstro & Elbert (1998); Grundlagenwissen z. B. in Schmidt & Thews (1996), Birbaumer & Schmidt (1996).

fahrung mit biologischer, medizinischer Wissenschaft integriert werden kann, in Widerspiegelung der unausweichlichen *conditio humana*, sowohl Körper, als auch Geist und Seele zu sein, in der Erkenntnis, dass weder Geist ohne Gehirn noch Gehirn ohne Geist existiert, und in Vermeidung von sowohl biologischem als auch humanistischem oder soziologischem Reduktionismus.“ (Rutz 2001, 27 ff.)

### 2.1.1 Biologische Perspektive und psycho-soziale Personalität

In vielen philosophischen und psychologischen Entwürfen, und besonders in unserem naturwissenschaftlich-positivistisch geprägten Weltbild erscheint die materiell-biologische Basis als letztinstanzliche Grundlage des psychologischen und des sozialen Subjekts. Das biologische Individuum wiederum erscheint hier oft als *Ausgangspunkt* des sozialen Geschehens. Anders formuliert: zunächst existiert das biologische Substrat, aus dem ein körperliches Individuum wird, das Kontakt mit der sozialen Umwelt aufnimmt und durch seine Umwelt konditioniert wird. Die soziale Umwelt, repräsentiert vor allem durch die zwischenmenschlichen Beziehungen, erscheint in solchem Denken als stets sekundärer Prozess. Aus einer völlig anderen Perspektive heraus hat Hannah Ahrendt (1981, 15) demgegenüber betont, „für Menschen heißt Leben – wie das Lateinische, also die Sprache des vielleicht zutiefst politischen unter den uns bekannten Völkern, sagt – so viel wie ‚unter Menschen zu weilen‘ (inter homines esse) und Sterben so viel wie ‚aufhören unter Menschen zu weilen‘ (desinere inter homines esse).“ Geben wir in diesem Sinne dem sozialen und politischen Zusammenhang den Primat vor der Biologie, lässt sich behaupten: die Sozietät geht dem Individuum voraus. Als geschichtliche und soziale Wesen finden wir uns immer schon in einer sozial strukturierten Lebenswelt vor, die auch der biologischen Erzeugung vorausgeht. Ohne soziale Vorgänge und soziale Erfahrung entsteht kein menschliches Individuum. „Weil der Mensch in einem biologischen Sinne ‚unfertig‘ geboren wird und auf die Hilfe, die Zuwendung und Anerkennung seiner sozialen Umgebung lebenslang angewiesen bleibt, wird die *Unvollständigkeit* einer Individuierung durch DNA-Sequenzen in dem Augenblick sichtbar, wenn der Prozess gesellschaftlicher Individuierung einsetzt. Die lebensgeschichtliche Individuierung vollzieht sich durch Vergesellschaftung. Was den Organismus erst mit der Geburt zur Person in vollem Sinne des Wortes macht, ist der gesellschaftlich individuierende Akt der Aufnahme in den *öffentlichen* Interaktionszusammenhang einer intersubjektiv geteilten Lebenswelt.“ (Habermas 2001 a, 64) Subjektivität kann sich nur über die intersubjektiven Beziehungen zu anderen entwickeln.

Die biologisch orientierten naturwissenschaftlich-objektivierenden Beobachtungen und Erklärungen fokussieren auf das Zusammenwirken von Prozessen des Gehirns, des zentralen und peripheren Nervensystems, des

