

**Hochschule für Angewandte Wissenschaft Hamburg HAW**

**Fakultät Wirtschaft und Soziales  
Department Soziale Arbeit**

**Die Ausgestaltung der vorbereitenden Einzelbetreuung  
im Kontext des sozialtherapeutischen Hilfean-  
gebots von „Jugendwohnung e.V.“**

Entwurf eines Betreuungskonzeptes Klinischer Sozialarbeit

Diplomarbeit

Tag der Abgabe:

19.08.2009

Vorgelegt von:

Christian Dreker

Betreuender Prüfer:

Herr Prof. Dr. Dieter Röh

Zweiter Prüfer:

Herr Prof. Dr. Gerhard Suess

## Inhaltsverzeichnis:

|  |          |
|--|----------|
| 1 Einleitung.....  | Seite 04 |
| 2 Einführung in die Klinische Sozialarbeit.....  | Seite 06 |
| 2.1 Gegenstandsbestimmung Klinischer Sozialarbeit.....   | Seite 07 |
| 2.2 Handlungsfelder Klinischer Sozialarbeit.....   | Seite 11 |
| 2.3 Theoriebezüge Klinischer Sozialarbeit.....   | Seite 12 |
| 2.3.1 Die bio-psycho-soziale Perspektive.....  | Seite 12 |
| 2.3.2 Zur Entwicklung des Menschen im Lebenslauf .....   | Seite 14 |
| 2.3.3 Die „ Person-in-der-Situation“ Perspektive .....   | Seite 17 |
| 2.3.4 Krankheit und Gesundheit.....  | Seite 19 |
| 2.3.5 Soziale Unterstützung.....   | Seite 22 |
| 2.3.6 Sozialpathologie.....  | Seite 24 |
| 2.4. Zur Praxis Klinischer Sozialarbeit.....   | Seite 25 |
| 2.4.1 Psycho-soziale Behandlung.....   | Seite 27 |
| 2.4.2 Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit.....   | Seite 28 |
| 2.4.3 Diagnostische Methoden in der Klinischen Sozialarbeit.....   | Seite 31 |
| 2.4.4 Beratung in der Klinischen Sozialarbeit.....   | Seite 33 |
| 2.4.5. Soziale Unterstützung in der Klinischen Sozialarbeit.....   | Seite 35 |
| 2.4.6 Sozialtherapie in der Klinischen Sozialarbeit.....   | Seite 36 |
| 3 Die Einrichtung „ Jugendwohnung e.V.“.....   | Seite 40 |
| 3.1 Entstehung der Einrichtung.....  | Seite 41 |
| 3.2 Aktuelle Struktur der Einrichtung.....   | Seite 42 |
| 3.3 Zusammensetzung und Aufgabenbereiche des Kollegiums.....   | Seite 49 |
| 3.4 Selbstverständnis des Arbeitsauftrags .....  | Seite 50 |
| 3.4.1 Erörterung des Begriffs „ Sozialtherapie“ im Kontext der<br>Einrichtung.....                               | Seite 52 |
| 3.4.2 Der Begriff „ Therapie“ in der Jugendhilfe.....  | Seite 57 |
| 3.4.3 Erörterung des Begriffs „ Entwicklung“ im Kontext der<br>Einrichtung.....                                  | Seite 58 |
| 3.5 Das Klientel der Einrichtung.....  | Seite 59 |
| 3.6 Die sozialrechtlichen Grundlagen der sozialtherapeutischen Hilfe-<br>maßnahme von „ Jugendwohnung e.V.“..... | Seite 63 |
| 3.7 „ Jugendwohnung e.V.“ als Einrichtung Klinischer Sozialarbeit.....   | Seite 64 |

|       |   |          |
|-------|---|----------|
| 4     | Ambulante Vorbetreuung als zusätzliches Hilfsangebot von<br>„ Jugendwohnung e.V.....          | Seite 66 |
| 4.1   | Theoriegrundlagen der vorbereitenden Betreuung.....   | Seite 67 |
| 4.1.1 | Soziale Einzelfallhilfe.....  | Seite 67 |
| 4.1.2 | Case Management.....  | Seite 70 |
| 4.1.3 | Betreuung.....  | Seite 72 |
| 4.2   | Rechtsgrundlagen und Abrechnung der Betreuungsleistungen.....                                 | Seite 73 |
| 5     | Ausgestaltung der vorbereitenden Einzelbetreuung im Rahmen von<br>„ Jugendwohnung e.V.“ ..... | Seite 74 |
| 5.1   | Kontaktaufnahme.....  | Seite 75 |
| 5.2   | Einzelfallanalyse und –einschätzung.....  | Seite 76 |
| 5.3   | Hilfebedarfsermittlung.....   | Seite 78 |
| 5.4   | Hilfeplanung.....   | Seite 79 |
| 5.5   | Durchführung der Hilfe.....   | Seite 81 |
| 5.6   | Hilfenauswertung und –abschluss.....  | Seite 83 |
| 5.7   | Vorbereitende Betreuung als Konzept Klinischer<br>Sozialarbeit.....                           | Seite 85 |
| 6     | Ausblick.....   | Seite 89 |
| 7     | Literaturverzeichnis .....  | Seite 91 |
| 8     | Anhangsverzeichnis.....   | Seite 93 |
| 9     | Anhang .....  | Seite 94 |

# 1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der theoretischen Fassung eines Betreuungskonzeptes, welches zum Zeitpunkt der Anfertigung dieser Arbeit bereits im Binnenraum einer Hamburger Jugendhilfeeinrichtung, dem Träger „Jugendwohnung e.V.“ im Vorfeld einer sozialtherapeutischen Hilfemaßnahme zur praktischen Anwendung gelangt. In diesem Zusammenhang besteht die objektiv gegebene Notwendigkeit, die Ausgestaltung des Betreuungsverhältnisses auf die Grundlage eines theoretisch gut begründbaren Konzeptes zu stellen. Hierin liegt das übergeordnete Ziel dieser Arbeit. Ziel einer Konzeptentwicklung ist die Vereinheitlichung, Systematisierung und theoretische Begründung des Betreuungsverlaufs und somit die Erhöhung der Handlungssicherheit für den Anbieter und der Orientierung für den Anspruchsinhaber der Hilfeleistung. Neben berufspolitischen Argumenten besitzt eine konzeptuelle Verdeutlichung des Angebots die Möglichkeit zur Verbesserung der Qualität des Hilfeangebots durch eine nachvollziehbare Überprüfung und Auswertung. Zum Zweck der theoretischen Einbettung des Betreuungskonzeptes werde ich zunächst die Fachsozialarbeit Klinische Sozialarbeit heranziehen und in der im Rahmen dieser Arbeit gebotenen Kürze vorstellen. Im Fokus der Betrachtung stehen hierbei die theoretischen Grundlagen der Klinischen Sozialarbeit. Durch die Erörterung der vielfältigen wissenschaftlichen Begründungen der Klinischen Sozialarbeit soll das Verständnis für die praxisbezogene Auseinandersetzung mit dem Klientel im Betreuungsverlauf erhöht werden. Daneben werde ich die für diese Arbeit besonders bedeutsamen Arbeitsmethoden Soziale Unterstützung und Sozialtherapie aus dem spezifischen Blickwinkel Klinischer Sozialarbeit darstellen.

Im zweiten Abschnitt dieser Arbeit werde ich das Handlungsfeld der Einrichtung „Jugendwohnung e.V.“ skizzieren. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werde ich die Arbeitsweise und das Selbstverständnis des Trägers darstellen und dieses in einem weiteren Schritt auf dessen Kongruenz mit den Grundlagen der Klinischen Sozialarbeit hin überprüfen. In diesem Kontext werde ich gleichfalls die von der Einrichtung herangezogenen Begriffe Sozialtherapie und Entwicklung untersuchen und auf ihre spezifische Begriffsbestimmung hin analysieren. Ich werde darüber hinaus das Klientel der Einrichtung vorstellen und dessen spezifische Problemlagen zu abstrahieren versuchen.

Im Rahmen meiner zentralen Überlegungen möchte ich – wie bereits angesprochen - herausarbeiten, inwiefern die Ausgestaltung des Betreuungsverhältnisses auf eine inhaltlich stimmige - also für die praktische Anwendung in dem spezifischen Handlungsfeld geeignete - theoriegestützte Basis zu stellen ist. Die Konzeptentwicklung soll hierbei in zweifacher Hinsicht durchgeführt werden. Zum Ersten stellt sich die Frage nach der praktischen Organisation des Betreuungskonzeptentwurfes. Unter Rückgriff auf die Soziale Einzelfallhilfe und damit zusammenhängend: das Modell Case Management und dessen Ablaufphasen möchte ich die Betreuungssituation konzeptionell zu strukturieren versuchen. Hieran wird sich auch eine Betrachtung des weitgefassten Begriffs Betreuung anschließen. Zum Zweiten werde ich im Abschnitt 5.7 die in den Abschnitten 2.3 ff thematisierten theoretischen Grundlagen Klinischer Sozialarbeit heranziehen und diese - die inhaltliche Ausgestaltung des Betreuungskonzeptentwurfes betreffend - in einen Zusammenhang mit den angebotenen Hilfestellungen im Betreuungsverhältnis stellen. Hierin ist der Praxis und Theorie synthetisierende Teil der Arbeit zu sehen. Meine Überlegungen münden schließlich in das in den Abschnitten 5 ff vorgestellte Ergebnis des Entwurfs eines Konzeptes ambulanter, die sozialtherapeutische Gesamtmaßnahme der Einrichtung Jugendwohnung e.V. vorbereitende Betreuung im Sinne Klinischer Sozialarbeit.

Die Arbeit wird mit einem Ausblick abgeschlossen werden. In diesem werde ich offene Fragestellungen formulieren und auf weitere, über diese Arbeit hinausreichende Klärungsaufgaben hinweisen.

## 2 Einführung in die Klinische Sozialarbeit

Zunächst möchte ich eine kurze, allgemein gehaltene Einführung in die dem Theoriefundus der Sozialpädagogik und Sozialarbeit zugehörige Theorie der Klinischen Sozialarbeit geben, bevor ich im sich anschließenden Abschnitt 2.1 zu klären versuche, worauf sich Klinische Sozialarbeit bezieht und was in ihren Aufgabenbereich fällt. Klinische Sozialarbeit ist aus der Notwendigkeit heraus entwickelt worden, mit sozialarbeiterischen Mitteln auf gesundheits- und krankheitsbezogene Aufgabenstellungen reagieren zu müssen, welche die generalistisch orientierte Sozialpädagogik bzw. Sozialarbeit an ihre disziplinären Grenzen geführt haben. Somit ist in den 1980er Jahren – zunächst in den USA – ein Arbeitsansatz aus zahlreichen sozialwissenschaftlichen Bezügen generiert worden, welcher eine spezialisierte psycho-soziale Behandlung im Sinne eines verbesserten Passungsverhältnisses zwischen Klientensystem und Umwelt realisieren helfen soll. Der Begriff des „Klinischen“ wird im Zusammenhang mit Klinischer Sozialarbeit im Sinne des Behandelns verwandt und bezieht sich auf die therapeutisch wirksame Behandlung von Menschen, nicht auf den Ort des Handelns im Sinne der Institution Klinik. Hierdurch wird also auf den Umgang mit dem Klientel abgehoben und eine Abgrenzung zur Kliniksozialarbeit getroffen. Bei der Klinischen Sozialarbeit handelt es sich in konzeptioneller Hinsicht – so viel sei an dieser Stelle schon vorweg genommen - um ein Derivat verschiedener sozialwissenschaftlicher Theoriebezüge im Spannungsfeld von Pädagogik und Psychologie. In diesem Konzept konstituiert sich eine gesundheitsbezogene Fachsozialarbeit, welche den Anspruch verfolgt, zum Zweck der Gesundheitsförderung gleichzeitig begleitend, beratend und behandelnd in den Verlauf krankheitswertiger Störungsbilder eingreifen zu wollen. In diesem Sinne geht Klinische Sozialarbeit über das klassische Handlungsfeld professioneller sozialpädagogischer Tätigkeiten wie Beratung, Bildung und Anleitung hinaus. Im ersten Hauptabschnitt der Arbeit werde ich die Theorie der Klinischen Sozialarbeit in ihren Grundzügen darstellen. Zu diesem Zweck möchte ich die der Klinischen Sozialarbeit zugrundeliegende Gegenstandsbestimmung betrachten und herausstellen, welche Charakteristika Klinische Sozialarbeit erkenntlich machen. Ich beziehe mich hierbei auf die im Jahre 2004 von Helmut Pauls zusammengefassten Überlegungen zur Konstruktion des Gedankengebäudes der klinischen Sozialarbeit sowie auf die Veröffentlichungen von Schaub sowie Ortmann u. Röh. Die hier geleistete Darstellung wird grundsätzlich der Fragestellung folgen inwiefern Kli-

nische Sozialarbeit ein eigenes disziplinäres Profil entwickeln kann und wodurch sie als eigenständige Kategorie im Katalog der Fachsozialarbeiten erkennbar wird.

## **2.1 Gegenstandsbestimmung Klinischer Sozialarbeit**

Pauls bezieht sich zunächst auf Wendts Definition Klinischer Sozialarbeit im „Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit“ aus dem Jahre 1997 und skizziert den Gegenstand Klinischer Sozialarbeit recht allgemein als „Behandlung psychosozialer Störungen und körperlicher Beeinträchtigungen mit dem Ziel der Heilung, Linderung und Besserung“ ( Pauls, 2004, S. 12). Unter dem Begriff Behandlung werden hier sämtliche Interventionsmöglichkeiten der psychosozial orientierten Praxis subsumiert; dies unter Verwahrung gegen eine unzulässige Reduktion auf explizit psychotherapeutische Methoden. In diesem Sinne stellt Klinische Sozialarbeit eine anwendungsorientierte Theorie für Handlungsfelder psychosozialer Unterstützung dar, welche sozialpädagogisch gelagerte Arbeitsansätze mit psychotherapeutischer Perspektive und den dazugehörigen psychotherapeutischen Methoden integrieren möchte. Weiterhin führt Pauls eine zwar ältere, aber differenziertere Begriffsfestlegung Klinischer Sozialarbeit eines Zusammenschlusses mehrerer Sozialarbeitsorganisationen aus den USA aus dem Jahre 1989 ins Feld, welche ich aus vertiefenden Gründen der von Pauls verwandten Definition nach Wendt hier ergänzend einbringen möchte. Hierin heißt es, das Ziel Klinischer Sozialarbeit sei die Verbesserung und Stabilisierung der psychosozialen Funktionsfähigkeit des oder der einzelnen Klienten, von Familien oder der Gruppe. Klinische Sozialarbeit umfasse zu diesem Zweck die professionelle Anwendung der Theorien und Methoden der Sozialen Arbeit in der Behandlung und Verhütung psychosozialer Dysfunktionalität, bei Beeinträchtigung oder Behinderung einschließlich emotionaler und geistiger Störungen. Klinische Sozialarbeit müsse sich hierbei auf Wissensgrundlagen und Theorien der psychosozialen Entwicklung und des Verhaltens beziehen, sowohl auf die Psychopathologie als auch auf unbewusste Motive, auf interpersonale Beziehungen, umgebungsbedingten Stress, auf die sozialen Systeme und die kulturelle Vielfalt. Diese hier genannten Bezugspunkte Klinischer Sozialarbeit seien im Sinne der sozialökologischen Perspektive, der Betrachtung der „ Person-in-ihrer-Umgebung“ zu berücksichtigen ( vgl. Pauls, Klinische Sozialarbeit, 2004, S. 14). Methodische Ansatzpunkte der Interventionen Klinischer Sozialarbeit lägen dieser Gegenstandsbestimmung zufolge in der zwi-

schenmenschlichen Begegnung im Rahmen der Arbeitsbeziehung, im Bereich intrapsychischer Dynamiken, der Alltagsunterstützung und der Fallsteuerung. Hier wird - analog zu der erstgenannten Begriffsbestimmung nach Wendt - deutlich erkennbar, dass Klinische Sozialarbeit neben der sozialpädagogischen Fundierung einen starken Bezug auf psychotherapeutisch orientierte Zugänge zu Entwicklungsprozessen des Klienten bzw. der Klientin nimmt ( vgl. Pauls, 2004, S. 14). Dienstleistungsangebote der Klinischen Sozialarbeit bestünden im Assessment, in der Diagnose, der Behandlung ( sowohl psychotherapeutische als auch beratende Angebote), der klientenzentrierten Fürsprache, der strategischen Beratung und der Evaluation, so Pauls. Gemäß Pauls lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die Klinische Sozialarbeit ihre Daseinsberechtigung also als eine Ergänzung der generalistischen Sozialarbeit im Sinne einer Fachsozialarbeit mit spezifischen Kompetenzen in der psychosozialen Versorgung von Einzelnen und Gruppen mit gesundheitsrelevanten Störungsbildern unterschiedlichster Art bezieht.

Unter Bezug auf Schaub, 2004, lassen sich folgende zwei Hauptmerkmale Klinischer Sozialarbeit festhalten: Klinische Sozialarbeit sei interdisziplinäres, gesundheitsbezogenes Handeln in sozialen Situationen für und mit Menschen, die von gesundheitlichen Problemen bedroht, auffällig oder erkrankt seien. Weiterhin erfolge dieses Handeln auf Grundlage eigener Verstehensmodelle von Gesundheit und Krankheit und unter Nutzung eigener Handlungskonzepte und Handlungsstrategien ( vgl. Schaub, 2004, S. 20). Schaub untermauert diese Sicht Klinischer Sozialarbeit mit der Benennung sozial bedeutsamer Charakteristika Klinischer Sozialarbeit. All die hier im Folgenden benannten Charakteristika Klinischer Sozialarbeit beziehen sich auf die soziale Dimension gesundheitsbezogener Problemstellungen. Klinische Sozialarbeit sei demnach niedrigschwellig, denn sie wolle Menschen erreichen, die die Versorgungsangebote des Gesundheitssystems nicht von sich aus aufsuchen würden. Klinische Sozialarbeit ist familienorientiert, denn sozial wirksame Aspekte von Gesundheit bzw. Krankheit werden im Familiensystem evident. Klinische Sozialarbeit erfordert ein eigenständiges Beratungsmodell, welches im Sinne einer sozial wirksamen Intervention arbeitet, denn gesundheitsbezogene Wechselwirkungen von Krankheit und Gesundheit auf den Ebenen der Lebensweisen und –lagen müssten erfasst und beeinflusst werden. Klinische Sozialarbeit arbeitet mit persönlichen und sozialen Ressourcen der jeweiligen Klienten. Klinische Sozialarbeit integriert die salutogenetische Sichtweise. Klinische Sozialarbeit kooperiert mit den weiteren am



Fall des Klienten bzw. der Klientin beteiligten Berufsgruppen im Sinne einer integrierenden Gesundheitsversorgung ( vgl. Schaub, 2004, S. 22 f).