immunologischen Systems, des Hormonsystems, des Herz-Kreislaufsystems und des gastro-intestinalen Systems. Hier wird die in sozialer Bezogenheit stehende Persönlichkeit „dekonstruiert“. Die oben angedeuteten Fortschritte der Hirnforschung (Neurowissenschaften) und der Informations- und Kognitionswissenschaften stellen das Verhältnis von Körper und Psyche auf eine neue naturwissenschaftliche Grundlage. Viele der alten anthropologischen Fragen nach dem Verhältnis von Körper, Geist-Seele und Gesellschaft werden auf dieser Basis heute entweder wesentlich anders und genauer gestellt oder können in neuer Weise beantwortet werden. Aus den neuen naturwissenschaftlichen Ergebnissen und Modellen schält sich Schritt für Schritt ein neues Menschenbild heraus, das allerdings Gefahr läuft, die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit noch weiter ins Abseits zu stellen. Mehr oder weniger subtil wird dadurch die Art und Weise beeinflusst, wie wir im Alltag miteinander umgehen, wie wir uns selbst erleben, wie wir menschliche Krankheiten, psychische und soziale Störungen und Probleme verstehen und behandeln.

Der Kognitionsphilosoph Thomas Metzinger sieht subjektives Erleben in der möglichen Konsequenz der biologischen Reduktion als „ein Naturphänomen wie viele andere, ein Phänomen von großer Schönheit und Tiefe, aber eben auch ein entzaubertes Phänomen, eines das uns keine prinzipiellen Rätsel mehr aufgibt. Wenn bewusstes Erleben einmal auf der begrifflichen Ebene der Hirnforschung einer reduktiven Erklärung zugänglich sein sollte, dann würde der klassische Begriff der ‚Seele‘ endgültig zu einem leeren Begriff. Das wiederum würde bedeuten, dass überhaupt nicht mehr klar ist, was wir eigentlich meinen, wenn wir von Psychiatrie oder Psychoanalyse, ‚psycho-sozialen Langzeitfolgen‘, ‚psychosomatischer Medizin‘, ‚Psychotherapie‘, ‚normativer Psychologie‘ oder auch vom ‚Menschen in seiner leibseelischen Ganzheit‘ sprechen.“ (Metzinger 2000, 3). Diese von Metzinger als bereits weitgehend erfolgt erachtete reduktive Erklärung des Psychischen durch Körperprozesse, also z.B. des bewussten Erlebens durch neurologische Abläufe im Gehirn, führt letztlich zu der Schlussfolgerung, dass unser Bewusstseinsprozess *nichts anderes sei als* ein sehr spezieller Körperprozess. Beispielsweise bedeutet eine hirnorganische Störung unzweifelhaft einen gravierenden Einschnitt in die seelisch-geistige und damit auch psycho-soziale Existenz einer Person. Ein pharmakologischer Eingriff in die neurophysiologischen Grundlagen unseres Bewusstseins bewirkt eine Veränderung des Bewusstseinszustandes. Metzinger (2000) macht folgerichtig darauf aufmerksam, dass sich in Zukunft mittels der fortgeschrittenen medizinischen Neuro- und Informationstechnologien mit steigender Geschwindigkeit immer größere Handlungsspielräume für die technische Beeinflussung des Bewusstseins der Menschen eröffnen. Er spricht von „Bewusstseinstechnologie“, die menschliches Bewusstsein technisch beeinflussbar, ja verfügbar machen wird. Wird aber dadurch die soziale Ebene nur zu einem nachrangigen Phänomen? Werden soziale Prob-

leme, unter denen Menschen leiden und psychisch krank werden, zukünftig nur noch mittels Bewusstseinsstechnologien und biologisch-pharmakologisch zu behandeln sein?

Angesichts der hohen Ambivalenz des Sozialen ist es nicht verwunderlich, dass das öffentliche Gesundheitsverständnis wie auch das Gesundheitswesen selbst höchst zwiespältig mit der sozialen Manifestationsebene umgeht: einerseits gilt das bio-psycho-soziale Modell als weitgehend akzeptiert, andererseits führt das Soziale als mitbehandelnde Ebene, ebenso wie die Soziale Arbeit als ihr potenzieller Leitberuf, im Gesundheitswesen ein Nischendasein (Geissler-Piltz & Gerull 2009; Homfeld & Sting 2006; Zurhorst 2000). Die Bejahung sozialer Angewiesenheit und Verantwortung ist anstrengend und sie ist für das allein gestellte Subjekt höchst prekär. Sie ist ebenso anstrengend und hinderlich für die Professionellen und die Professionen, für Wissenschaft und Forschung, Politik und Gesellschaft. Wer sich darauf einlässt, ist sofort mit einer schwierigen Komplexität konfrontiert, die zudem alle möglichen kontroversen Lebenseinstellungen, Ideologien und Interessen auf den Plan ruft. Und wenn es anstrengend wird, wächst der Wunsch nach vereinfachenden Reduktionen, die sicherstellen, dass der eigene Lebensentwurf unangetastet bleibt. Gesellschaftliche Verhältnisse, soziale Beziehungen und das eigene Fühlen und Verhalten lassen sich der sozialen Komplexität entziehen, wenn sie auf Biologisches reduziert werden können. Es ist inzwischen geläufig, komplexes psycho-soziales Geschehen auf die Wirkung eines Hormons oder auf Gehirntätigkeit zurückzuführen. Die Biologisierung des Sozialen und des Psychischen vollzieht sich zunächst auf den breiten Straßen der „Gesundheit“, erobert jedoch immer weitere Bereiche des menschlichen Zusammenlebens. Mit der Biologisierung droht aber die Gefahr einer Ent-Sozialisierung der menschlichen Lebenszusammenhänge.

Anschaulich zugespitzt wird diese Entwicklung in der Bewegung des „brain enhancement“ bzw. „cognitive enhancement“ (Buchanan 2009, Greely et al. 2008). Sie verspricht eine scheinbar leichte Möglichkeit, die Gefahren des Scheiterns menschlicher Lebensbewältigung mühelos zu umgehen. Ihre Botschaft: Der anstrengenden Auseinandersetzung mit grundlegenden Sinnfragen und den Grenzen menschlicher Existenz, die jedem der lange genug lebt auferlegt ist, könne man ausweichen. Durch einfache und passgenaue, dabei nebenwirkungslose oder zumindest nebenwirkungsarme chemische bzw. biochemische Einwirkung auf die Gehirnfunktionen und ggf. auch Gehirnstrukturen sollen Intelligenz, Konzentration, Sozialverhalten, Aggressionskontrolle, Schlaf-Wach-Rhythmus usw. direkt regulierbar und verbessert werden. Sozio-, Psycho- und Edukationstechniken erhalten gewisse Hilfsfunktionen: sie sollen beschleunigen, weiter optimieren, soziale Akzeptanz fördern. Damit greift die brain-enhancement-Perspektive auf das menschliche Bewusstsein aus – individuell und gesellschaftlich.

Wie erfolgreich diese Bemühungen tatsächlich sein können, sei dahin gestellt. Das Faszinierende scheint darin zu liegen, dass das Gelingen oder Scheitern menschlichen Daseins unmittelbar biochemisch und damit sozial möglichst *unabhängig* steuerbar werden soll. Das Versprechen lautet, nicht menschliche Angewiesenheit und die Grenzen und Möglichkeiten zwischenmenschlicher sozialer Unterstützung bedingten den Lebenserfolg. Auch die Verantwortung für das eigene Verhalten, Fühlen, Leisten und Begehren dürfe an Biologie und Neurotechnologie delegiert werden. Endlich könnte eine sehr weitgehende Autonomie von allen sozialen und psychologischen Verstrickungen jederzeit hergestellt werden, unabhängig von all diesen Lebenssituationen und Lebenslagen, von biographischer Erfahrung und psychischen Prägungen. Bewusstseinszustände erscheinen ablösbar von Lebensverhältnissen, das Eigene wird von seinem widerständigen Wesen befreit und dem (eigenen) Gestaltungswillen frei verfügbar. Die bewusstseinstechnologisch-pharmakologisch-mediale Steuerung verspricht Optimierung ohne die lästigen Folgen, die Drogen bisher in der Regel nach sich ziehen. Da es hier längst nicht mehr nur um die kranken Menschen geht, ist die Demarkationslinie der „Behandlung“ von „Erkrankungen“ überschritten – die Stoßrichtung geht zur gesellschaftlich akzeptierten Optimierung des insuffizienten „Normalen“. Nun lässt sich alles unabhängig von sozialen Verhältnissen, individuellem Schicksal und individueller wie sozialer Anstrengung und Konfliktaustragung zurichten.