### **Zum Verhältnis von Klinischer Sozialarbeit und Psychotherapie**

Im vorangegangenen Abschnitt wurde Klinische Sozialarbeit als integrierender, sozialpädagogisch basierter Arbeitsansatz mit psychotherapeutischer Perspektive dargestellt. Ich möchte dieses Integrationsverhältnis zwecks einer genauen Klärung der Gemengelage im Folgenden kritisch überprüfen. Zunächst sei festgestellt, dass der Begriff Psychotherapie in dem hier verwandten Zusammenhang sämtliche wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Schulrichtungen ( psycho-analytische bzw. tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische Verfahren usw.) einschließt und nicht auf ein spezielles Verfahren abhebt. Der Begriff Therapie wird als Kranken- und Heilbehandlung definiert ( vgl. Duden, 1990, S. 778), der Begriff Psychotherapie als „ ..Wissenschaft von der Behandlung psychischer und körperlicher Erkrankungen durch systematische Beeinflussung ( z.B. Suggestion, Hypnose, Psychoanalyse) des Seelenlebens“ ( Duden, 1990, S. 647). Zum Verhältnis von Sozialarbeit und Psychotherapie lassen sich bei Pauls folgende Hinweise finden. Zum Ersten betont er unter Rückgriff auf Klevé die Differenzen beider Disziplinen. Demnach sei Sozialarbeit durch ihre Fokussierung auf den sozialen Kontext einer Person, also durch die lebensweltliche oder sozialökologische Orientierung, an einer Externalisierung von Problemlagen beteiligt, wohingegen psychotherapeutische Behandlungen ausschließlich an der Umstrukturierung der menschlichen Psyche ansetzen. Gleichzeitig wird der Gedanke des doppelten - eben sozialarbeiterischen und psychotherapeutischen - Arbeitsansatzes berücksichtigt: denn es sei Klevé zufolge nicht ausreichend, auf „...die sozialökologischen und systemischen Kontextbedingungen der Klientinnen mit Veränderungsintentionen einzuwirken, denn es sollte nicht übersehen werden, dass der Austausch mit dem Umfeld zwar davon abhängt, welche Möglichkeiten dieses bietet, aber auch davon, welche Optionen der Person durch ihre innere Struktur zur Verfügung stehen“ ( ebd., 39) ( Pauls, 2004, S. 122). Hier wird also ein logischer Zusammenhang angesprochen, der ganz einfach in der Notwendigkeit der Gleichzeitigkeit von sozialer und intrapsychischer Entwicklung besteht. Pauls trägt diesem Gedanken Rechnung, indem er betont, dass psychotherapeutische Sichtweisen und Methodenkompetenz nicht nur einen wichtigen Beitrag zur psycho-sozialen Behand-

lung leisten würden, sondern im Kontext der sozialen Einzelfallhilfe zum Verständnis der innerpsychischen Vorgänge beim Klientel unverzichtbar seien. In der professionellen beziehungsorientierten Arbeit und hinsichtlich der Reflexion der Gegenseitigkeit von Helfer und Klient sei psychotherapeutisches Basiswissen unerlässlich. Darüber hinaus werde psychotherapeutisches Spezialwissen benötigt, um bspw. Gesprächsführung, Erlebnisverarbeitung, Beratung, Soziale Therapie und Krisenintervention zielführend bewältigen zu können. Von fundamental wichtiger Bedeutung scheinen mir die Aussagen Winnicotts, 1984, zum gleichen Thema. Winnicott sieht in jedem (psychiatrischen) Sozialarbeiter einen Therapeuten, welcher das relative Versagen der Umweltversorgung wiedergutmacht ( vgl. Pauls, 2004, S. 272). Somit übernimmt der Klinische Sozialarbeiter elterliche Funktionen mit der Zielperspektive, dem Klienten bzw. der Klientin im Alltagskontext einen Reifungsprozess für dessen bzw. deren persönliches Wachstum durch die Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen zu bieten. Diese bestehen im Angebot neuer, nährenden, schützender, unterstützender oder begrenzender interpersonaler Erfahrungen. Die therapeutische Herangehensweise Klinischer Sozialarbeit ist also im Wesentlichen ein kompensatorisches Angebot. Pauls ergänzt diese Ausführungen um die Aussage, dass psychotherapeutisches Wissen im Sinne der Selbsterfahrung des Helfers geboten sei, um auch die eigene Persönlichkeitsentwicklung zu befördern. Dies mit der Maßgabe, die eigene Lebensbewältigungskompetenz in die Unterstützungsleistung gegenüber dem Klientel einfließen lassen zu können. Zum Zweiten kommt Pauls unter Rückgriff auf Hey auf die Rezeption von Psychotherapie im funktionalen wie im methodischen Sinne zu sprechen. Im funktionalen Sinne sei Psychotherapie ein speziell indiziertes Therapieangebot als ärztliche Reaktion auf ein medizinisch diagnostiziertes Krankheitsbild. Im methodischen Sinne bieten psychotherapeutische Verfahren systematisierte Formen personaler Interaktion, welche, so Hey, sich nicht für eine bestimmte Berufsgruppe monopolisieren lassen würden. Folgt man dieser Logik, so stehen also methodische Grundlagen aus psychotherapeutischen Schulrichtungen für benachbarte Disziplinen – also auch der Sozialarbeit und Sozialpädagogik - zur Verfügung. In der berufsständischen Ausprägung stehen Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen psychotherapeutische Qualifikationen in den folgenden Handlungsfeldern offen: In der ambulanten Rehabilitation von suchtkranken Menschen, in der ambulanten Soziotherapie psychisch kranker Menschen und in der Kinder- und Jugendpsychotherapie. Es lässt sich aufgrund der hier angeführten Aussagen zum Mischungsverhältnis von

Psychotherapie und Sozialarbeit im Zusammenhang mit dem Konzept Klinische Sozialarbeit schlussfolgern, dass Klinische Sozialarbeit in hohem Maße auf fundiertes psychotherapeutisches Wissen des Helfers einerseits und auf psychotherapeutisch begleitete und initiierte Selbsterfahrung des Helfers andererseits angewiesen ist, um mit den sich in der Praxis Klinischer Sozialarbeit stellenden Problemlagen adäquat und in produktiver Weise umgehen zu können. Das Verhältnis von sozialarbeitsorientierten Anteilen und psychotherapeutischen Grundkenntnissen in der Ausbildung ist aufgrund des berufsqualifizierenden Hintergrundes Klinischer SozialarbeiterInnen als Dipl.SozialpädagogInnen bzw. Dipl.SozialarbeiterInnen nicht gleichwertig, sondern im Sinne psychotherapeutisch qualifizierender Weiterbildungen nachholend auszugleichen.

## **2.2 Handlungsfelder der Klinischen Sozialarbeit**

Wo kommt die oben umrissene Fachsozialarbeit nun zur praktischen Anwendung? Wie weiter oben bereits angesprochen geht Klinische Sozialarbeit über den Tätigkeitsbereich der üblichen sozialpädagogischen Arbeit hinaus. Dies müsste dem entsprechend im Praxisfeld Klinischer Sozialarbeit zum Ausdruck kommen. Pauls bemerkt hierzu, dass Klinische Sozialarbeiter es mit einem bezüglich der gegebenen Problemstellungen wesentlich breiter aufgefächertem Klientenkreis zu tun bekämen; und dies „ in viel unterschiedlicheren und vielfältigeren Settings als andere Gesundheitsberufe“ ( Pauls, 2004, S. 17). Die Aufgabenstellungen und sozialarbeiterischen Funktionen hinsichtlich Beratung, Betreuung, Therapie und Intervention gegenüber hilfesuchenden Menschen seien grundsätzlich breiter gestreut. Pauls nennt die derzeit bestehenden Einrichtungen der psycho-sozialen Versorgung als Tätigkeitsfeld für die Klinische Sozialarbeit. Diese sind Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe, psycho-soziale Beratungs- und Therapieangebote im Rahmen ambulanter Hilfen, Angebote sowohl in den Vorfeldern als auch in den Kernbereichen der psychiatrischen Versorgung, in ambulanten und stationären Suchtbehandlungsangeboten, in den Fach- und Akutkrankenhäusern, in Institutionen des Maßregelvollzugs und den daran angeschlossenen Resozialisierungsangeboten sowie in der Geriatrie und der Gerontopsychiatrie.

## **2.3 Theoriebezüge Klinischer Sozialarbeit**

Im vorangegangenen Abschnitt 2.1 wurde dargestellt, dass Klinische Sozialarbeit spezifischer Kompetenzen in der psycho-sozialen Versorgung einzelner Klienten und von Gruppen mit gesundheitsbezogenen Störungsbildern bedarf. Hierzu sind fundierte Wissensgrundlagen vonnöten, welche den Klinischen Sozialarbeiter überhaupt erst befähigen, in dem weiter oben umrissenen Arbeitsfeld behandelnd tätig werden zu können. Pauls - weiterhin Schaub, Ortmann u. Röh - unternehmen den Versuch, theoriegestützte Bezüge für ein solches behandlungsorientiertes sozialarbeiterisches Vorgehen zu schaffen. In diesem Kapitel meiner Arbeit werde ich die von Pauls benannten theoretischen Grundlagen der Klinischen Sozialarbeit betrachten und aufbereitend darstellen. Die von Pauls herangezogene Auswahl an Theoriegrundlagen für die Klinische Sozialarbeit sind die bio-psycho-soziale Perspektive, der Bezug auf die bekannten Sozialisationstheorien ( wie etwa die Identitätsentwicklung nach Erik Erikson, 1950 und 1963) im Zusammenhang mit der Entwicklung des Menschen über den gesamten Lebensverlauf, die sozialökologisch orientierten Arbeiten ( das Modell der Person-in-der Situation), Theorieentwürfe bezüglich Gesundheit und Krankheit, etwa die Salutogenese nach Antonovsky aus dem Jahr 1997, Modelle des Copings und der Stressbewältigung. Diese hier angesprochenen Theoriegrundlagen der Klinischen Sozialarbeit sollen die Problemlagen des Klientels Klinischer Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen zum Zweck der ausgewiesenen fach-spezifischen psycho-sozialen Behandlung verstehbar und somit erst professionell handhabbar machen helfen.

### **2.3.1 Die bio-psycho-soziale Perspektive**

Unter Rückgriff auf die drei Dimensionen biologische und psychische Verfasstheit sowie soziale Verortung versucht Pauls die komplexen Zusammenhänge des menschlichen Daseins greifbar zu machen. Er folgt hierbei der Grundannahme, dass Vulnerabilität und Krankheit Resultat des gestörten Zusammenspiels dieser drei benannten Dimensionen der Existenz des oder der Einzelnen sind. Pauls verweist in diesem Zusammenhang auf die Emergenztheorie nach von Uexküll, 1986, um das dreidimensionale Verständnismodell menschlichen Erlebens wissenschaftlich zu stützen. Klinische Sozialarbeit müsse sich dieser Dreiteilung in der Wahrnehmung

des Klienten bzw. der Klientin anschließen und die Eingebundenheit von Psyche und körperlicher Bedingtheit des oder der Einzelnen in dass jeweilige soziale Bezugssystem berücksichtigen. Hintergrund dieser Ausführung ist, dass psycho-soziale Integration sowie soziale Unterstützung gemäß gesundheitswissenschaftlicher Forschung wirksame Schutzfaktoren vor körperlichen und psychischen Erkrankungen seien. Die soziale Dimension als Ansatzpunkt helfender Interventionen der Sozialen Arbeit rückt somit in den Vordergrund. Pauls zieht den Schluss, dass psychische und körperliche Rehabilitation gleichbedeutend mit sozialer Rehabilitation, also der Eingliederung des oder der Einzelnen in eine wohltuende soziale Bezüglichkeit ist. Der sozialen Dimension muss im Gesundheitswesen der ihr nach dem heutigen Stand der Forschung zukommende Platz eingeräumt werden, so Pauls ( vgl. Pauls, 2004, S. 35). Pauls begründet seine Ausführungen zur therapeutisch wirksamen Beeinflussung des Klienten im Sinne der bio-psycho-sozialen Dimensionen mit folgender Überlegung: „ Das Klientel Klinischer Sozialarbeit leidet sehr häufig unter schweren psychischen und geistigen Befindlichkeitsbeeinträchtigungen und Selbstwertstörungen, die als eine Art Bindeglied zwischen den krankmachenden sozialen Lebensumständen einerseits und biologisch-körperlichen Erkrankungen und Behinderungen andererseits fungieren“ ( Pauls, 2004, S. 44f). Hier spricht Pauls zu vermutende Interaktionseffekte und Wechselwirkungen zwischen den drei Dimensionen der bio-psycho-sozialen Sichtweise an. Wie sind diese Interaktionen beschaffen? Pauls weist darauf hin, dass die biologische Dimension in der öffentlichen Wahrnehmung als die wesentliche, d.h. als diejenige Dimension, welche psychisches Erleben und soziale Integration maßgeblich bestimme, rezipiert werde. Dies macht er deutlich am Beispiel der Neuroplastizität des Gehirns. Veränderungen im Verhalten und Erleben drücken sich demnach in einer nachweisbaren Strukturänderung im menschlichen Hirn aus. Pauls schlägt den Bogen zur Bindungstheorie ( nach John Bowlby, 1975), welche die frühen Beziehungserfahrungen des Säuglings im Rahmen der Regulierungsversuche zwischenmenschlicher Nähe als Basis für die im Entstehen begriffene Persönlichkeit des Kindes untersucht. Vor dem Hintergrund der Bindungstheorie wird deutlich, dass der Faktor sozialer Kontakt in hohem Maße Einfluss auf die Entwicklung des menschlichen Hirns nimmt. Pauls stützt sich auf die Zusammenfassung von Amini u.a., 1996, um aus diesem Umstand Schlussfolgerungen für die Klinische Sozialarbeit abzuleiten. Diese möchte ich in verkürzter Form wiedergeben, um verständlich zu machen, inwiefern die bio-psycho-soziale Perspektive für die Klinische Sozialar-

beit von Bedeutung ist. Amini u.a. zufolge sei der Mensch als soziales Tier unfähig, das eigene neuro-behaviorale Gleichgewicht selbst zu regulieren und daher abhängig von „sozialem Input“, um biologisch-neurologisch zu funktionieren. Die Selbstregulation neuro-behavioraler und physiologischer Gleichgewichtszustände im Organismus sei abhängig von einer befriedigenden und nahen Bindungsbeziehung. Hier wird eine basale zwischenmenschliche Bezogenheit festgestellt und die soziale Bedürftigkeit im Sinne eines biologischen bzw. physiologischen Vorganges als angemessen eingestuft. Diese soziale Bedürftigkeit spiele eine große Rolle bei der Entstehung und auch bei der Veränderung bio-psycho-sozialer Abweichungen. Diese Beziehungserfahrungen hätten sich in Mustern der psycho-somatischen Regulation und der Emotions- und Sozialregulation in der Hirnstruktur niedergeschlagen. Diese neuroplastischen Muster seien im Hier-und-Jetzt wirksam und aktiv. Pauls vollzieht einen diese Sachverhalte zusammenfassenden Schluss, indem er resümiert. Dass der Innerpsychischen Strukturbildung primär die soziale Beziehungserfahrung voraus gehe. Dies habe Wurzeln sowohl in den psycho-sozialen Beziehungserfahrungen *zwischen* Menschen im Rahmen übergreifend wirkender Situationen bzw. Umwelten ( Bateson 1983) als auch im ererbten biologischen Potenzial“ ( vgl. Pauls, 2004, S. 49). Pauls bestimmt die helfende Beziehung zwischen Klinischem Sozialarbeiter und Klient als eine Bindungsbeziehung, welche physiologische Regulierung, also die Beeinflussung biologischer ( neuroplastischer) Prozesse beinhalten könne. Die biologische und psychologische Verfasstheit des Menschen bilde sich in Abhängigkeit vom Angebot an sozialen Beziehungen heraus. Die beziehungsorientierte Behandlung des Klienten mit sozialen Mitteln könne somit gleichrangig neben die somatische, psychosomatische und psychotherapeutische Behandlung gestellt werden. Hiermit ist durch die oben dargestellte Verschränkung der drei Dimensionen menschlichen Daseins biologische und psychische Bedingtheit sowie soziale Verwiesenheit ein schlüssiger Ansatzpunkt für die Klinische Sozialarbeit entwickelt worden.

### **2.3.2 Zur Entwicklung des Menschen im Lebenslauf**

Pauls stellt die Behauptung auf, dass Gesundheit zunächst gesunde Entwicklung bedeute. Hierin ist bereits die Implikation angelegt, dass Entwicklung - im Sinne einer gesunden bio-psycho-sozialen Entwicklung - in einem transaktionalen Mensch-Umwelt Gesamtzusammenhang stattfindet, in welchem der Mensch seine Umwelt

aktiv mit gestaltet. In dieser systemisch geprägten Auffassung entstehen und entwickeln sich psycho-soziale Störungen im Rahmen der psychischen und körperlichen Entwicklung sowie der gegebenen sozialen Abhängigkeitsverhältnisse in der Lebenswelt des Einzelnen. Pauls entwirft eine Grundorientierung für die auf die Verbesserung von psycho-sozialer Funktionalität gerichtete Klinische Sozialarbeit in Gestalt von sechs Leitlinien eines systemisch-erfahrungsorientierten Verständnisses menschlicher Entwicklung. Diese möchte ich in der gebotenen Kürze hier wiedergeben und erörtern.

1) *Der Mensch ist ein aktives, selbstgestaltendes Wesen, das in fundamentaler Weise auf soziale Bindungen angewiesen ist und Bindungserfahrungen verinnerlicht.* Hiermit ist angesprochen, daß bereits in früher Kindheit in einem aktiven Prozeß psychische Arbeitsmodelle auf Grundlage von Selbst- und Beziehungserfahrungen zur Regulation zwischenmenschlicher Beziehungen gebildet werden. Diese werden als Bindungsmuster bezeichnet und können Zeit überdauernd bis ins Erwachsenenalter wirksam sein. Die Bindungsmuster sind wahrnehmungsweisend und somit handlungsmotivierend.

2) *Menschen entwickeln und verändern sich im Lebenslauf.* Dies ist zwar eine offensichtlich banale Feststellung; der Umstand, dass sich alles verändert, bedeutet gleichfalls, dass alles veränderbar, beeinflussbar ist. Dies ist Ausgangspunkt der sozialtherapeutisch wirksamen, also: der auf Veränderung, Verbesserung, Gesundung bezogenen Klinischer Sozialarbeit.

3) *Erleben und Verhalten entwickeln sich als kreative Anpassung des Organismus und der Person an die soziale Umgebung.* Die soziale Dimension ist Mittelpunkt einer gesunden psycho-sozialen Entwicklung. Die Fehlanpassung in der Entwicklung in Gestalt psycho-sozialer Störungsbilder repräsentiert in dieser Logik immer auch eine zwischenmenschliche Beziehungsstörung.

4) *Es gibt Spielräume und Chancen für eine Entwicklungsförderung und für individuelle Veränderung im Rahmen sozialer Maßnahmen.* Grenzen und Möglichkeiten psycho-sozialer Entwicklung sind fachlich zu sondieren und in der Hilfeplanung zu berücksichtigen. Die gegebenen Problemlagen in den Fallgeschichten Klinischer Sozialarbeit sind im Zusammenhang mit Strukturen und Funktionen des Lebenskontextes zu erfassen und auf deren Reziprozität mit sozialen Störungen und psychischen Erkrankungen hin zu überprüfen. Nach einer Analyse des Gesamtzusammenhangs des

Falls können entwicklungsadäquate psycho-soziale Hilfestellungen initiiert, Ressourcen aktiviert werden.

5) *Entwicklung und Verhalten des Einzelnen vollzieht sich immer in sich historisch wandelnden sozialen und ökologischen Kontexten.* Der Soziale Wandel und die daran anknüpfenden Veränderungen der gesellschaftlichen Institutionen, der ideologische, politische und der wirtschaftliche Wandel müssen in die Analyse der Gesamtsituation des Klienten integriert werden. Die sozialisatorischen Erfahrungen des Klienten sind durch Wandlungsprozesse in den genannten Bereichen strukturiert und dem entsprechend zu berücksichtigen.

6) *Die Entstehung psycho-sozialer Störungen ist komplex.* Entwicklung ist kein singuläres Ereignis, sondern als ein sich kontinuierlich erneuernder Prozess vorstellbar zu machen. Somit entstehen psycho-soziale Störungsbilder – ebenso wie psycho-soziale Schutzfaktoren und Ressourcen – transaktional, über einen bestimmten zeitlichen Verlauf und prozesshaft im Kontext eines bio-psycho-sozialen Bedingungsgefüges.

Im Kern läuft das Bemühen Pauls` darauf hinaus, die erschwerte Identitätsentwicklung benachteiligter junger Menschen in der postmodernen Gesellschaft zu benennen und sozialisationstheoretische Anknüpfungspunkte zur Unterstützung einer gesunden psycho-sozialen Entwicklung zu finden. Unter Bezug auf Sozialisationstheorien ( i.E. die von H. Thomaes, 1968, und E. Erikson, 1950 u. 1963) beschreibt Pauls die Notwendigkeit der erfolgreichen Bewältigung von Lebensereignissen zur Persönlichkeitsreifung und Entwicklung einer sicheren Identität. Er stellt heraus, dass sozialisatorisch relevante Aufgaben in erster Linie sozial definiert seien und stets Ereignisse im Zusammenhang mit zwischenmenschlicher Beziehung und Begegnung seien. Diese Ereignisse würden ständige Umformungsprozesse des Selbst und der Identität befördern. „ Gesunde Entwicklung verlangt, Identität und Selbstbild in konstruktiver Auseinandersetzung mit den von der sozialen Umgebung und der eigenen Reifung gestellten Entwicklungsaufgaben kontinuierlich umzugestalten“ ( Pauls, 2004, S. 65). Pauls erweitert die sozialisationstheoretischen Erkenntnisse um das Modell des Selbstkonzepts nach Schauder, 1996. Dem zu Folge handelt es sich beim Selbstkonzept um eine „ ..veränderliche, multidimensionale und mit der sozialen Umwelt interaktiv verbundene, dynamische und flexible Organisation zentraler und peripherer Aspekte des Selbst, die in sich konsistent, kohärent und relativ stabil ist“ ( Pauls, 2004, S. 66). Dies ist insofern von Bedeutung für die Klinische Sozialarbeit,



als dass das Selbst einer jeden Person in den Worten Pauls: eine integrierte bio-psycho-soziale Funktionsgestalt in der Psyche des bzw. der Einzelnen bildet und in hohem Maße den Prozess der eigenen aktiven Auseinandersetzung mit den eigenen Sozialisationserfahrungen im Rahmen zwischenmenschlicher Interaktionsprozesse widerspiegelt. Dieses hier in aller Kürze geschilderte Modell des Selbstkonzepts ist dem gemäß ein Ansatzpunkt für die professionelle psycho-soziale Behandlung. Einen weiteren Ansatzpunkt Klinischer Sozialarbeit sieht Pauls in diesem Zusammenhang im Angebot kompensatorischer Beziehungs- und Selbsterfahrungen an die hilfebedürftigen jungen Menschen. Diese sollen zur Stabilisierung eines Selbstkonzepts und zu einem erhöhtem Selbstwertgefühl sowie darauf aufbauend zu einer erhöhten Orientierungs- und Handlungsfähigkeit, kurz: zur Beförderung einer gesunden psycho-sozialen Entwicklung beim Klienten führen.

### **2.3.3 Die „ Person-in-der- Situation“ - Perspektive**

Klinische Sozialarbeit hat eine wirksame psycho-soziale Veränderung des Klienten bzw. der Klientin zum Ziel. Diese Veränderungsabsicht bezieht sich in doppelter Aufgabenstellung sowohl auf Verhalten als auch auf Verhältnisse der hilfeschuchenden Person. Hiermit richtet die Klinische Sozialarbeit ihre Aufmerksamkeit auf die Person innerhalb ihres jeweiligen Lebenskontextes – ihrer jeweiligen Situation. Gemäß dem transaktionalen Verständnis geraten also die Verschränkungen, Wechselwirkungen und das Ineinandergreifen von Person und Umwelt in den Blick. Pauls zieht die Theorie des Verhaltens von Kurt Lewin, 1951, 1963, heran, um menschliches Verhalten als Ergebnis der Wechselwirkung von physikalischer Umwelt und psychologischer Verarbeitung ( dem kognitiv konstruierten Verständnis der Umwelt) der Person zu fassen; eben nicht als Resultat von Eigenschaften des Einzelnen. Die Grenzen zwischen physikalischer und psychologisch rezipierter Umwelt seien dabei fließend und wechselseitig durchlässig. Pauls stützt sich weiterhin auf Erkenntnisse von Priller, 1996. Dieser erweitert unter Rückgriff auf Kluck und Westhoff die oben angesprochene Theorie von Lewin um die Variablen: Umgebungsbedingungen, organismische Bedingungen, kognitive, emotionale, motivationale und soziale Faktoren. Diese sechs Koordinaten bestimmen demzufolge menschliches Verhalten in entscheidender Weise mit. Darüber Hinaus verfügt der Mensch grundsätzlich über Steuerungsmöglichkeiten des eigenen Verhaltens. Pauls belegt dies mit Aussagen

einer Veröffentlichung von Mischel, 1976. Der Mensch habe Kompetenzen ausgebildet, um in unterschiedlichen Situationen auch unterschiedliche Verhaltensmöglichkeiten nutzen zu können. Der Mensch verfüge über unterschiedliche Strategien, um seine Umwelt zu kodieren und zu kategorisieren. Der Mensch sei fähig, die erwartbar eintretenden Folgen seiner Handlungen zu überblicken. Menschen könnten den unterschiedlichen Wert unterschiedlicher Handlungsfolgen bestimmen. Menschen strukturierten ihre Umwelt gemäß eigener Pläne in unterschiedlicher Weise. Das Verhalten des einzelnen Menschen finde immer unter der Beeinflussung der eigenen Einschätzung der jeweiligen Situation, also in Auseinandersetzung mit den situationsgebundenen Reizen der Umwelt, statt. Die Umwelt stellt dabei zwei unterscheidbare Situationsqualitäten bereit: Gemäß Mischel seien dies starke ( eindeutige, hoch strukturierte) Situationen und schwache ( mehrdeutige, niedrig strukturierte) Situationen. Weiterhin müssen die objektive sowie die subjektive Wahrnehmung der Situation auseinandergehalten werden. Beide Perspektiven stellen zwar Zugänge zur Erfassung einer Situation dar; gleichzeitig überwindet die jeweilige Situation ( als Ereignis) die Subjekt-Objekt-Spaltung und integriert beide Positionen im Sinne der Betrachtungsweise „Person-in-der-Situation“.

So stellt Pauls ein Grundverständnis für die Eingebundenheit des Einzelnen in dessen jeweilig gegebene Lebensverhältnisse her. Inwiefern ist dies nun für die theoretische Ausrichtung Klinische Sozialarbeit bedeutsam? Pauls benennt auf Basis der oben dargestellten Konzeption der „Person-in-der-Situation“ drei sozialarbeiterisch relevante Dimensionen. Situation sei erstens um die vorbewußten und unbewußten psychischen Vorgänge zu ergänzen. Diese nähmen eine Position zwischen der erlebten und der objektiv gegebenen Situation ein. Zweitens schließe die Situation die materielle Umgebung und das soziale Umfeld mit ein; dies unabhängig von der Wahrnehmung durch den Einzelnen. Drittens seien nicht im subjektiven Erleben wahrgenommene objektive Merkmale einer Person – etwa Erkrankungen – zur Situation gehörig. Werden diese drei Dimensionen im Sinne des dargestellten Modells „Person-in-der-Situation“ berücksichtigt, so entsteht die folgende Ausgangssituation. Der Klinische Sozialarbeiter steht: „... immer in dem Spannungsfeld, über die Wahrnehmungen, Pläne und Entscheidungen der Person hinaus auch die objektiven Lebensbedingungen und die interpersonale Situation jenseits von deren Repräsentation bei der Person selbst in seine diagnostischen Abklärungen und Interventionen einzu beziehen“ ( Pauls, 2004, S. 74). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass behand-

lungsbedürftige psycho-soziale Problemlagen das Ergebnis individueller, sozialer und umgebungsbezogener Bedingungen sind. Diese Problemlagen müssen also auch unter Einbeziehung der individuellen, sozialen und umgebungsbezogenen Kontexte behandelt werden. Pauls nennt Ansatzpunkte für eine psycho-soziale Behandlung. Diese lägen zunächst im Individuum selbst. Dessen Bedürfnisse und Absichten, subjektive Wahrnehmungen, Bewertungen und Handlungsmuster seien zu berücksichtigen. Des Weiteren sind die sozialen Bezüge zu berücksichtigen. Diese Bezüge sind die vorhandenen zwischenmenschlichen Beziehungen, die Kommunikations- und Interaktionsmuster, die Einbindung in soziale Strukturen. Die körperliche Konstitution des Einzelnen ist mit einzubeziehen. Diese unterliegt der subjektiven und der sozialen Interpretation; diese Aspekte sind ebenfalls zu würdigen. Die Integration in die gesellschaftlichen ( hier im Sinne rechtlicher und politischer) Strukturen sind ein vierter Ansatzpunkt der Betrachtung der Person durch die Klinische Sozialarbeit. Chancen, Anforderungen, Unterstützungssysteme müssen mit in die Wahrnehmung aufgenommen werden. Als fünften Ansatzpunkt nennt Pauls die materielle Umwelt und deren Lebensbedingungen. Die hier skizzierte Perspektive der „Person-in-der-Situation“ bietet einen ganzheitlichen professionellen Blickwinkel auf den Klienten in seinen Lebenszusammenhängen und rekurriert auf ein Verständnis von Krankheit ( und Gesundheit) auf Basis des bio-psycho-sozialen Ansatzes.

#### **2.3.4 Krankheit und Gesundheit**

Gesundheitsförderung ist das Hauptanliegen Klinischer Sozialarbeit. Um verstehbar machen zu können, wie und wo Klinische Sozialarbeit ihre Ansatzpunkte zur professionellen Intervention finden kann, ist es notwendig, das Verhältnis von Krankheit und Gesundheit zu untersuchen. Dem bereits im vorangegangenen Abschnitt angesprochenen Verhältnis von Krankheit und Gesundheit möchte ich in diesem Kapitel nachgehen. Krankheit ist den Ausführungen Pauls' zufolge ein Begriff, der von Seiten der Politik und Rechtssprechung definiert und aus Gründen der sozialen Kontrolle für die Krankenversorgung im Gesundheitswesen bedeutsam sei. Das individuelle Krankheitsbild setzt sich dem gegenüber aus einzelnen Beschwerden und Symptomen zusammen. Dieses Krankheitsbild lässt sich zu einem Syndrom zusammenfassen, welches mittels eines Krankheitskatalogs ( etwa: ICD-10) einer Krankheit zuweisbar ist. Dieser Festlegung von Krankheit stellt Pauls die Definition von Ge-

sundheit durch die WHO gegenüber. Gesundheit sei „ ..ein Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ ( Pauls, 2004, S. 77). Ich möchte diese Begriffsbestimmung um die Definition von Gesundheit von Parsons, 1967 u. 1961 ergänzen. Dieser bestimmt Gesundheit als „ Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist“ ( Pauls, Klinische Sozialarbeit, 2004, S. 77). Hier wird erkennbar, dass Gesundheit eine soziale Dimension besitzt. Diese Orientierung wird von Pauls aufgegriffen. Er verweist darauf, dass die sozialen Lebensumstände und die dadurch mitbedingte psychische Befindlichkeit erheblichen Einfluss auf die psychische und körperliche Gesundheit nähmen. Klinische Sozialarbeit bezieht sich zentral auf die Förderung von Gesundheit. Dies legt nahe, dass die sozialen Einflüsse auf Gesundheit bzw. Krankheit des Einzelnen untersucht werden müssen, um Anhaltspunkte für gesundheitsbezogene Behandlung von psycho-sozialen Problemstellungen zu entdecken. Dies möchte Pauls über den Bezug auf Erkenntnisse von Siegrist, 1998, bewerkstelligen. Siegrist hat vier Ebenen sozialer Einflüsse auf die Gesundheit herausgearbeitet. Erstens nähmen Zugangs- und Teilhabechancen hinsichtlich des Gesundheitsversorgungssystems Einfluss auf Gesundheit. Zweitens begünstigten Armut, soziale Benachteiligungen, ungünstige Wohn- und Arbeitsverhältnisse sowie niedrige soziale Schichtzugehörigkeit Entwicklung und Verlauf von Krankheiten. Drittens sei gesundheitsschädliches wie auch gesundheitsförderliches individuelles Verhalten in einen Einfluss nehmenden soziokulturellen Kontext integriert. Viertens lägen gesundheitsschädigende Einflüsse in chronischen Belastungszuständen, die mit negativen Gefühlen verbunden sind. Hierzu zählt Siegrist Emotionen der Bedrohung, Angst und Hilflosigkeit, aber auch der Irritierung und Verärgerung. Diese wirkten sich als chronischer sozio-emotionaler Distress schädigend auf den Organismus aus. Hier wird nachgewiesen, dass es einen Zusammenhang von Distress und Erkrankung gibt. Besonders betonenswert erscheint mir der Verweis Pauls' auf die WHO, welche die lückenhafte Versorgung der von durch psycho-soziale, sozi-ökologische und ökonomische Problemstellungen verursachte Formen seelischer Erkrankung bedrohten oder bereits betroffenen Menschen benennt. Dies kann durchaus als stressverschärfender Faktor gewertet werden. Hier sind Hilfsangebote psycho-sozialer Behandlung notwendig. Pauls führt weiter aus, dass eine neue Form psycho-sozialer Behandlung erst die Voraussetzung schaffe, um den Anspruch der Wahrnehmung komplexer Problemstellungen sowie deren Bearbeitung im

Sinne des bio-psycho-sozialen Modells überhaupt erst einzulösen ( vgl. Pauls, 2004, S. 82). Tatsächlich ist es so, dass die soziale Ebene in der regelhaften Behandlung von Krankheit derzeit keine systematische Beachtung findet. Die Berücksichtigung psycho-sozialer Faktoren für die Ätiologie von Krankheit in der professionellen Wahrnehmung von Krankheit durch die Soziale Arbeit ist in diesem Sinne als eine Ergänzung des naturwissenschaftlich orientierten ärztlichen Blickes zu verstehen. Pauls stützt sich in der theoretischen Fundierung dieses Gedankens auf das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell nach Engel, 1981 und die Theorie der Salutogenese nach Antonovsky, 1979 u. 1993. Ich möchte an dieser Stelle ausschließlich die Theorie der Salutogenese in ihren Grundzügen darstellen. Diese berücksichtigt in zentraler Weise Aussagen zur Bewältigung von Belastung und Erkrankung und ist deshalb – im Sinne des oben dargestellten Konzeptes „ Person-in-der-Situation“ und dessen transaktionaler Ausrichtung- besonders anschlussfähig für die Praxis Klinischer Sozialarbeit. Antonovsky wandte sich in seinen Überlegungen der Frage zu, was Menschen gesund erhält. Somit stellte er der pathogenetischen Sicht ( was führt zu Krankheit?) die salutogenetische Orientierung ( Was erhält und fördert Gesundheit?) gegenüber. Hauptaussage Antonovskys ist, dass Menschen mehr oder weniger krank bzw. gesund seien. Er entwirft ein Kontinuum zwischen den Polen Krankheit - Gesundheit, in welchem Menschen sich Zeit ihres Lebens bewegten und konterkariert damit die klassisch-medizinisch-naturwissenschaftliche Rezeption, nach welcher Krankheit eine Abweichung vom Normalzustand Gesundheit sei. Antonovsky verweist auf die allgegenwärtigen Kräfte der jeweilig gegebenen Stressoren, welchen der Einzelne, stetig aktiv seine Umwelt adaptierend, die Unordnung gestaltend, entgegen treten müsse, um die Selbstauflösung abzuwehren. Die von Antonovsky formulierte Fragestellung ist also, welche Faktoren dazu beitragen, dass Menschen sich trotz allgegenwärtiger Stressbelastungen eher am Pol der Gesundheit aufhalten. Gesundheit definiert Antonovsky qualitativ als einen anfälligen und aktiven Prozess, welcher sich in dynamischer Weise selbst reguliere, immer gegenwärtig sei und zeitlebens andauere. Eine inhaltliche positive und idealtypische Begriffsfassung von Gesundheit lehnt Antonovsky aus Gründen der unzulässigen normorientierten Bewertung ab. Neben dem Krankheits-Gesundheits-Kontinuum bestimmt Antonovsky drei weitere Elemente des salutogenetischen Konzeptes. Diese sind das erstens Kohärenzgefühl, zweitens Stressoren und Spannungszustände und drittens generalisierte Widerstandsressourcen. Das Kohärenzgefühl beinhaltet die drei Komponenten:

das Gefühl der Verstehbarkeit, das Gefühl der Handhabbarkeit sowie das Gefühl der Sinnhaftigkeit. Das Kohärenzgefühl sei eine globale Orientierung, die das Maß ausdrückt, in welchem eine Person ein grundlegendes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens habe, dass Anforderungen aus der inneren oder äußeren Erfahrungswelt strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind, dass die Ressourcen verfügbar sind, um den Anforderungen des Lebens entsprechen zu können und dass diese Anforderungen auch den individuell zu erbringenden, notwendigen Aufwand wert sind. Hierbei spielt die Partizipation der betreffenden Person an der Gestaltung der Resultate der jeweiligen Handlung, also die aktive Umgangsweise mit einer gegebenen Problemstellung eine höchst bedeutsame Rolle. Die Bewältigung von schwierigen, herausfordernden Lebenslagen wird gesundheitsfördernde Effekte haben; ebenso kann der Ausschluss von Prozessen aktiver Lebensbewältigung negative, auch somatische Wirkungen erzeugen. Ein in hohem Maße vorhandenes Kohärenzgefühl befähigt den oder die Einzelnen, situations- und belastungsangemessen reagieren zu können. Antonovskys Überlegungen implizieren folgende Schlussfolgerungen für die Klinische Sozialarbeit: die dauerhafte positive Veränderung des Kohärenzgefühls eines Klienten psycho-sozialer Hilfeleistung muss Ansatzpunkt der professionellen Intervention sein.