Natürlich sind alle psychischen („geistigen und seelischen“) Vorgänge im Menschen immer auch körperliche Vorgänge. Das bedeutet allerdings nicht, dass die spezifischen Produkte dieser Prozesse (nämlich unsere Erlebnisse, unser Verhalten) auf Biologisches reduzierbar wären. Die biologische Bedingtheit des Psycho-Sozialen bedeutet nicht mehr, aber auch nicht weniger, als dass die Prozesse der sozialen und der psychischen Systemebenen nicht ohne biologische Körperprozesse existieren und auf deren intakte Funktion angewiesen sind. Und nicht übersehen werden darf, dass die psycho-sozialen Vorgänge, und damit die gesellschaftlichen Lebensverhältnisse, umgekehrt nicht nur funktionale biologische Abläufe beeinflussen, sondern auch strukturell Zentralnervensystem und Gehirn tiefgreifend prägen.

Jürgen Habermas (2001 b) hat eindringlich auf die Gefahren der einseitigen naturwissenschaftlich-szientistischen Biologisierung des Menschen hingewiesen: die „*vollständige Entsozialisierung*“. Wenn das Bewusstsein auf neurophysiologische Vorgänge reduziert wird, ändert sich das Menschenbild und das menschliche Selbstverständnis. Denn damit verschwindet das intuitive Selbstbild von der eigenen Verantwortlichkeit und Identität, oder, mit Habermas' Worten „verändert sich damit jenes intuitive Bewusstsein von Autorschaft und Zurechnungsfähigkeit, das alle unsere Handlungen begleitet“ (ebd., 9). Und es wundert nicht, dass die Bedeutung psycho-sozialer Faktoren überhaupt nicht mehr verstanden wird, ja dass sie mehr oder weniger sinnlos erscheinen, wenn „Sinn“ und „Bedeutung“ nichts anderes sein

sollen als willkürlich steuerbare Gehirnzustände. Fundamental negiert wird hier sowohl die Sozialbedingtheit und die Sozialrelevanz als auch die Individualität und Personalität psychischer und geistiger Zustände als Niederschlag der sozialbiographischen Erfahrungen der Subjekte. Ein „Lebensentwurf des Alleingangs“ bricht sich hier Bahn, wie ihn Wallroth (2008, 38) auch als Kennzeichen der Sucht herausarbeitet: „Der radikale ethische Lebensentwurf des Alleingangs“ ist wie die Sucht „missachtete menschliche Angewiesenheit gerade in emotionalen Angelegenheiten“. Es ist der Versuch einer vollständig autonomen Selbstregulation. Zwischenmenschliche Angewiesenheit wird missachtet und nicht zugelassen, Solidarität wird verweigert und nicht in Anspruch genommen.

Menschliche Befindlichkeit (mit ihren Gehirnzuständen) ist eine Funktion der sozialen Erfahrung, in deren Rahmen sich die Person bildet, und ohne jene gar nicht denkbar. Im Sinne von aufsteigender und absteigender Reihe haben wir hier die emergentive<sup>2</sup> Verkettung von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren zu beachten. Die Körpersysteme werden durch unsere psychologisch verarbeiteten sozialen Erfahrungen genauso beeinflusst, wie jene diese beeinflussen: über die „absteigende“ Verkettung von sozialer Situation und deren psychischer Verarbeitung wird auch unsere biologische Konstitution mitgeformt. Diese wechselseitigen Verschränkungen und ihre Relevanz für Entstehung und Behandlung psychischer und psycho-sozialer Störungen bilden den Hintergrund des bio-psycho-sozialen Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnisses Klinischer Sozialarbeit. Sie behält gegenüber den naturwissenschaftlichen Behandlungsperspektiven eine Eigensinnigkeit, die Sozialität und Personalität behauptet. Sie bleibt damit in ihrem (Be-)Handeln mit dem Bewusstsein verschränkt, dass wir es mit *Personen* zu tun haben, die mit anderen Menschen sozial zusammenleben, die Initiativen ergreifen, Fehler machen und Fehler korrigieren können.