### **2.3.5 Soziale Unterstützung**

Wie im vorangegangenen Abschnitt deutlich wurde stellt der Faktor Stress und Stressbewältigung eine entscheidende Rolle im Kontext von Gesundheit und Krankheit dar. Im Sinne der Gesundheitsförderung als Hauptanliegen Klinischer Sozialarbeit geht es in zentraler Weise um die Unterstützung der erfolgreichen Bewältigung von schädlichem Stress ( Distress). Wie ist der Prozess der Stressbewältigung theoretisch zu fassen? Pauls bezieht sich in seiner Vorstellung von Stressbewältigung erneut auf die bio-psycho-soziale Sichtweise. „ Psycho-soziale Gesundheit, Stressbewältigung und Stressprophylaxe betrifft somit die individuelle innerpsychische Belastungsbewältigung, Widerstandsressourcen, und Widerstandfähigkeit, soziale Beziehungen ( soziale Unterstützung und soziale Integration) sowie die Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen, den biologischen Status und die ökonomische Situation“ ( Pauls, 2004, S. 97). Zur theoretischen Fundierung zieht er das Stressbewältigungskonzept von R. Lazarus, 1966, heran. Dieser rückt den Aspekt des konstruktiven,

aktiven Umgangs des Individuums mit Stress und Belastungssituationen im Sinne der transaktionalen Betrachtung durch die Perspektive „ Person-in-der-Situation“ in den Vordergrund. Bewältigung begreift Lazarus als Anpassungsleistung des Einzelnen. Stress wird hierbei als das Gefüge belastender Bedingungen angesehen, welchen der jeweilige Klient bzw. die Klientin in seinem bzw. ihrem Alltagsleben ausgesetzt ist, präziser: Stress ist ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten des Einzelnen. Hierin ist ein Anknüpfungspunkt für die Klinische Sozialarbeit zu sehen. Pauls stellt heraus, dass sozialarbeiterische Interventionen immer auf dem Verständnis der Wechselwirkungen zwischen Belastungssituation des Einzelnen und den jeweiligen Unterstützungspotenzialen sozialer Netzwerken beruhen.

An dieser Stelle werde ich mich dem von Pauls zusätzlich herangezogenen integrativem Modell bio-psycho-sozialer Belastungsbewältigung zuwenden. Pauls bezieht sich auf dieses transaktional angelegte Modell, um mit dessen Hilfe die verschiedenen Ebenen der persönlichen Entwicklung eines Klienten bzw. einer Klientin aufzeigen zu können. Vor dem Hintergrund des Modells der Belastungsbewältigung nach Pauls können bio-psycho-soziale Probleme als Fehlpassungen zwischen den verschiedenen Dimensionen menschlichen Seins rezipiert werden. Die im Modell repräsentierten Dimensionen – körperliche Verfassung, psychische Kompetenzen, soziale Chancenstruktur u.a. – seien ( mehr oder eben weniger gut) aufeinander abgestimmte Faktoren im Leben des Einzelnen und ermöglichten die Bewältigung sämtlicher alltagsbezogener Entwicklungsaufgaben. Nun käme es auf das Passungsverhältnis der einzelnen Dimensionen an, welche für den oder die Einzelne „ optimale Diskrepanzen“ bilden müssten, um eine durch die Aufwendung eigener Bewältigungskompetenzen herzustellende Entwicklung zu initiieren. Durch die Anwendung dieser modellbasierten Einzelfallbetrachtung würden auch gleichzeitig Grenzen und Möglichkeiten einer geeigneten sozialarbeiterischen Intervention sichtbar ( vgl. Pauls, 2004, S. 114). Pauls entwirft sieben Felder, um seine Überlegungen zu untermauern. Die Felder eins, zwei und drei bilden die Bereiche Person ( individuelle Charakteristika), Umwelt ( soziale, ökologische und materielle Bedingungen) und Organismus ( Eigenschaften und Vulnerabilität des Organismus) ab. Die drei genannten Bereiche wirken sich in grundlegender Weise auf die Bewältigungschancen von Distress aus. Vor dem Hintergrund dieses Gefüges aus Person, Umwelt und Organismus wird der oder die Einzelne nun mit Anforderungen aus sozialbedingten Belastungen, Lebens-

ereignissen, Entwicklungsübergängen usw. konfrontiert. Diese Faktoren bilden den vierten zu berücksichtigenden Bereich des Modells. In Abhängigkeit von den Wechselwirkungen der Bereiche Person, Umwelt und Organismus bewegt sich die Einschätzung des Ereignisses sowie der Umgang mit dem belastenden Ereignis. Diese beiden Eigenschaften ordnet Pauls als kognitive Kompetenz und als Bewältigungskompetenz als zu berücksichtigenden fünftes Feld in sein Modell ein. Die erfolgreiche – oder eben auch erfolglose - Verarbeitung des Belastungsereignisses schlägt sich beim Individuum in einem dem entsprechend positiv oder negativ gefärbten Selbstbild nieder. Die Wahrnehmung der Sinnhaftigkeit der eigenen Lebensbedingungen wird durch die erfolgreiche Belastungsverarbeitung mit geprägt ( und verstärkt) und wirkt ebenfalls auf die anderen Bereiche zurück. Der Aspekt der Sinnhaftigkeit des eigenen Erlebens und Handelns bildet folgerichtig das sechste Feld des Modells. Die genannten Felder bestimmen gemäß Pauls die wesentlichen Umstände für das biopsychosoziale Wohlbefinden des oder der Einzelnen. Dieses siebte Feld Gesundheit und Wohlbefinden entspricht dem Faktor Kohärenzgefühl bei A. Antonovsky. Auf Grundlage dieses bio-psycho-sozialen Modells der Stressverarbeitung kann ein dynamisches Verständnis des Umgangs und der Bewältigung bzw. Abwehr von Stress und Belastung durch den einzelnen Klienten bzw. die Klientin für den Klinischen Sozialarbeiter deutlich werden. Mithilfe der hier geschilderten modellhaften Denkweise können und sollen geeignete Interventionsmöglichkeiten entwickelt werden, die dem hilfebedürftigen Klienten bzw. der Klientin ermöglichen helfen, die aufgefundenen Passungsstörungen im Erleben und Verhalten wahrzunehmen und in eine erfolgreichere Person-Umwelt-Adaptation überführen zu können. Hier wird die therapeutische Ausrichtung Klinischer Sozialarbeit deutlich. Somit ist an dieser Stelle die theoretische Fundierung des Konzepts Soziale Unterstützung im Sinne der angesprochenen therapeutischen Wirksamkeit erfolgreich unterstützter Stressbewältigung geleistet.

### **2.3.6 Sozialpathologie**

Pauls leistet neben den oben dargestellten theoretischen Bezugspunkten des von ihm in dieser Form entworfenen Gedankengebäude der Klinischen Sozialarbeit auch eine kritische Betrachtung professionellen Handelns im gesellschaftlichen Kontext. Er nimmt hierbei, unter Bezug auf Strotzka, 1965, sowie Mitscherlich, 1966, u.a. in kritischer Weise die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen als krankheitsauslösende



oder –verstärkende Momente; mit anderen Worten: als sozialpathologische Faktoren in den Blick. Strotzka bspw. nannte drei Punkte, welche die Einnahme einer sozialpathologischen Perspektive notwendig erscheinen lassen. Zum Ersten das Auftreten spezifischer Krankheiten in spezifischen Kulturen. Zum Zweiten Formung, Verlauf und Bilder allgemein verbreiteter Krankheiten durch kulturelle Faktoren sowie drittens Früherziehung und Persönlichkeitsprägung in spezifischen Kulturen als Hintergrund für rollenspezifisches Verhalten bei Gesundheit und Krankheit. Mitscherlich bestimmt in Ergänzung hierzu die Individualpathologie als Ausgangspunkt sozialpathologischer Vorgänge ( vgl. Pauls, 2004, S. 117). Zurhorst, 2002 u. 2004, äußert die Überlegung, dass ohne genaue Kenntnisse sozialpathologischer Wirkungsweisen keine angemessenen Konzepte Klinischer Sozialarbeit ( und deren starkem Bezug auf therapeutisch wirksame Behandlung mit sozialen Mitteln) formulierbar seien. Pauls löst diese Fragestellung mit Verweis auf die bereits erwähnte Bindungstheorie nach Bowlby und Erkenntnisse des Sozialepidemiologen Wilkinson, 2001, welcher psychosoziale Faktoren als stärkstes Bindeglied zwischen materieller Benachteiligung und Gesundheit bestimmt hat. Hiermit möchte er die Aussage begründen, dass sozialer Zusammenhalt in Lebensweisen und Lebensverhältnissen münde, welche gesundheitsfördernde Auswirkungen auf die einzelnen Menschen hätten. Somit stellt Pauls einen Zusammenhang zwischen sozialpathologischer Gefährdung und denkbaren sozialarbeiterischen Gegenreaktionen her. Die professionelle Haltung Klinischer Sozialarbeit muss dementsprechend individualisierend und gesellschaftspolitisch ( Anknüpfungspunkte Sozialer Arbeit an Verhalten und Verhältnissen) ausgerichtet sein. In individualisierender Perspektive stehen Gesundheitsförderung, Linderung und Heilung individuellen pathologischen Erlebens und Verhaltens im Sinne der in dieser Arbeit dargestellten bio-psycho-sozialen Zusammenhänge und der Person-Umwelt-Reziprozität im Vordergrund, in gesellschaftspolitischer Perspektive gerät das Entgegenreten sozialer Desintegrationsprozesse und postmoderner Überforderung des bzw. der Einzelnen in der Leistungsgesellschaft in den Blick.

## **2.4 Zur Praxis Klinischer Sozialarbeit**

Klinische Sozialarbeit berücksichtigt die oben benannten theoretischen Bezüge für ihr spezifisches professionelles Handeln. Wodurch nun zeichnet sich das praktische professionelle Handeln Klinischer Sozialarbeit aus? Pauls bestimmt die Ausrichtung

Klinischer Sozialarbeit auf ihre Aufgabenstellung zunächst in folgender Weise: Klinische Sozialarbeit müsse sich zentral auf die Person des Klienten bzw. der Klientin orientieren; dies unter Berücksichtigung des diese/n umgebenden Sozialsystems. Hier wird nochmals klar, dass Klinische Sozialarbeit überwiegend im Rahmen der (sozialpädagogischen) Arbeitsform Soziale Einzelfallhilfe und in Ergänzung hierzu - etwa in sozialtherapeutischen Wohneinrichtungen, Gruppenpsychotherapie usw. - der Sozialen Gruppenarbeit stattfindet; zudem wird abermals die Perspektive der Person-in-der-Situation deutlich. Klientenzentrierung bedeutet wesentlich die Fokussierung auf die Begegnungssituation. Diese sei charakterisiert durch Wertschätzung gegenüber dem Klienten bzw. der Klientin, das für die Klinische Sozialarbeit spezifische psycho-soziale Problem-, Störungs- und Krankheitsverständnis, das kooperative Vorgehen in der psycho-sozialen Diagnostik, die dialogisch ausgehandelte Zielsetzung, den Einsatz von Interventionsmethoden auf Grundlage der informierten Zustimmung der Klienten (vgl. Pauls, 2004, S. 265). Somit ist die grundsätzliche Ausrichtung des Klinischen Sozialarbeiters auf dessen Arbeitsansatz bestimmt worden. Pauls gibt weiterhin eine Bestimmung der psycho-sozialen Behandlung Klinischer Sozialarbeit. Demnach besteht diese aus zielgerichteten, beratenden, therapeutischen und unterstützenden Interventionen im Rahmen eines geplanten und interaktionellen Prozesses zwischen Klientensystem und Helfer. Die psycho-soziale Behandlung werde durch eine professionelle helfende Beziehung getragen. Durch entlastende, klärende, anregende und fördernde Interventionen solle größere Unabhängigkeit und Integration des Klienten in Bezug auf dessen Lebenslage und -weise befördert werden (vgl. Pauls, 2004, S. 201-202). Besonders kennzeichnend für die Praxis Klinischer Sozialarbeit in der Auseinandersetzung mit dem Klientel ist der Anspruch, solchen psycho-sozialen Behandlungsansätzen Vorrang einzuräumen, welche dem Klienten bzw. der Klientin die Chance bieten, eigene Kompetenzen, Eigenschaften und Überzeugungen entwickeln zu können. Ziel psychosozialer Behandlung ist, das Selbstverständnis des Klienten bzw. der Klientin zu erhöhen, dessen Reflexion der Lebensweise und Lebenssituation zu verbessern und deren Bewältigung von gegebenen Problemstellungen und Krisen – im Sinne einer erfolgreichen Handhabung Herausforderungen und dem Gewinn einer Lernerfahrung - zu befördern. Wie wird nun die psycho-soziale Fallarbeit realisiert? Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit wird mithilfe der professionstypischen Arbeitsformen und Methoden verwirklicht. Diese sind in Analogie zum klassischen Dreischnitt der Arbeitsformen

Sozialer Arbeit ( Soziale Einzelfallhilfe, Soziale Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit) die personbezogenen Ansatzpunkte, die beziehungsbezogenen ( Familie und Gruppe) sowie die umgebungsbezogenen Ansatzpunkte. Im Rahmen dieser Arbeitsformen leistet die Klinische Sozialarbeit ihre psycho-soziale Behandlung im Sinne methodenbasierter Interventionen. Methoden sind die jeweilig anzuwendenden Beratungs-, Therapie- sowie Unterstützungsverfahren. Interventionen sind gemäß Stimmer definiert als bewusstes und zielgerichtetes Eingreifen in ein aktuelles Geschehen. Die Einmischung solle Kräfte und Fähigkeiten der Beteiligten für ein alternatives Verhalten mobilisieren und neue Erfahrungen als Voraussetzung für eine Problemlösung ermöglichen. Intervention lasse sich hierbei als Technik verstehen, welche in fünf Phasen gliederbar sei. Diese wären die Problemerkennung, die Informationssammlung, die Methodenwahl und -anwendung sowie die Auswertung ( vgl. Pauls, 2004, S. 197). Die psycho-soziale Behandlung der Klinischen Sozialarbeit richtet sich auf die folgenden Aufgabenbereiche: auf die Behandlung von Krankheiten in sämtlichen psychiatrischen Handlungsfeldern, auf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation, auf präventive Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsvorsorge, auf Beratung und therapeutisch orientierte Unterstützung hinsichtlich sozialer Belastungen, Multiproblem-Situationen sowie auf sozial-therapeutische Maßnahmen.

### **2.4.1 Psycho-soziale Behandlung**

In diesem Abschnitt möchte ich auf Grundformen der psycho-sozialen Behandlung abheben und die für die vorliegende Arbeit relevanten Teilgebiete Klinischer Sozialarbeit ( Diagnostik, Beratung, Sozialtherapie und Soziale Unterstützung) in den folgenden Unterkapiteln näher betrachten. Pauls zählt insgesamt sieben unterschiedliche psycho-soziale Behandlungsformen Klinischer Sozialarbeit auf. Diese sind - neben den im weiteren Verlauf noch eingehender zu behandelnden Teilgebieten Diagnostik, Beratung, Sozialtherapie und Soziale Unterstützung - die Psychotherapie, die Krisenintervention sowie die Soziale Prävention und Rehabilitation. Das Verhältnis von Klinischer Sozialarbeit und Psychotherapie wurde bereits im Abschnitt 2.1 ausführlich erörtert und soll an dieser Stelle nicht nochmals betrachtet werden. Unter dem Begriff der Krisenintervention subsumiert Pauls die personenbezogenen wie auch die umfeldbezogenen Hilfeleistungen aus Beratung, Psychotherapie und Sozia-

ler Unterstützung. Die Hilfemaßnahmen zur Sozialen Prävention und Rehabilitation zielen gemäß Pauls auf die Schaffung förderlicher Lebenswelten, auf die Unterstützung von Gemeinschaftsaktivitäten zur Förderung von Kontrolle und Autonomie über eigene gesundheitsrelevante Anliegen sowie auf die Entwicklung persönlicher Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten mit den Mitteln der Bildung, Information und der Verbesserung sozialer Kompetenzen. Hierbei ist zwischen kommunikativen ( Wissensvermittlung, Trainingsmaßnahmen) und strukturellen ( Beeinflussung allgemeiner, kultureller, politischer, wirtschaftlicher Rahmenbedingungen) Maßnahmen zu differenzieren. Die Arbeitsform der Sozialen Gruppenarbeit kann - in Abhängigkeit von den eingesetzten Methoden innerhalb der psycho-sozialen Fallarbeit – jede der genannten sieben Grundformen psycho-sozialer Behandlung der Klinischen Sozialarbeit durchwirken.

#### **2.4.2 Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit**

Um im oben dargestellten Sinne zielgerichtet und erfolgreich intervenieren zu können, muss Klinische Sozialarbeit durch einen diagnostischen Prozess Klarheit über die jeweilig gegebenen Problemstellungen und damit über ihren Behandlungsauftrag schaffen. Ich beziehe mich in meiner Darstellung der für die Klinische Sozialarbeit bedeutsamen Diagnostik auf die Autoren Pauls, Schaub, Röh und Pantucek, welche jeweils - inhaltlich vergleichbare - Beiträge zur Weiterentwicklung der klinisch-sozialarbeiterischen Diagnostik geleistet haben. Eine Begriffsbestimmung von Diagnose, gefasst als explizit soziale Diagnose, wird von Röh in folgender Weise geleistet: „ Schon jetzt kann man soziale Diagnose definieren als den professionellen Prozess der Erkenntnisgewinnung und Erkenntnisverarbeitung über das dem sozialarbeiterischen Handeln zugrunde liegende Problem, welches sich durch sozioökonomische und psychosoziale Anteile gleichermaßen auszeichnet“ ( Röh, 2008, S. 35 f). Hier wird neben der Bestimmung von Diagnostik als prozeßhafter aktiver Auseinandersetzung auf ein entscheidendes Charakteristikum Klinischer Sozialarbeit, der Fokussierung auf die Person-Umwelt-Verschränkung hingewiesen. Pauls bezeichnet den Erkenntnisgewinn erzeugenden Diagnoseprozess als psycho-soziale Diagnostik, diese durchwirke jeden Aspekt und jede Phase der professionellen Intervention. Er definiert psycho-soziale Diagnostik als die Suche nach Erklärungen von Verhalten und Erleben des Klienten bzw. der Klientin. Erklärungen bezögen sich auf die Ursa-

chen einer bio-psycho-sozialen Problemstellung. Pauls weist darauf hin, dass die Klinische Sozialarbeit einer spezifisch klinischen Diagnostik bedürfe. Diese müsse dem Schnittstellencharakter Klinischer Sozialarbeit im Sinne des bio-psycho-sozialen Verständnisses entsprechen und multidimensional und prozeßhaft konzeptuiert sein. Somit geht es im Rahmen der psycho-sozialen Diagnostik „... prinzipiell um die multidimensionale Erfassung von problem- bzw. störungsrelevanten Merkmalen von konkreten Situationen und Ereignissen beziehungsweise um Belastungen und Ressourcen der in konkreten situativen Kontexten lebenden und handelnden Personen“ ( Pauls, 2004, S. 208). Dies schließt die Berücksichtigung von psycho-sozialen Bedingungen, also Defiziten, Verlusten, Konflikten ebenso mit ein wie die psycho-sozialen Ressourcen und materielle Güter des Klienten bzw. der Klientin. Ziel der psycho-sozialen Diagnostik ist Pauls zufolge die Herausarbeitung von Erleben, Verhalten, Situation und Ereignis, Beziehung und systemischem Kontext als Aspekte der Person-Umwelt Beziehung des Klienten bzw. der Klientin. Zudem diene die Erstellung einer psycho-sozialen Diagnose dem interdisziplinären Austausch im jeweiligen Handlungsfeld und somit auch der Stärkung Behandlungsanspruches von krankheitswertigen Problemen durch die Klinische Sozialarbeit. Pauls weist auf die Notwendigkeit hin, über die vordergründige Problemerkennung hinaus die Aufmerksamkeit auf unerwünschte Themen, verdeckte psychostrukturelle Gegebenheiten zu richten. Explizit nennt er Beziehungsmuster, Bewältigungs- und Vermeidungsfunktionen und symbolische Bedeutungen. Schaub hebt dem gegenüber auf die Systematik von Sozialer Diagnose und Kasuistik ( Einzelfallbetrachtung) ab und akzentuiert den Aspekt der dialogischen Ausrichtung des Diagnoseprozesses sehr stark. Soziale Diagnostik und Kasuistik seien als fachliches und Orientierung vermittelndes Unterstützungssystem für den Klinischen Sozialarbeiter sowie für den Klienten bzw. die Klientin zu sehen. Hier wird bereits ein auf Dialog ausgerichtetes Diagnoseprinzip erkennbar. Im sozialkommunikativen Diagnoseverlauf sollen Ansatzpunkte für hilfreiche Interventionen aufgespürt und in die Tat umgesetzt werden. Somit sei soziale Diagnose laut Schaub gleichzeitig prozess- wie auch zielorientiert angelegt. Er stellt die Systematik von sozialer Diagnose und Kasuistik als die Betrachtung von und Auseinandersetzung über biografisch bedeutsamen Interaktionen von Fachkräften unterschiedlicher Institutionen und Klienten bzw. Klientinnen dar. Die Systematik besteht aus drei Perspektiven: Zum Ersten sei die Geschichte des Klienten mit dem Sozial- und Krankheitsversorgungssystem und dessen Behandlungen von Bedeutung. Hier

geraten objektiv und subjektiv gegebene Problemstellungen in den Blick; das Hauptaugenmerk liegt auf dem Interaktionsgeschehen zwischen Fachkräften und Klientensystem. Zum Zweiten die Biografie des Klienten unter besonderer Berücksichtigung der Eigensinnigkeit des Erlebens und Verhaltens des Klienten. Zum Dritten die Geschichte des Klienten mit derjenigen behandelnden Einrichtung, welche Diagnose und Kasuistik erhoben hat. In der Kombination der Punkte eins und drei in Verbindung mit der hohen Aufmerksamkeit für den zweitgenannten Punkt - der biografischen Aufarbeitung und der Würdigung der Eigensinnigkeit des Klienten bzw. der Klientin - läge, so Schaub, der qualitativ bedeutsame Unterschied für die Klinische Sozialarbeit gegenüber dem rein medizinischen Blickwinkel. Die hohe Bedeutung des drittgenannten Punktes, der Interventionsgeschichte zwischen Institution und Klient bzw. Klientin sollte klar werden, wenn berücksichtigt wird, dass diese Interventionsgeschichte im Sinne einer passgenauen psycho-sozialen Behandlung in die Zukunft weist. Hier würden Ansatzpunkte für adäquate und erfolgversprechende Methoden der Klinischen Sozialarbeit auffindbar. Schaub vertieft den Gedanken der sozialen Diagnostik durch die Betonung des Charakteristikums gesundheitsbezogenem Handeln als komplexem Interaktionsgeschehen in sozialen Lebenswelten. Er stellt fest, dass die Methode der narrativbasierten Praxis ( eine in der Medizin angewandte diagnostische Methode) der klinisch-sozialarbeiterischen Behandlungsauffassung entspricht. Durch diese Methode werden im jeweiligen Einzelfall erfahrungsgestützte Behandlungen vom Facharzt durchgeführt, basierend auf der Sicht des Klienten, der Sicht der behandelnden Fachkraft und unter Berücksichtigung der Interaktion zwischen Klient und behandelnder Fachkraft. Durch die narrativbasierte Auseinandersetzung kann ein Verständnis von Krankheit und Gesundheit im Einzelfall entstehen, welches die folgenden Vorteile bietet: Durch die aufmerksame Wahrnehmung der Entstehung individueller Krankheits- und Gesundungsverläufe bildet sich eine Narration heraus. Diese ermöglicht diagnostischen Erkenntnisgewinn und somit therapeutische Behandlungsmöglichkeiten. Narrative Inhalte können psychische Seinszustände offenbaren, welche Grund der Erkrankung sein können. Die gemeinsame Interpretation und Verarbeitung einer Narration ist ein sozialkommunikativer und beziehungsstiftender Vorgang und besitzt therapeutische Qualität. Darüber hinaus bezieht sich Schaub auf das bio-psycho-soziale Grundverständnis, von ihm begrifflich gefasst als „ anthropologische Grundkonstante“, und begreift die Klinische Sozialarbeit dem entsprechend als Vertreterin der sozialen Subebene. Im

deutschen Gesundheitsversorgungssystem sei eine Passungsstörung zwischen den Disziplinen der Gesundheitsversorgung feststellbar, deren schwächstes Glied die krankheitsbehandelnde Sozialarbeit sei. Dies sei angesichts der Bedeutung sozialer Zusammenhänge für die Entstehung von Krankheiten kaum verständlich. Der dialogisch orientierten diagnostischen Einschätzung psycho-sozialer Problematiken durch die Klinische Sozialarbeit kommt somit auch aus diesem berufspolitischen Argument hohe Bedeutung zu. Dieser Auffassung schließen sich andere Autoren inhaltlich an (s. Röh, 2008, S. 37 u. Pauls, 2004, S. 207). Die Überlegungen von Röh sind den Ausführungen Schaub's zur narrativ basierten Praxis vergleichbar. Röh erkennt im Konzept der weiter oben definierten sozialen Diagnose die Chance, den Lebenskontext des Klienten bzw. der Klientin zu erfassen, wie auch den Eigensinn des Lebensarrangements, des Erlebens und Verhaltens des Klienten bzw. der Klientin angemessen berücksichtigen zu können. Somit werde soziale Diagnose zur Dialogischen Diagnose. Das Ziel der Diagnosestellung liegt hierbei nicht in einer abschließenden Diagnose, sondern im Auffinden einer von Klinischer Fachkraft und Klient/in gemeinsam entwickelten und realistischen Handlungsstrategie zur Bewältigung einer Problemlage. Röh spricht von der Einbindung des Diagnostizierens in den gesamten Handlungsprozess der Hilfemaßnahme als „... Einheit aus Anamnese, Diagnose, Handlung und Evaluation mit evtl. neu einsetzender Anamnese, Diagnose etc“ (Röh, 2008, S. 39). Die Diagnostik erfordert vom Klinischen Sozialarbeiter die Fähigkeit zur „... systematischen, regelgeleiteten, empirisch fundierten Informationssammlung, -auswertung und -interpretation“ (vgl. Röh, 2008, S. 39). Die Wahrnehmung des Klinischen Sozialarbeiters muss sich hierbei sowohl auf die Person-Umwelt-Bezüge wie auch auf die bio-psycho-soziale Verfasstheit des Klienten bzw. der Klientin erstrecken. Unter Rückgriff auf Pantucek, 2005, lässt sich der Diagnostische Prozess als Komplexitätserzeugung begreifen. Die Komplexität des Einzelfalls müsse in einem zweiten Schritt reduziert werden, um so Klarheit über die wesentlichen Problemlage erhalten und Ansatzpunkte zur Entlastung, Verbesserung, Auflösung dieser entdecken zu können. Dieser Prozess lasse sich als Diagnosestellung verstehen.

### **2.4.3 Diagnostische Methoden in der Klinischen Sozialarbeit**

Mit welchen Methoden wird die hier erörterte soziale Diagnostik nun realisiert? In der Fachliteratur finden sich zahlreiche diagnostische Verfahren und Instrumente; eine

Auswahl dieser möchte ich hier in der gebotenen Kürze vorstellen. Diese sind neben einem Bündel diagnostischer Standards nach Pauls das Genogramm, die Netzwerkkarte sowie die Person-in-Environment-Klassifikation (PIE). Pauls hat ein Standard-Instrumentarium für die Diagnostik Klinischer Sozialarbeit zusammengestellt, mithilfe welchem er den diagnostischen Prozess zu strukturieren empfiehlt. Dieses Standard-Instrumentarium besteht aus den gemeinsam mit dem Klienten bzw. der Klientin in aufeinanderfolgenden Phasen durchzuführenden Arbeitsschritten der Anamnese, der Situationsanalyse, der Belastungs- und Ressourceneinschätzung, der Zielerreichungsanalyse, einem personenzentriertem standardisiertem Fragebogen sowie der Umfeldanalyse. Der Diagnoseprozess selbst gliedert sich in eine Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik, welche den Interventionsprozess steuern helfen soll, gestützt durch eine Verlaufs- und Abschlussevaluation. Das Genogramm ist ein grafisches Notationssystem, welches der Erfassung von familieninternen Spannungen, Überzeugungen, interpsychischen Dynamiken und Konflikten im generationsübergreifenden Familienzusammenhängen dient. Das Instrument entstammt der systemischen Familienarbeit und wurde von McGoldrick und Gerson Mitte der 1980er Jahre entwickelt. Die Bedeutung des Genogramms für die Klinische Sozialarbeit liegt in der Möglichkeit begründet, das Familiensystem eines Klienten bzw. einer Klientin in den diagnostischen Blick zu nehmen und somit die Entstehungs-, Verlaufs- und evtl. auch die Bewältigungsgeschichte von Krankheit in biopsychosozialen Dimensionen und im Person-Umwelt-Bezug ( etwa: somatisch begründete Einschränkungen, psycho-soziale Auffälligkeiten der primären Bezugspersonen eines Klienten bzw. einer Klientin) erfassen zu können. In Erweiterung des auf das Familiensystem beschränkte Genogramm können methodisch auf die Netzwerkkarte und die Eco-Map, ebenfalls grafische Notationssysteme, zurückgegriffen werden. Im Falle der Netzwerkkarte können im Fadenkreuz der vier Koordinaten Familie, Freunde und Bekannte, Arbeit und Beruf sowie professionelle Beziehungen die relevanten Bezugspersonen des Klienten bzw. der Klientin notiert werden; im Falle der Eco-Map werden die in ihrer Zugehörigkeit zum Meso-, Exo- und Makroebene bereits vorgegebenen sozialen Bezüge vom Klienten bzw. von der Klientin der jeweilig eigenen Fallkonstellation zugeordnet. Beide Verfahren erlauben Aufschlüsse über die Einbindung eines Klienten bzw. einer Klientin in die bedeutsamen gesellschaftlichen Zusammenhänge und damit – im Sinne der erhöhten Aufmerksamkeit Klinischer Sozialarbeit für die Bedeutung sozialer Inklusion für psychische und psychosomatische Gesundheit und Stabili-



tät als „ soziales Immunsystem“ - über den natürlichen Schutzfaktor soziale Einbindung des Klienten bzw. der Klientin.

Die Person-in-Environment-Klassifikation ( PiE) wurde 1994 von Karls und Wandrei eingeführt. Die PIE versucht, analog zu der Konzeption der weiter oben angesprochenen Definition von sozialer Diagnose nach Röh, die Anteile des Einzelnen sowie die Anteile der gesellschaftlichen Dimension, welche zu einer sozialen Problemlage führen, zu berücksichtigen und hieraus Interventionsansätze abzuleiten. Zu diesem Zweck werden vier diagnostische Kategorien eröffnet: Probleme in Rollen, Probleme in der Umwelt, Psychische Gesundheit und Physische Gesundheit. Hauptaugenmerk liegt auf den beiden Faktoren Probleme in Rollen und in der Umwelt. Die Klassifikation des ersten Faktors erfolgt über die Einschätzungen von Familienrollen, weiteren interpersonalen Rollen und Arbeitsrollen. Diese werden bezüglich ihres Typus( also hinsichtlich Macht, Ambivalenz, Verantwortung, Abhängigkeit, Verlust, Isolation, Viktimisierung, gemischten Formen und anderen Formen), ihrer Intensität, ihrer Dauer und der Copingqualität ( Bewältigungskompetenzen) des Klienten bzw. der Klientin gemeinsam von Fachkraft und Klient bearbeitet. Ergebnis und Ziel der gemeinsamen Bearbeitung soll das Auffinden einer Interventionsstrategie sein. Die Auseinandersetzung über den Faktor zwei geht in ähnlicher Weise vonstatten. Themen sind Ernährung, Unterkunft, Arbeit und ökonomische Ressourcen. Es werden Intensität und zeitliche Dauer erhoben, dann die erforderlichen Interventionsformen gefunden. Auch hier werden Fragen gesellschaftlicher Inklusion oder Exklusion sichtbar. Die Faktoren drei und vier werden aus bestehenden ICD-10 bzw. DSM-IV Befunden übernommen.

#### **2.4.4 Beratung in der Klinischen Sozialarbeit**

Psycho-soziale Beratung hat für die Klienten Klinischer Sozialarbeit Orientierungs- und Haltefunktion. Mittels psychotherapeutischer und/oder sozialtherapeutischer Beratungsmethoden sollen Konflikte bearbeitet und aufgelöst, Ressourcen aktiviert werden. Psycho-soziale Beratung als konstituierender Bestandteil Klinischer Sozialarbeit wird von Pauls unter Rückgriff auf Dietrich, 1983, folgendermaßen definiert: Beratung sei diejenige Form einer interventiven und präventiv helfenden Beziehung, innerhalb welcher ein Helfer mithilfe sprachlicher Kommunikation und auf Basis anregender, stützender Methoden und im Rahmen eines kurzen Zeitabschnittes versu-

che, bei einem desorientierten, inadäquat belasteten oder entlasteten Klienten einen auf kognitiv-emotionale Einsicht gelagerten aktiven Lernprozess in Gang zu setzen. Im Verlaufe dieses Prozesses sollen Selbsthilfebereitschaft, Selbststeuerungsfähigkeit und Handlungskompetenz verbessert werden ( vgl. Pauls, 2004, S. 275). Psycho-soziale Beratung zielt hierbei auf die Initiierung und Beförderung von Bewusstseinsprozessen des Klienten und ist dem entsprechend psychologisch orientiert, auf personinterne Veränderungen gerichtet. Hierzu zählen Motivationsförderung und die Stimulierung der emotionalen Bereitschaft, sich auf Prozesse inneren Wachstums einzulassen. Gleichzeitig bezieht psycho-soziale Beratung die alltägliche Wirklichkeit mit in den Beratungsprozess ein. Hier wird deutlich, dass sich psycho-soziale Beratung in zweierlei Richtung abgrenzen muss. Einerseits bezieht sich psycho-soziale Beratung gemäß obiger Begriffsbestimmung auf ein Klientel mit klinischer Aufgabenstellung. Andererseits unterscheidet sie sich von psychologischer Psychotherapie und einer rein psychologisch ausgerichteten Beratung. Somit ist eine Verortung psycho-sozialer Beratung im Rahmen Klinischer Sozialarbeit in Abgrenzung zu klassisch sozialpädagogischer Beratung und ausschließlich psychologischer Beratung getroffen worden. Pauls weist auf eine entscheidende Vorbedingung psycho-sozialer Beratung hin. Diese sei in der Herstellung eines intakten Selbstbezuges des Klienten bzw. der Klientin zu sehen. Selbstbezug heißt nicht anderes als die Fähigkeit zu besitzen, eine gegebene Problemstellung als eigenes Anliegen zu erkennen. Erst wenn das eigene Erleben und Handeln als mit der Problemstellung in Zusammenhang stehend betrachtet werden kann ist eine planvolle Veränderung durch Effekte psycho-sozialer Beratung möglich. Dies betreffe einen Großteil des Klientels Klinischer Sozialarbeit, so Pauls ( vgl. Pauls, 2004, S. 280). Inhaltliche Schwerpunkte psycho-sozialer Beratung sind die Auseinandersetzung mit psychischen Traumata und mit Emotionen, die gemeinsame Arbeit an einer kongruenten Wahrnehmung, das Ansprechen und Korrigieren von Fehlern und kognitiven Irrtümern, die Reduktion intrapsychischer Konflikte und hiermit in Zusammenhang stehend: die Minimierung überwältigender Erfahrungen, die Rekonstruktion von zerstörten Grundüberzeugungen und eine gleiche und akzeptierende Behandlung aller Persönlichkeitsanteile des Klienten bzw. der Klientin.

## 2.4.5 Soziale Unterstützung in der Klinischen Sozialarbeit

In welchem praktischen Arbeitszusammenhang wird die in Abschnitt 2.3.5 in ausführlicher Weise theoretisch begründete Methode der Sozialen Unterstützung angewandt? Soziale Unterstützung ist eine Methode der Arbeitsform der Sozialen Einzel-fallhilfe und wird zunächst im Rahmen der personenbezogenen beziehungsorientierten Sozialen Arbeit wirksam. Im Sinne der Netzwerkintegration lässt sich Soziale Unterstützung auch als Aufgabe der Sozialen Gruppenarbeit begreifen, wobei zu berücksichtigen ist, dass Ansatzpunkt der Arbeitsform der jeweilige einzelne Klient bzw. die Klientin ist. Das Handlungskonzept Soziale Unterstützung soll Grundlage der zu realisierenden Arbeitsansätze Klinischer Sozialarbeit in der Beziehungsarbeit und im Rahmen von Netzwerkintegrationsarbeit sein. Im Folgenden möchte ich auf die verschiedenen Ansatzpunkte der Sozialen Unterstützung zu sprechen kommen. Dehmel benennt unter Bezug auf Diewald, 1991, drei Aspekte einer Typologie von Leistungen sozialer Unterstützung. Diese sind die konkreten Interaktionen ( Arbeitshilfen, Pflegeleistungen, Materielle Unterstützung, Interventions- und Informationsleistungen, Beratung, Geselligkeit und Alltags-Interaktionen), die Vermittlung von Kognitionen ( Anerkennung, Wertschätzung, Achtung, Orientierung, Vermittlung von Zugehörigkeits-Bewusstsein, Erwartbarkeit von Hilfe und Anbieten eines Ortes zum Erwerb sozialer Kompetenzen) sowie die Vermittlung von Emotionen ( Vermittlung von Geborgenheit, Liebe, Zuneigung und motivationale Unterstützung) ( vgl. Ortman u. Röh, Hrsg., 2008.: Dehmel, 2008, S. 21f). Pauls differenziert die Ansatzpunkte der Sozialen Unterstützungsleistung in Analogie zu Dehmel in die Themen emotionale Unterstützung, positiver sozialer Kontakt, die instrumentelle sowie informationelle Unterstützung sowie die Bewertungs- und Einschätzungsunterstützung. Unter Rückgriff auf Caplan, 1974, benennt Pauls den wichtigen Umstand, dass professionelle Klinische Sozialarbeiter im Rahmen der Sozialen Unterstützung dem einzelnen Klienten helfen, psychologische Ressourcen zur aktiven Stressbewältigung zu mobilisieren. Bezug nehmend auf Gottlieb, 1983, fügt Pauls hinzu, dass Soziale Unterstützung Haupt- und Nebeneffekte ausübe. Unter Haupteffekten versteht er solche Maßnahmen, die sich in direkter Weise auf Stressoren auswirkten. Als Nebeneffekte bezeichnet er diejenigen Maßnahmen, welche die Stressbewältigungsfähigkeiten des Individuums erhöhen. Neben der Orientierung auf die Haupt- und Nebeneffekte Sozialer Unterstützung müsse sich Klinische Sozialarbeit auf die Erhöhung von Quanti-

tät und Qualität der zur Verfügung stehenden Maßnahmen bemühen. Es scheint mir wichtig zu betonen, dass das Angebot Sozialer Unterstützungsleistungen eine wichtige kompensatorische Funktion für das zumeist emotional, kognitiv und sozial unterversorgte Klientel Klinischer Sozialarbeit hat. Im Abschnitt 2.1 wurde bereits ausführlicher auf die therapeutischen Anteile der Hilfestellungen der Klinischen Sozialarbeit eingegangen. Die Förderung der Bereitschaft und Fähigkeit der Klienten psychosozialer Hilfestellungen, sich Soziale Unterstützung zu holen, zählt ebenfalls zu den Aufgaben Klinischer Sozialarbeiter. Prinzipiell müssen Angebote der Sozialen Unterstützung dabei auf der Bereitschaft und Fähigkeit des Klienten, soziale Unterstützung annehmen zu können und zu wollen, aufbauen.