Eine theoretische Konzeption, die es ermöglicht, die verschiedenen Ebenen der natur-, human- und sozialwissenschaftlichen Disziplinen ansatzweise zu integrieren und zugleich ihre Eigenständigkeit zu sichern, liegt in der Emergenztheorie von Uexküll (1986) vor (vgl. auch Ortmann & Schaub 2001). Das Konzept der „Emergenz“ nach Jakob von Uexküll geht davon aus, dass miteinander kommunizierende physiologische, psychologische und soziale Systemebenen zu unterscheiden sind. Bei allen Gesundheits- und Krankheitsprozessen sind diese Ebenen in auf- und absteigenden Netzwerken miteinander verknüpft.

---

2 Emergieren (aus dem Lateinischen) – auftauchen.

## Eigenschaften bzw. Qualitäten, die jeweils von spezifischen Wissenschaften untersucht werden.



**Anthropologie** (Gruppen leben in Kulturen)

**Soziologie, Sozialarbeit** (Menschen als fundamental soziale Wesen leben in Gruppen und Gesellschaften – Interaktion, Organisation, Funktionssysteme)

**Psychologie** (Lebewesen entwickeln differenzierte Nervensysteme, innere Repräsentationen und Selbststeuerung – Bewusstsein)

**Biologie** (komplexe chemische Verbindungen leben; Grundlagen: Energie, Chemische Substanzen werden zu organischen Systemen mit Stoffwechsel und Fortpflanzung – Organismen)

**Chemie** (Chemische Substanzen/anorganische Stoffe gehen Verbindungen ein; Grundlage: Energie)

**Physik** (Energie, Bewegung von Objekten)

Mit jedem Übergang von einer einfacheren zu einer komplexeren Systemebene treten sprunghaft auftauchend (emergentiv) neue Phänomene bzw. Eigenschaften auf. Das „Auftauchen“ vorher nicht vorhandener Eigenschaften bei der Verbindung oder dem Auseinanderfall qualitativ unterschiedlicher Komponenten nennt man „Emergenz“. So verbinden sich beispielsweise Sauer- und Wasserstoff zu Wasser, die Verschmelzung Keimzellen bzw. elterlicher Gene ergibt ein von ihnen verschiedenes Lebewesen, die kognitiven Strukturen des Gehirns erzeugen aus objektiven Daten Informationen, schaffen so eine neue Qualität, mit der wir uns geistig bewegen, Menschliche Laute werden in der sozialen Interaktion und Kommunikation zur Sprache, die eine kulturelle Welt erzeugt.

Beim Übergang von anorganischen Stoffen zu lebenden (biologischen) Systemen differenzieren sich in die vegetative, die animalische und die psychosoziale Entwicklungsstufe. Die neuen Eigenschaften *biologischer Systeme* bestehen darin, dass bereits der erste Einzeller ein Zentrum eigener Aktivität ist, das über eine relative Autonomie verfügt (*auto* = selbst, eigen; *nomos* = Gesetz) und zwischen den Kategorien „selbst – nicht selbst“ und „nicht existent“ unterscheiden kann. Die Kategorie „selbst“ bezeichnet das System, die Kategorie „nicht selbst“ bezeichnet die Umgebung bzw. die Umwelt. Alles was nicht in Berührung mit den Kontaktfunktionen des Organismus kommt, ist für den Organismus „nicht existent“ (was nicht bedeutet, dass es nicht objektiv auf ihn einwirkt, wie beispielsweise radioaktive Strahlung). Bertalanffy (1968, zn. von Uexküll & Wesiak 1986) stellt dar, dass jedes Lebewesen aus „dem großen Kuchen der Realität eine Scheibe