#### **2.4.6 Sozialtherapie in der Klinischen Sozialarbeit**

In der Fachliteratur werden zahlreiche Definitionen von Sozialtherapie, analog: Soziotherapie, Sozialer Therapie, diskutiert. Ich möchte im Folgenden die drei Begriffsbestimmungen von Schwendtner, Binner u. Ortmann sowie diejenige von Pauls aufgreifen. Die Betrachtung unterliegt hierbei der Systematik von Definition, Handlungsformen, Zielgruppe und Zielen. In einem weiteren Schritt möchte ich den Zusammenhang zwischen Klinischer Sozialarbeit und Sozialtherapie klären. Zunächst beziehe ich mich auf die Definition von Sozialer Therapie nach Rolf Schwendtner aus dem Jahr 2000. Schwendtner fasst Soziale Therapie als „...die Reflexion auf die Gleichzeitigkeit gesellschaftlicher und psychischer Ursachen je bestehender Leidenserfahrungen, verbunden mit dem Ensemble möglicher Interventionen zur Behebung oder doch Minderung dieser“ ( Schwendtner, 2000, S.15). Schwendtner rückt hiermit das Spannungsfeld zwischen Gesellschaft und Individuum; in anderen Worten: die Person-Umwelt-Perspektive, ins Zentrum seiner Begriffsbestimmung. Dieses Verhältnis verknüpft er mit dem Begriff Leidenserfahrungen. Diesen Begriff versteht Schwendtner als Platzhalter im Sinne der Verallgemeinerbarkeit unterschiedlicher auf den Einzelnen bzw. die Einzelne einwirkende Erfahrungen. Schwendtner benennt eine Vielzahl von möglichen Leidenserfahrungen: Stress, Gespaltenheit, Verfolgungsgefühle und Traumatisierung, Narzissmus, Traurigkeit und Euphorie, Neurosen, Ängste, Psychosomatische Kränkbarkeit, Suizidalität, Behinderungen usw. ( vgl. Schwendtner, 2000, S. 33ff). Auf diese aus unterschiedlichen Quellen stammenden Erfahrungen müsse Soziale Therapie mit einer Methodologie von Interventionen rea-

gieren. Hier wird ein Behandlungsaspekt als Auftrag von Sozialer Therapie deutlich gemacht. Ziel und Zweck der Behandlung sei Behebung oder Minderung der Leidenserfahrungen. Exemplarische hier zu nennende Handlungsformen von Sozialer Therapie bestehen Schwendtner zufolge aus Beratung und Krisenintervention, Prävention, Stärkung des Selbstbewusstseins bzw. Anleitung zum Coping (Belastungsbewältigung), Kulturarbeit, Netzwerkarbeit und Social Support (Soziale Unterstützung). Zielgruppen von Sozialer Therapie sind hilfebedürftige Menschen in Familienzusammenhängen, in der Schule, am Arbeitsplatz, in der sog. Therapeutischen Kette (hiermit wird das Durchwandern aufeinanderfolgender ambulanter, teilstationärer und/oder stationärer psycho-sozialer Hilfsangebote des Klienten bzw. der Klientin angesprochen), in Institutionen sowie in Totalen Institutionen. Als Ziel von Sozialer Therapie nennt Schwendtner unter Rückgriff auf Stein-Menninkheim, 1991, das Aufzeigen der negativen Folgen von Differenzierung, Spezialisierung und Hierarchisierung einschließlich des gleichzeitigen Erarbeitens von Lösungsmöglichkeiten (vgl. Schwendtner, 2000, S. 13). Dies steht in Analogie zum weiter oben angesprochenen Bestandteil der Definition von Sozialer Therapie nach Schwendtner, nämlich der Behebung und Minderung bestehender Leidenserfahrungen.

Binner u. Ortmann stellen zunächst fest, dass es keine eigenständige theoretische Basis von Sozialtherapie gibt. Die Autoren bestimmen Sozialtherapie als eine Vielfalt von „.. Heran- und Umgehensweisen wie etwa, Krisenintervention, Formen sozialer Unterstützung, Case Management und vieles mehr, die fallbezogen und flexibel zum Einsatz kommen können“ (Binner u. Ortmann, 2004, S. 82). Gegenstand von Sozialtherapie seien Störungen in der sozialen Dimension biopsychosozial zu verstehender Gesundheit, also soziale Probleme. Binner u. Ortmann beziehen sich auf Aussagen Staub-Bernasconis', um die für Sozialtherapie relevanten Problemlagen zu strukturieren. Diese Problemstellungen bestehen aus Ausstattungs-, Austausch-, Macht- und Werteproblemen. Als die vier für Sozialtherapie spezifischen Handlungsformen nennen Binner u. Ortmann erstens die professionell arrangierte Lebenspraxis, bzw. den Lebensraum. Hierunter lassen sich therapeutische Wohngemeinschaften, Formen des Betreuten Wohnens, Rehabilitationskliniken usw. subsumieren. Als zweites begreifen sie alle Formen des Lernens und des Befähigens zur bestmöglichen Soziabilität als sozialtherapeutisches Training. Als dritte sozialtherapeutische Handlungsform benennen sie das Gespräch. Im Rahmen des sozialen Ereignisses Gespräch werde neben der inhaltlichen Themenbearbeitung eine fundamental wichtige quasi-

therapeutische Beziehung hergestellt. Als vierte sozialtherapeutische Handlungsform wird die Begleitung von Klienten und Klientinnen als dialogische und flexible Umsetzung von konzeptioneller und personaler Dimension von Behandlung im Rahmen der reflektierten Praxis angesprochen ( vgl. Binner u. Ortmann, 2004, S. 83). Sozialtherapie soll eine niedrigschwellige und ressourcenorientierte Hilfemaßnahme sein. Zielgruppe von Sozialtherapie sind gemäß Binner u. Ortmann Menschen, die vereinsamt sind, in chronisch konflikthaften Beziehungen leben, geringe soziale Kompetenzen und erhebliche Soziabilitätsdefizite aufweisen, durch Straffälligkeit stigmatisiert, unter sozialen Anpassungsstörungen leiden und von gesellschaftlichem Ausschluss bedroht oder betroffen sind. Die Ziele von Sozialtherapie sind laut Binner u. Ortmann identisch mit den übergeordneten Zielen der Sozialarbeit: Sie bestehen in der Förderung der sozialen Kompetenzen zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten unter Berücksichtigung der Einbindung hilfebedürftiger Menschen in natürliche Netzwerke.

Weiterhin möchte ich die Begriffserörterung von Sozialer Therapie durch Pauls betrachten. Pauls begreift Soziale Therapie – genau wie Binner u. Ortmann – als methodologisches Instrumentarium. Er verweist auf zwei entscheidende Aspekte, welche Soziale Therapie charakterisieren: Zum einen die professionelle zwischenmenschliche Hilfe auf Basis einer therapeutischen Beziehung, zum Zweiten die Eingliederung des Klienten bzw. der Klientin in das organisierte und strukturierte System menschlichen Zusammenlebens. Hier wird - ebenso wie in der vorangegangenen Begriffsbestimmungen von Sozialtherapie - die Perspektive Person-Umwelt-Bezug als Ausgangspunkt Sozialer Therapie genannt. Pauls stützt sich zur Untermauerung seiner Aussage u.a. auf eine Definition von Sozialer Therapie nach Kisker, 1986. Demnach sei Soziale Therapie das Bemühen um die Einflussnahme auf psychische Krankheit und Behinderung durch situative Faktoren, welche zusammengenommen die Umwelt darstellten. Dies könne in einer natürlichen oder künstlichen Gruppe erfolgen. Ansatzpunkte Sozialer Therapie nach Kisker seien die Arbeit des Individuums, die dynamischen Auswirkungen in der Gruppe, die Stimulierung der Persönlichkeit durch die Erschließung neuer Interessen sowie durch Freizeitgestaltung ( vgl. Pauls, 2004, S. 286). Hiermit sind bereits Handlungsformen Sozialer Therapie angesprochen. Hier werden von Pauls die therapeutische Bindungsbeziehung, psycho-soziale Methoden zur Beeinflussung von Erleben-Verhalten in Situationen und Beziehungen – also Gespräche, Beratung, Begleitung, Soziale Unterstützung, psy-

chotherapeutisch orientierte Hilfsangebote - genannt. Pauls vertieft diesen Gedanken, indem er betont, dass im Zusammenhang mit der professionellen Auseinandersetzung mit psychisch kranken Klienten bzw. Klientinnen Behandlungsmethoden genutzt werden müssen, welche sich auf die Lebensweise und Lebenslage der Klienten und Klientinnen richten müsse. Hier gehe es um den Aufbau von weitere Hilfen bedingende Basiskompetenzen wie die Verbesserung der Compliance, die Schaffung und Aktivierung sozialer Ressourcen und insgesamt um eine Verbesserung der Selbständigkeit der jeweiligen Person. Hierzu zählt Pauls auch die Verbesserung der emotionalen Beziehungen zu Bezugspersonen des Klienten bzw. der Klientin. Erwähnenswert scheint mir die von Pauls explizit genannte Notwendigkeit, Soziale Therapie auf Basis einer kontinuierlichen Betreuung durch einen Bezugstherapeuten, welcher die Hilfemaßnahme mittels Beratungsgesprächen, Fallsteuerung und Koordination aller bedeutsamen beteiligten Parteien an die sich verändernden Bedarfe der Klienten bzw. Klientinnen anpasst. Zielgruppe von Sozialer Therapie sind laut Pauls Klienten und Klientinnen offener ambulanter Einrichtungen, halboffener stationärer Einrichtungen sowie – mit Einschränkungen – in geschlossenen Einrichtungen. Die Ziele Sozialer Therapie sind in der Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungsfähigkeiten sowie in der gesellschaftlichen Integration des Klienten bzw. der Klientin zu sehen. Der Zielerreichungsprozess wird von Pauls auf drei Ebenen bestimmt: Zunächst nennt er den grundlegenden Aufbau von Fertigkeiten, weiterhin den Ausbau, die Optimierung, die Differenzierung und Unterstützung von Fertigkeiten und als letztes den Transfer und die Umsetzung von Kompetenzen und Fertigkeiten im Alltagsleben.

Wie ist nun der Zusammenhang von Klinischer Sozialarbeit und Sozialer Therapie zu verstehen? Anhand der im bisherigen Verlauf dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse lässt sich feststellen, dass Klinische Sozialarbeit ein Theoriekomplex ist, mithilfe dessen die professionelle Haltung für die praktische, spezifisch behandelnde Fachsozialarbeit Klinische Sozialarbeit begründet werden kann. Die Praxis Klinischer Sozialarbeit wird an der Schnittstelle Individuum und Gesellschaft unter Zuhilfenahme von therapeutisch wirksamen sowie sozialarbeitstypischen Arbeitsformen und Methoden geleistet; insofern kann die praktische Ausgestaltung der professionellen Interventionen Klinischer Sozialarbeiter als eine in therapeutischer Weise auf die soziale Ebene des jeweiligen Einzelfalles einwirkende Hilfeleistung, mit anderen Worten: als sozialtherapeutische Hilfeleistung, verstanden werden. In vergleichbarer Weise

begreift Pauls Klinische Sozialarbeit im Sinne ihres Behandlungsansatzes insgesamt als sozialtherapeutisch. Dies begründet er mit der Aussage, die verschiedenen Grundformen psycho-sozialer Behandlung der Klinischen Sozialarbeit gehörten zu einer breit konzeptuierten „..sozialtherapeutisch – beratend – begleitend - intervenierenden Methodologie“. Die psycho-soziale Fallarbeit der Klinischen Sozialarbeit besteht eben in der Verbindung von persönlichkeitsstützender und –fördernder Beziehungsarbeit sowie in sozialen Unterstützungs- und Entlastungshilfen ( vgl. Pauls, 2004, S.285). Gemeinsamer Nenner zwischen Sozialer Therapie und Klinischer Sozialarbeit sei somit im Konsens der psychosozialen Behandlung zu sehen, welche – in Analogie zum Ansatz Klinischer Sozialarbeit - sowohl auf personenbezogenen Hilfen als auch auf Hilfen im gesellschaftlichen Bereich beruhe. Somit werde die professionelle Ausrichtung Klinischer Sozialarbeit auf die bio-psycho-soziale Verfasstheit des Klienten bzw. der Klientin unter Berücksichtigung von dessen bzw. deren psycho-sozialer Entwicklung mithilfe der Perspektive der „ Person-in-ihrer-Umgebung“ im Rahmen der sozialtherapeutischen Behandlung verwirklichtbar.

### **3 Die Einrichtung Jugendwohnung e.V.**

„ Jugendwohnung e.V.“ ist ein freier Träger im Hamburger Rehabilitations- und Jugendhilfesystem. Die Einrichtung arbeitet als eingetragener Verein gemeinnützig und ist überregional tätig. Es ist erwähnenswert, dass „ Jugendwohnung e.V.“ bereits seit dem Jahre 1973 – also seit nunmehr 36 Jahren- besteht; dies legt die Vermutung nahe, dass sich sowohl in Abhängigkeit von Veränderungen der Rechtsgrundlagen in der Jugendhilfe zum Einen, wie auch in Abhängigkeit von den Folgeauswirkungen der Psychiatriereform in Deutschland seit den 1970er Jahren weitreichende Umstellungen bezüglich des Leistungsangebotes als auch der pädagogisch / therapeutisch orientierten Arbeitsansätze wie auch der Verschiebung des Klientels ergeben haben werden. „ Jugendwohnung e.V.“ bietet sozialtherapeutisch fundierte und entwicklungsorientierte Hilfe für junge Volljährige im Alter zwischen 18 und 26 Jahren. Mit den derzeit sechs Wohngruppen, einer betriebseigenen Werkstatt mit angegliederter Arbeits- und Ausbildungsförderungsbereich, den sog. Basisförderungsgruppen sowie den zusätzlichen Angeboten der vorbereitenden und der nachsorgenden Einzelbetreuung als elementaren Bestandteilen hat „ Jugendwohnung e.V.“ im Laufe der Jahre ein umfassendes Hilfeangebot für derzeit 55 Bewohner und Bewohnerin-



nen entwickeln können. Die Verweildauer der Klienten in der Einrichtung beträgt in diesem Zusammenhang durchschnittlich eineinhalb bis zwei Jahre.

Es gilt nun, die Einrichtung „Jugendwohnung e.V.“ in ihrer derzeitigen Aufstellung innerhalb der gegebenen allgemeinen Rahmenbedingungen einerseits sowie in ihrem, die praktische Arbeit leitendem Selbstverständnis andererseits systematisch zu erfassen und im gleichen Arbeitsschritt die wesentlichen, die Arbeit der Einrichtung charakterisierenden Aspekte vorzustellen. Hierfür ziehe ich neben der aktuell geltenden Leistungsvereinbarung vom 21.11.2007, der im Internet publizierten Selbstdarstellung der Einrichtung auch unveröffentlichtes Material aus dem einrichtungsinternen Schriftverkehr heran ( s. Anhangsverzeichnis). Durch diese Herangehensweise möchte ich in diesem zweiten Hauptteil der Arbeit das Handlungsfeld skizzieren, in welchem das von mir im Weiteren zu entwerfende Einzelbetreuungskonzept zur praktischen Anwendung gelangt.

### **3.1 Entstehung der Einrichtung**

„ Jugendwohnung e.V.“ wurde am 01.04.1973 auf Initiative von Paul Bork vor dessen persönlichem Hintergrund als pädagogische Fachkraft im Hamburger Jugendstrafvollzug als Einrichtung der Jugendhilfe gegründet. Die neu entstandene Einrichtung „ Jugendwohnung e.V.“ widmete sich dem entsprechend ursprünglich ausschließlich der pädagogischen Begleitung und psycho-sozialen Stabilisierung junger Menschen aus der Zielgruppe der jungen volljährigen, ausschließlich männlichen Haftentlassenen.

Die Anerkennung als pädagogische Einrichtung wurde von Seiten des Amtes für Jugend Hamburg sowie des Landessozialamtes Hamburg zum 02.10.1973 erteilt, die Anerkennung als „ therapeutische Wohngemeinschaft“ folgte zum 01.10.1974. In den vergangenen Jahrzehnten ist der Verein hinsichtlich der Bewohneranzahl stetig gewachsen; somit haben sich Strukturanforderungen und Aufgabenbereiche kontinuierlich ausdifferenziert. Die aktuelle Aufstellung des Trägers werde ich im Abschnitt 3.2 Aktuelle Struktur der Einrichtung darstellen. Für diese Arbeit ist von Interesse, inwieweit aus dem anfänglich für die pädagogische Arbeit mit jungen Straftätern zugeschnittene Konzept des Jugendhilfeträgers „ Jugendwohnung e.V.“ aus dem Jahre 1973 eine Versorgungseinrichtung im sozialpsychiatrischem Handlungsfeld im Jahre 2009 geworden ist. Diese Fragestellung macht es erforderlich, den Entwicklungen

nachzugehen, welche zur Verschiebung des Klientels geführt haben. Diese Frage werde ich in Kapitel 3.5 Das Klientel der Einrichtung bearbeiten.

### **3.2 Aktuelle Struktur der Einrichtung**

In diesem Abschnitt meiner Arbeit werde ich die bis zum heutigen Zeitpunkt entwickelte Struktur des Trägers darstellen. Zu diesem Zweck werde ich die bedeutsamen Bereiche der praxisbezogenen Arbeit der Einrichtung benennen und gleichzeitig deren Funktionen vorstellen. Hiermit verfolge ich die Absicht, einen Einblick in die interne Organisation der Einrichtung zu geben und somit deren innere logische Zusammenhänge transparent und verstehbar zu machen. Die relevanten Praxisfelder der Einrichtung sind die im Folgenden genannten: die Infogruppe, die therapeutischen Wohngemeinschaften, die Therapiewerkstatt, der Arbeits- und Ausbildungsförderungsbereich, die Basisförderungsgruppen, die ambulante Vor- und Nachbetreuung, das Gruppensprechertreffen, das Großteamtreffen sowie die Geschäftsführung.

#### **Die Infogruppe**

Jugendwohnung e.V. bietet eine hochschwellige Hilfemaßnahme an; d.h. die Bewerber und Bewerberinnen müssen ein aufwändiges Aufnahmeverfahren durchlaufen, in welchem die Eignung der jeweiligen Person durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Jugendwohnung e.V. beurteilt wird. Dieses Auswahlverfahren wird durch die mehrmalige Teilnahme an der sog. Infogruppe organisiert. Die Infogruppe findet einmal wöchentlich in den Räumlichkeiten der Geschäftsstelle der Einrichtung statt; in der Regel erscheinen ein bis fünf Neubewerber und Neubewerberinnen. In der Infogruppe findet ein gegenseitiger Austausch zwischen Mitarbeitern und Bewerbern statt; nach einer Vorstellungsrunde wird die Einrichtung in der gebotenen Kürze dargestellt, die relevanten Grundgedanken der sozialtherapeutischen Hilfemaßnahme werden erläutert. In diesem Abschnitt werden die drei Grundregeln der Einrichtung mitgeteilt: 1) Abstinenz von Drogen- und Alkoholgebrauch 2) Bereitschaft zur verpflichtenden Teilnahme an den Gruppenangeboten und 3) Bereitschaft, einer regelmäßigen Beschäftigung nachzugehen. Im zweiten Teil haben die Neubewerber Gelegenheit, ihre jeweilige Problem- und Bedürfnislage darzustellen. In einem offenen Gespräch wird erörtert, welche Hilfestellungen Jugendwohnung e.V. unter Berücksichti-

gung der psychischen Stabilität, der Motivationslage und der Mitwirkungsfähigkeit des Neubewerbers im individuellen Zusammenhang leisten kann. Gleichzeitig werden die Bewerber bzw. Bewerberin auf mögliche Ausschlusskriterien hin überprüft. Bewerber und Bewerberinnen sind für die angebotene Hilfemaßnahme nicht geeignet, wenn ein Medikamenten- oder Suchtmittelmissbrauch gegeben ist, wenn klinisch behandlungsbedürftige Erkrankungen oder aber schwerwiegende körperliche oder geistige Erkrankungen vorliegen. Hiermit wird also - im Umkehrschluss- ein für das sozialtherapeutische Hilfeangebot überhaupt in Frage kommender Personenkreis definiert. Die nähere Betrachtung des Personenkreises werde ich im Abschnitt 3.5 Das Klientel der Einrichtung in vertiefender Weise leisten. In der Bewerbungsphase in der Infogruppe werden keine systematischen diagnostischen Verfahren angewandt. Die Eingangsdagnostik erfolgt im Rahmen des geschilderten offenen Gespräches, innerhalb dessen ein vertiefter und sorgfältiger Austausch bedeutsamer Informationen im Sinne einer auszuhandelnden Sozialen Diagnose zwischen gleichberechtigten Gesprächspartnern statt findet. Die Neubewerber und Neubewerberinnen werden zu diesem Zweck drei bis – in schwieriger zu beurteilenden Einzelfällen - zehn Mal eingeladen. Innerhalb dieses zeitlichen Rahmens erhält jeder Bewerber und jede Bewerberin hiermit die Chance, positiv auf sich aufmerksam machen zu können. Parallel zu der hier geschilderten praktischen Anbahnung der Aufnahme wird im Falle der Geeignetheit zusammen mit dem Bewerber bzw. der Bewerberin das formale Verfahren der Kostenübernahme in die Wege geleitet.

### **Die therapeutischen Wohngemeinschaften**

Zum Zeitpunkt der Anfertigung der vorliegenden Arbeit unterhält Jugendwohnung e.V. sechs sozialtherapeutisch ausgerichtete Wohngemeinschaften. Diese befinden sich zum Teil in der Hamburger Innenstadt, zum Teil im Hamburger Osten. So sind in den Stadtteilen Hamburg-St.Georg und Hamburg-Uhlenhorst drei Wohngemeinschaften in jeweils angemieteten großzügigen Altbauwohnungen angesiedelt. In den Stadtteilen Hamburg-Rahlstedt und Hamburg-Farmsen stehen drei geräumige Villen für die Arbeit mit den Bewohnern und Bewohnerinnen zur Verfügung. Jede der drei Wohngruppenszusammenhänge in der Hamburger Innenstadt verfügt hierbei über zwei bis drei Wohnungen, welche organisatorisch zu einer großen übergreifenden Wohngemeinschaft zusammengefasst sind. So ist gewährleistet, dass jede der sechs

Wohngemeinschaften eine vergleichbare Größe und Zusammensetzung aufweist; also etwa aus acht bis zehn BewohnerInnen besteht. Derzeit ist es so, dass eine der therapeutischen Wohngemeinschaften ausschließlich Frauen vorbehalten ist; die verbleibenden fünf Wohngemeinschaften setzen sich je zur Hälfte aus jungen Männern und Frauen zusammen. In den Wohnungen steht jedem Bewohner und jeder Bewohnerin ein privates Zimmer zu; es existieren in der Regel mehrere Badezimmer und Küchen sowie ein großes gemeinsames Wohnzimmer. Hier organisieren die Bewohner und Bewohnerinnen ihr Alltagsleben in Entsprechung zum Leben in einer regulären Wohngemeinschaft. Von entscheidender Bedeutung ist, dass es in den Wohngemeinschaften strukturierte und unstrukturierte Bereiche gibt. Verbindliche Rahmenbedingungen sind etwa die Übernahme von Hauswirtschaftsaufgaben und die Verpflichtung zur Einhaltung von sozialen Mindeststandards. Selbstorganisation und Verantwortungsübernahme sollen so der Verfestigung einer Versorgungsmentalität entgegenwirken. Das Alltagsleben in der therapeutischen Wohngemeinschaft ist zusätzlich mit strukturierenden Pflichtterminen angereichert. Hierzu zählen am Montag- und Mittwochnachmittag Gruppentreffen - im Rahmen dieser Termine sollen sämtliche für die Bewohner und Bewohnerinnen relevanten Vorkommnisse und Entwicklungen durch die Bewohner und Bewohnerinnen selbst thematisiert werden, darüber hinaus gemeinsames Essen - und Freizeitgestaltungsangebote, diese zu meist am Freitagnachmittag. Die Wohngruppenbetreuung ist in folgender Weise organisiert: Im aktuell angewandten Betreuungsschlüssel von einer Betreuungsperson auf vier volljährige Bewohner bzw. Bewohnerinnen ( der Gesamtpersonalschlüssel der Einrichtung ist demgegenüber im Rahmen der internen Organisation – Anzahl sämtlicher Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterinnen im Verhältnis zur Anzahl sämtlicher Bewohner bzw. Bewohnerinnen - in der Relation 1: 2,83 angesetzt) entfallen mindestens zwei volle Arbeitsstellen auf eine Wohngemeinschaft. „ Jugendwohnung e.V.“ legt großen Wert darauf, den Bewohnern und Bewohnerinnen mit den beiden Bezugstherapeuten im Sinne des Übertragungsangebotes ein Ersatzelternpaar anbieten zu können; d.h. dass die jeweilige Wohngruppenbetreuung standardmäßig von einer weiblichen und einer männlichen Fachkraft wahrgenommen werden soll. Betreuungszeiten sind sowohl durch feste Zeiträume als auch durch die Möglichkeit flexibler Terminvereinbarungen organisiert. „ Jugendwohnung e.V.“ unterteilt die Wahrnehmung der Betreuungszeit in eine Hauptbetreuungszeit ( 07:00 bis 21:00) und eine Anrufbereitschaft ( 21:00 bis 07:00). Diese Aufteilung gilt für die gesamte

Woche einschließlich der Wochenenden. Der Aufenthalt der jungen Volljährigen in einer der sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften ist in drei Phasen zu je sechs Monaten unterteilt. Diese sind die Integrations-, die Kern- und die Ablösungsphase. Innerhalb dieses zeitlichen Rahmens sollen die im - nach Aufnahme in die Einrichtung auf Basis von biografischen Daten, Arzt- und Klinikberichten sowie der Elternhausanalyse - durch Bezugstherapeuten und Klient bzw. Klientin gemeinsam erstellten, individuell ausgerichteten Therapieplan festgelegten Ziele erreicht werden.

### **Die Therapiewerkstatt**

Darüber hinaus ist im Jahre 1982 eine betriebseigene therapeutische Werkstatt in den Räumlichkeiten der Geschäftsstelle eingerichtet worden. In dieser Werkstatt erhalten die Bewohner und Bewohnerinnen von „Jugendwohnung e.V.“ in einer regulären Fünf-Tage-Woche ( ein täglich vierstündiges Beschäftigungsangebot analog zu einem regulären Halbtagsjob) die Möglichkeit, sich sowohl handwerklich als auch auf kreative Weise betätigen zu können. Die Therapiewerkstatt bietet Trainingsmöglichkeiten für die am Werkstattprogramm Teilnehmenden. Im Rahmen der Werkstatt findet somit eine beschützte Heranführung an die Anforderungen des Alltagslebens statt; verschüttete bzw. nicht vollends entwickelte Fähigkeiten und Fertigkeiten sollen eingeübt und internalisiert werden. Hierzu zählen neben Pünktlichkeit, Verbindlichkeit, Zuverlässigkeit und dem respektvollen Umgang mit Mitarbeitern und Betreuern auch Konzentration, Kontinuität und Frustrationstoleranz in der praktischen Arbeit. Daneben wird dem Klienten/der Klientin die Möglichkeit geboten, eine berufsbezogene Orientierung zu initialisieren und den eigenen berufsrelevanten Neigungen und Interessen nachgehen zu können. Dieser Gedanke ist nicht nur als Angebot zu verstehen; vielmehr wird in diesem Zusammenhang eine der drei eingangs erwähnten Grundregeln von „Jugendwohnung e.V.“ verwirklicht und zwar die der Bereitschaft zur regelmäßigen Arbeits-, Ausbildungs- oder Schulabsolvierung. Die Werkstatt wird geleitet von zwei Mitarbeitern; auch in dieser Personalfrage legt „Jugendwohnung e.V.“ größten Wert auf die Verkörperung der Elternrollen durch die Mitarbeiter: So werden hier in Analogie zur Wohngruppenbetreuung folgerichtig ein Mann und eine Frau eingesetzt.

## **Der Arbeits- und Ausbildungsförderungsbereich**

An die Werkstatt angegliedert ist der sog. Arbeitsförderungsbereich. Diese Stelle dient als Anlaufstation für Bewohner und Bewohnerinnen, welche an der Aufnahme eines Praktikums, der Bewerbung um einen Ausbildungsplatz oder der Vermittlung einer Jobgelegenheit interessiert sind. Hier gibt eine pädagogische Fachkraft an zwei Tagen in der Woche Orientierung bezüglich der Anforderungen und Möglichkeiten auf dem ersten und zweiten Ausbildungsmarkt. Die Vermittlung von Praktikumsstellen oder die Anbindung der jeweiligen Bewohner und Bewohnerinnen an Träger der beruflichen Rehabilitation wie etwa Berufstrainingszentren oder Berufsbildungswerke wird in diesem Bereich geleistet. Hierzu zählt auch die notwendige Unterstützung im Schriftverkehr und in Sachen telefonische Kontaktaufnahme. Der Fokus der Arbeit mit den Bewohnern wird hier in ganz grundsätzlicher Weise auf die Hinwendung zum selbständigen Erwerbsleben gelegt; somit ist auch das eigenständige Aufsuchen und die Bereitschaft und Fähigkeit zur Eigeninitiative hinsichtlich der Arbeitsaufnahme Voraussetzung für die Inanspruchnahme des Angebotes.

## **Die Basisförderungsgruppen**

In den Basisförderungsgruppen sollen fundamentale Fähigkeiten erlernt werden. Zu den Basisförderungsgruppen zählen eine Sportgruppe, eine Kochgruppe sowie eine Kreativgruppe. Diese regelmäßig in der Woche stattfindenden Gruppenangebote richten sich an diejenigen Bewohner und Bewohnerinnen, welche einerseits krankheitsbedingt oder aufgrund hoher Medikation noch nicht dazu imstande sind, regelmäßig die Anforderungen des Werkstattangebots zu bewältigen, andererseits steht das Basisförderungsangebot auch Bewohnerinnen zur Verfügung, welche noch auf einen Werkstattplatz warten. Ansatzpunkte der Basisförderungsangebote bestehen im Trainingsgedanken: Neben der Einübung und des Einhaltens einer regelmäßigen Tagesstruktur sollen in diesem Rahmen identitätsstiftende Bezüge ( sportliche Betätigung, Planung, Anrichtung und Angebot einer gemeinsamen Mahlzeit ) im Gruppenzusammenhang entdeckt und entwickelt werden. Im Einzelfall kann bereits die Anfahrt zum Gruppentermin Bestandteil des Trainings sein. Die Anleitung dieser Gruppen erfolgt durch eine qualifizierte Fachkraft im Rahmen von zur Zeit zehn Stunden in der Woche.

## **Die ambulante Vor- und Nachbetreuung**

Mit der ambulanten Vor- und Nachbetreuung sind flexible Angebote der Einzelfallhilfe für junge Volljährige geschaffen worden. Dieses Hilfeangebot bezieht sich auf die vorbereitende Betreuung zukünftiger Bewohner und Bewohnerinnen, welche die Infogruppe erfolgreich durchlaufen und eine Einzugszusage erhalten haben, diese aber aufgrund des noch nicht zur Verfügung stehenden Wohnplatzes oder noch fehlender Kostenzusage der zuständigen Behörde nicht wahrnehmen können. Die Vorbetreuung dient der psycho-sozialen Unterstützung, der Vorbereitung auf das sozialtherapeutische Setting des Klienten bzw. der Klientin sowie der Integration in die Angebote des Trägers. Die ambulante Nachbetreuung steht den Bewohnern und Bewohnerinnen nach Auszug aus der Einrichtung zur Verfügung. Sie ist auf die Unterstützung in der Bewältigung der Übergangsphase vom Alltagsleben in der therapeutischen Wohngemeinschaft zum selbständigen Leben im eigenen Wohnraum ausgerichtet. Die ambulanten Leistungen werden von Sozialpädagogen erbracht und finden im Rahmen der jeweilig von der zuständigen Behörde bewilligten Stundenhöhe an Fachleistungsstunden statt, i.d. R. sind dies zwei bis sieben Fachleistungsstunden pro Woche. Dem Konzeptentwurf der ambulanten Vorbetreuung werde ich mich im Rahmen des dritten Abschnittes ( 5 Ausgestaltung der vorbereitenden Einzelbetreuung im Rahmen von „ Jugendwohnung e.V.“) der hier vorliegenden Arbeit in ausführlicher Weise widmen.

## **Das Gruppensprechertreffen**

Das Gruppensprechertreffen ist ein Forum für die Bewohner und Bewohnerinnen der Einrichtung. In diesem Rahmen können und sollen die von der jeweiligen Wohngruppe gewählten Vertreter und Vertreterinnen die Anliegen der Bewohner und Bewohnerinnen gegenüber dem Kollegium sowie darüber hinaus der Geschäftsführung der Einrichtung deutlich machen. Den gewählten Gruppensprechern stehen von Seiten der Einrichtung zwei sog. Vertrauenspädagogen gegenüber. Diese haben die Aufgabe, die Anregungen, Hinweise und Beschwerden aus der Bewohnerschaft zu moderieren und die erarbeiteten Ergebnisse innerhalb des Kollegiums zu kommunizieren und die dementsprechenden Notwendigkeiten zu inhaltlichen und strukturellen Veränderungen zu transportieren. Die Funktion dieses Bereiches besteht somit sowohl

in der Förderung der Interessenvertretungs- und Selbstorganisationsfähigkeiten der Gruppe als auch in der faktischen Verbesserung des Wohnklimas. Die Gruppensprechertreffen finden einmal monatlich in den Räumlichkeiten der Geschäftsstelle der Einrichtung statt.

### **Das Großteamtreffen**

Das Großteamtreffen ist die Versammlung aller Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Vereins. Hier findet ein übergreifender kollegialer Austausch statt. Themen des Großteamtreffens sind neben aktuellen extern bedingten Veränderungen ( etwa sozialrechtlichen Änderungen, Abänderungen der Leistungsvereinbarung mit Kostenträgern, Erfordernisse mietrechtlicher Hintergrundsituationen usw.) Fragestellungen und Neuerungen, die sich aus den internen Abläufen – etwa Berücksichtigung qualitätsbezogener Anforderungen, Mitarbeiterwechsel, spezifischer Problemstellungen in den Wohngemeinschaften, den weiteren strukturell relevanten Angeboten etc. - ergeben. Das Großteamtreffen findet zweimal monatlich in den Räumlichkeiten der Geschäftsstelle der Einrichtung statt. Entscheidender Unterschied beider Großteamtreffen ist, dass sie wechselweise unter Einbeziehung und Ausschluss der Geschäftsführung stattfinden.

### **Die Geschäftsführung**

Die Geschäfte der Einrichtung werden von zwei hauptverantwortlichen Geschäftsführern geleitet. Diese teilen sich die Aufgaben der Einrichtungsleitung in unterschiedlicher und wechselnder Weise. Diese Aufgaben sind in der Hauptsache:

- Die in der Steuerung der Einrichtungsaktivitäten und –entwicklung liegenden Aufgaben; hierzu zählen neben der Verantwortung für die wirtschaftlichen und finanziellen Belange ( Auseinandersetzung bzw. Verhandlung mit Kostenträgern bezüglich des Leistungsangebotes, der abrechnungsfähigen Pflegesätze usw.) auch die konzeptionelle Weiterentwicklung der Einrichtung.
- Darüber hinaus fallen Aufgabenstellungen an, die die gesamte Repräsentation, Positionierung, Außendarstellung und Verankerung des Trägers im regionalen und überregionalen Jugendhilfesystem und damit die Anschluss- und



Zukunftsfähigkeit der Einrichtung betreffen. Dazu zählt auch die Wahrnehmung von Aufgaben im Sinne der Schnittstellenkoordinierung zwischen dem Vereinsvorstand und den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Trägers.

- die interne Auseinandersetzung mit Fragen der Personalplanung und des Personaleinsatzes, der Qualitätsentwicklung und darüber hinausgehend mit den im Tagesgeschäft anfallenden Problemstellungen im Verein.
- In der Verantwortung der Geschäftsführung liegt folgerichtig auch die Wahrnehmung der Dienst- und Fachaufsicht über alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Diese wird mittels regelmäßiger Wohngruppenbesuche, Team-, und Personalgespräche ausgeübt.

### **3.3 Zusammensetzung und Aufgabenbereiche des Kollegiums**

Zum Zeitpunkt des 31.12.2008 bilden laut Personalmeldungsmittteilung gemäß § 47 SGB VIII insgesamt dreiundzwanzig Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen das Fachkollegium von „Jugendwohnung e.V.“. Diese teilen sich zu ungleichen Anteilen auf die vertretenen Disziplinen Sozialpädagogik, Pädagogik und Psychologie auf: So sind zwölf Dipl.Sozialpädagogen, fünf Dipl.-PädagogInnen und drei Dipl.-PsychologInnen bei „Jugendwohnung e.V.“ beschäftigt ( vgl. Anhang 9: Personalmeldung gem. § 47 SGB VIII). Darüber hinaus sind drei Werktherapeuten ( Tischler, Ergotherapeuten und Kunsttherapeuten) mit Fachhochschul- oder Hochschulabschluss angestellt. Anforderungen der Einrichtung an ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind neben weichen Kriterien wie einem erhöhtem Maß an Lebenserfahrung, der humanistischen Orientierung, der Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit sowie einem hohen Maß an Authentizität, Integrität, Toleranz und der Fähigkeit zur Teamarbeit die oben bereits erwähnte grundständige akademische Qualifizierung sowie eine therapeutisch fundierte Zusatzkompetenz in einer der im Folgenden benannten Richtungen:

- Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie
- Sozialtherapie
- Systemische Familienberatung / Familientherapie
- Verhaltenstherapie

Die Aufgabenbereiche des Fachkollegiums sind vielfältig. Zunächst ist die Verteilung der Mitarbeiter auf die vorhandenen Arbeitsplätze zu berücksichtigen. Arbeitsplätze entfallen auf die Wohngruppenbetreuung, auf die Therapiewerkstatt, die Arbeits- und Ausbildungsförderung, auf die Basisförderungsgruppen und die ambulanten Vor- und Nachbetreuungen. Innerhalb dieser Arbeitsfelder werden die Aufgaben in unmittelbare und mittelbare Leistungen unterteilt. Zu den unmittelbaren Leistungen zählen sämtliche Tätigkeiten die im Kontakt mit den Bewohnern und BewohnerInnen erbracht werden. Diese sind die Anleitung zur sozialen und persönlichen Kompetenz, die Hilfe in der Krisenbewältigung, Unterstützung in der Vermeidung von Straffälligkeit, des Suchtverhaltens und der Suizidgefährdung, der Förderung von Bildung, beruflicher Qualifizierung und Arbeitstätigkeit, der Gesundheitsförderung ( einschließlich gesundheitsbezogener Prävention sowie Unterstützung im medizinischen Bereich) und der Anleitung in Fragen der Freizeitgestaltung und Interessensentwicklung. Zu den mittelbaren Leistungen zählen die quasi indirekten geleisteten Tätigkeiten, also Dienstbesprechungen, Supervision, Weiterqualifizierung, die interne Dokumentation der Arbeit sowie die fortlaufende Hilfeplanung im Einzelfall und in der Gruppenarbeit.

### **3.4 Selbstverständnis des Arbeitsauftrags**

In diesem Abschnitt werde ich das der praktischen Arbeit zugrunde liegende Selbstverständnis der Einrichtung skizzieren. Die Einrichtung arbeitet konfessionsübergreifend und unabhängig von einer politischen Partei oder gesellschaftspolitischen Bewegung. Der Verein lehnt eine ideologisch geprägte Sicht der Welt ab und distanziert sich explizit von Praktiken und Technologien der Lehre L. Ron Hubbards und der „Church of Scientology“. „Jugendwohnung e.V.“ will sozialtherapeutisch wirksame Arbeit auf der Basis von gegenseitiger Wertschätzung und Akzeptanz leisten. Die Einrichtung möchte den in ihrer Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigten, entwicklungsdefizitären, seelisch erkrankten jungen Volljährigen ein Lernfeld bieten, in welchem sie durch die Auseinandersetzung mit sich und anderen ihre jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen erfahren und erweitern können. Diese Prozesse werden durch die Integration des Einzelnen in den Gruppenzusammenhang als auch durch selbsterkenntnisfördernde aufdeckende psychotherapeutisch wirksame Arbeit mit der bzw. dem Einzelnen auf Grundlage einer therapeutischen Beziehung und von Freiwilligkeit befördert. Wie ist die therapeutische Grundhaltung den Bewohnern und Be-

wohnerinnen gegenüber ausgerichtet? Hierzu lässt sich folgendes aus der Selbstdarstellung der Einrichtung ableiten: Die direkte Arbeit mit dem jeweiligen Bewohner bzw. der Bewohnerin soll „ auf Augenhöhe“ mit dem jeweiligen Bewohner bzw. der Bewohnerin erfolgen; dies ermögliche einen persönlichen Kontakt, innerhalb dessen zwei Menschen - Helfer und Klient -gemeinschaftlich und einvernehmlich am Problem des Klienten arbeiten können. Somit könne eine Über-Identifikation des Mitarbeiters mit der Helferrolle wie auch die Annahme der Opferrolle durch den Klienten bzw. die Klientin vermieden werden ( vgl. Anhang 3: Zu den inhaltlichen Grundlagen der Arbeit bei Jugendwohnung e.V. Teil Eins, 2006, S. 6). Dieser Kontakt soll integriert werden in den größeren Zusammenhang der Gruppe, um somit dem Entstehen von Gefühlen der Abhängigkeit und des Ausgeliefert-Seins, letztlich der Reproduktion bzw. Reaktivierung einer unangemessenen Opferrolle gegenüber dem Helfer entgegenwirken zu können. Hiermit ist also die beziehungsorientierte Dimension der therapeutisch wirksamen Grundhaltung gegenüber den Bewohnern und Bewohnerinnen angesprochen. Die Beziehungsarbeit mit den Bewohnern und Bewohnerinnen ist als Integrationsleistung zu verstehen; dies bedeutet, dass zunächst eine von Vertrauen geprägte und stabile Beziehung zwischen Helfer/in und Klient/in entstehen muss, bevor an produktive Verhaltensänderungen zu denken ist. Ausgehend von dem Umstand, dass ein Großteil der Bewohner und Bewohnerinnen der Einrichtung nur schwerlich in der Lage sind, ein für eine tendenziell psychotherapeutisch ausgerichtete Behandlung ausreichendes Maß an Selbstreflexivität, Objektkonstanz, Beziehungs- und Bindungsfähigkeit ( letztlich: Einschränkungen der Funktionalität der psychischen Struktur) in den eigenen Entwicklungsprozess mit einbringen zu können, erscheint es schlüssig, dass die Bewohner und Bewohnerinnen ihre jeweiligen psychodynamischen Spannungen eher im zwischenmenschlichen anstatt im eigenen, intrapsychischen Raum ausagieren werden. Hier wird deutlich, dass sich der Bezugsbetreuer eine Haltung zu Eigen machen muss, welche in erster Linie in der psycho-sozialen Stabilisierung und Förderung der Alltagsbewältigung bestehen wird, ehe die Förderung und Rekonstruktion psychostruktureller Funktionen und daran anschließend die klassische psychotherapeutisch fundierte, reflektierende Aufarbeitung von innerpsychischen Konflikten erfolgen kann. Schlussfolgerung für die therapeutische Haltung der Mitarbeiter von „ Jugendwohnung e.V.“ muss also diejenige Rollenadaption sein, die – wie weiter oben bereits angesprochen - eher der eines „ Ersatzelternpaares“ denn der eines beziehungsabstinenten, sich der Bewertung

enthaltenden und alltagsdistanten Psychotherapeuten entspricht. Weiterhin soll durch diesen Arbeitsansatz gewährleistet werden, dass die psychosoziale Unterstützung der Bewohner und Bewohnerinnen in beziehungskonstanter Weise geleistet werden kann. Dies befördere die Entstehung von zwischenmenschlicher Gegenseitigkeit und von Vertrauen, was als Vorbedingung vertiefter therapeutisch wirksamer Prozesse zu verstehen ist und sich somit direkt auf eine positive Verlaufsprognose im Einzelfall auswirken kann. Ziel ist immer und in jedem Fall die Entfaltung einer gereiften, realitätsfähigen Persönlichkeit. Zulässig einsetzbare Methoden sind in diesem Zusammenhang die Methoden und Techniken aus der sozialen Einzelfallhilfe, der Sozialen Gruppenarbeit sowie psychotherapeutisch aufdeckende Methoden.

### **3.4.1 Erörterung des Begriffs „ Sozialtherapie“ im Kontext der Einrichtung**

In diesem Abschnitt werde ich der Frage nachgehen, was unter der sozialtherapeutischen Orientierung im Kontext der Arbeit von „ Jugendwohnung e.V.“ zu verstehen ist. Im Abschnitt 2.4.6 Sozialtherapie in der Klinischen Sozialarbeit der vorliegenden Arbeit wurden bereits drei Begriffsbestimmungen von Sozialtherapie vertiefend betrachtet. Ergebnis dieser Analyse war die Feststellung, dass die Definitionen nach Schwendtner, nach Binner und Ortmann sowie nach Pauls im Wesentlichen deckungsgleich sind; leichte inhaltliche Abweichungen sind in der Betonung der soziologischen Dimensionen Ausstattungs-, Austausch-, Macht- und Werteproblemen durch Binner und Ortmann und deren erkennbarer leichter Vernachlässigung der psychotherapeutischen Dimension zu sehen. Pauls hingegen hebt verstärkt auf die psychotherapeutische Orientierung ab. Ich beziehe mich in meiner Subsumtion der Merkmale der von „ Jugendwohnung e.V.“ in der Alltagspraxis geleisteten Sozialen Therapie unter eine sozialwissenschaftliche Definition auf die Begriffsbestimmung von Sozialer Therapie nach Schwendtner. Schwendtner bestimmt, wie weiter oben ausführlich erörtert wurde, Soziale Therapie als „...die Reflexion auf die Gleichzeitigkeit gesellschaftlicher und psychischer Ursachen je bestehender Leidenserfahrungen, verbunden mit dem Ensemble möglicher Interventionen zur Behebung oder doch Minderung dieser.“ ( Schwendtner, 2000, S. 15). Lassen sich die entscheidenden Elemente der Schwendtnerschen Definition ( die doppelte Orientierung auf Person und Umwelt-Bezüge bestehender Leidenserfahrungen, professionelle Problem-

verarbeitung) im sozialtherapeutischen Arbeitsansatz von „ Jugendwohnung e.V.“ wiederfinden? Aus der gemäß §§ 78b, 78c SGB VIII erstellten Leistungsvereinbarung des Trägers mit der Freien und Hansestadt Hamburg, vertreten durch die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, wird Bezug auf die konzeptuellen Grundlagen der sozialtherapeutischen Arbeit der Einrichtung genommen. Aus dem Kapitel 2.1.1 der Leistungsvereinbarung ( Pädagogisch-therapeutische Ausrichtung) geht hervor, dass „... Sozialtherapie bei Jugendwohnung e.V. heißt, dass die geleisteten Hilfen zur Persönlichkeitsentwicklung immer und systematisch zweigleisig angelegt sind.“ ( vgl. Anhang 1: Leistungsvereinbarung Jugendwohnung e.V., 2008, S.6). Die benannte Zweigleisigkeit besteht hierbei zum Einen in der Orientierung auf das Leben der Klienten bzw. Klientinnen in der (Wohn-) Gemeinschaft und das Alltagsleben ( einschließlich der Ausbildungs- und Arbeitsperspektive). Das Alltagsleben des bzw. der jeweiligen Klienten wird sozialpädagogisch angeleitet, begleitet und supervidiert. Zweigleisigkeit bedeutet zum Anderen die Orientierung auf das konkrete Erleben der jeweilig bedeutsamen Konstellationen des Alltagslebens durch den jeweiligen Klienten bzw. die Klientin. Das subjektive Erleben im Alltag wird systematisch (explizit: nicht nur im Falle krisenhaften Erlebens) in Beziehung gesetzt zu lebensgeschichtlichen Hintergründen der jungen Menschen, um dadurch ein erhöhtes Verständnis der individuellen Situation und der sich daraus ergebenden verbesserten Handlungskompetenz zu bewirken. Das innerpsychische Erleben soll durch eine psychotherapeutische Perspektive im Einzel- und im Gruppenkontext bearbeitet werden. Dies setze diagnostische Kenntnisse sowie die Befähigung zur psychotherapeutisch aufdeckenden Arbeit voraus ( vgl. Anhang 1: Leistungsvereinbarung Jugendwohnung e.V., 2008, S.6). Hier wird also ein entscheidender Verweis auf die Beachtung der gesellschafts- und gruppenbezogenen Integration des Bewohners bzw. der Bewohnerin wie auch der intrapsychischen Konstitution des bzw. der Einzelnen durch die personenzentrierte Arbeit gegeben.

Dieser integrierte Ansatz soll sowohl der existentiellen Objektqualität ( Gewährung und Schaffung von Zusammenhang und Zugehörigkeit hinsichtlich persönlicher Beziehungen, der Wohngruppe, im familiären und sozialen Umfeld, im Verhältnis zur Gesellschaft, zur Umwelt) wie auch der Subjektqualität des Seins der Klienten und Klientinnen gerecht werden. Somit ist ein integrierter sozialpädagogisch und psychotherapeutisch fundierter Ansatz im Sinne des ersten Definitionsmerkmals (Orientierung auf Person und Umwelt-Bezüge) der Sozialtherapie nach Schwendtner für die

praxisbezogene Arbeit der Einrichtung geschaffen ( vgl. Anhang 3: Zu den inhaltlichen Grundlagen der Arbeit bei Jugendwohnung e.V., 2006, S. 3). Wie ist die Hilfebedarfslage des Klientels von „ Jugendwohnung e.V.“ einzuschätzen? Schwendtner zielt auf den Begriff der Leidenserfahrungen ab, welche Adressaten sozialtherapeutischer Hilfemaßnahmen „auszeichnen“. Hierunter fasst er unterschiedliche auf den Einzelnen bzw. die Einzelne einwirkende belastende und behindernde Erfahrungen. Schwendtner benennt eine Vielzahl möglicher Leidenserfahrungen: Stress, Gespaltenheit, Verfolgungsgefühle und Traumatisierung, Narzissmus, Traurigkeit und Euphorie, Neurosen, Ängste, Psychosomatische Kränkbarkeit, Suizidalität, Behinderungen usw. ( vgl. Schwendtner, 2000, S. 33ff). Im internen Schriftverkehr von „ Jugendwohnung e.V.“ lassen sich ähnlich geartete Hinweise entdecken. In dem bereits erwähnten Papier „ Zu den inhaltlichen Grundlagen der Arbeit bei „ Jugendwohnung e.V.“ werden die Bedürfnisse der Hilfeempfänger folgendermaßen umrissen: „ Grundsätzlich ist klar, dass alle jungen Menschen, die zu uns kommen, leiden - jeder allerdings (scheinbar) aus unterschiedlichen Gründen und auf unterschiedliche Weise. ...Alle unsere Leute sind einsam und leiden unter einer massiven Beeinträchtigung ihres persönlichen Sinn-Gefühls bis hin zum Gefühl völliger Sinnlosigkeit.“ ( vgl. Anhang 3: Zu den inhaltlichen Grundlagen der Arbeit bei Jugendwohnung e.V., 2006, S. 1). So auch in den Überlegungen zur Qualitätsentwicklung bei „ Jugendwohnung e.V.“. Dort wird die Bewohnerschaft als Gruppe junger Menschen, welche in ihrer Biographie zahlreiche und schwerwiegende Brüche und Diskontinuitäten aufweisen, qualifiziert. Diese belastenden biografischen Erfahrungen fänden ihren Niederschlag in der Ausprägung einer Persönlichkeitsstruktur, die sich in entsprechend problematischen Verhaltensstrategien und Abwehrmechanismen zeige. Diese Verhaltensweisen störten sowohl individuelle Lebenspraxis wie auch alle Bezüge zur äußeren Welt. Qualitatives Unterscheidungsmerkmal zur „Normalbiografie“ des Durchschnittsbürgers bestünde im äußerst widersprüchlichen Subjekt-Entwurf des Klienten bzw. der Klientin. Dem entsprechend werde die eigene Subjektivität vom Klienten bzw. der Klientin leidhaft erlebt bzw. durchlebt ( vgl. Anhang 5: Grundsätzliche Vorüberlegungen zur Qualitätsentwicklung bei „ Jugendwohnung e.V.“, 2007, S. 2). Somit ist schlüssig nachgewiesen, dass Klienten und Klientinnen von „ Jugendwohnung e.V.“ eindeutig von Leidenserfahrungen im von Schwendtner konkretisierten Sinne betroffen sind. Drittes Merkmal eines als sozialtherapeutisch zu charakterisierenden Arbeitsansatzes ist die Methodologie von geeigneten Interventionen zur

Behebung bzw. Minderung sozialer Problemlagen. „Jugendwohnung e.V.“ nutzt zentral die Methode der Sozialen Gruppenarbeit für die Arbeit in den therapeutischen Wohngemeinschaften. Diese wird ergänzt durch die Methode der Sozialen Einzelfallhilfe im intensiven persönlichen Bezug zum jeweiligen Klienten bzw. zur jeweiligen Klientin. In der Leistungsvereinbarung des Trägers wird die Methode der Sozialen Unterstützung als weitere standardgemäße Hilfeleistung benannt: „Die Unterstützung der Bewohner bei der Bewältigung ihres Alltags / Schule, Arbeit, Ausbildung, aber auch Kontakte zu Behörden und Institutionen aller Art, z.B. Ärzte) ist selbstverständlich. Dabei muss, je nach Kompetenz, zum Teil sehr aktive Hilfe gewährt werden ( z.B. Begleitung zu externen Terminen), teilweise reicht eine eher supervidierende Prozessbegleitung“ ( vgl. Anhang 1: Leistungsvereinbarung Jugendwohnung e.V., 2008, S.7). Dies beinhaltet auch Netzwerkarbeit, etwa in der Form der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und stationären psychiatrischen Einrichtungen, ergotherapeutischen Einrichtungen, Selbsthilfegruppen. „Jugendwohnung e.V.“ stützt sich methodisch auf diagnostische Verfahren. Im Einzelnen erfolgt die Diagnostik mittels der Instrumente Erstinterview in der Infogruppe, Fragebogen zur Erhebung der Lebensgeschichte einschließlich eines Genogramms, der Elternhausanalyse ( ergänzend hierzu Elterngespräch und Hausbesuch), der Beziehungsmuster- und Persönlichkeitsstrukturanalyse anhand der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik ( OPD). Die OPD ist ein Diagnoseinstrument aus der psychoanalytischen Psychotherapie. Mithilfe der OPD ( in dem von „Jugendwohnung e.V.“ genutzten und für die Jugendhilfe modifizierten Verfahren werden ausschließlich die beiden OPD-Achsen „Struktur“ sowie „Beziehung“ angewandt) können psychostrukturellen Auffälligkeiten im Erleben der Person und in sozialen Kontexten sowie wiederkehrende und typische psychodynamische Beziehungsgestaltungsmuster des Klienten bzw. der Klientin herausgearbeitet werden. Diese sorgfältige Überprüfung der psychischen Befindlichkeit und der Beziehungsgestaltungsmuster ist in erster Linie der Notwendigkeit geschuldet, durch die Ergebnisse des OPD – Interviews abgesicherte Einschätzungen als Ausgangspunkte für die von „Jugendwohnung e.V.“ angebotene sozialtherapeutische Hilfe zu gewinnen. Die Resultate des OPD-Interviews ermöglichen die Bildung erster Arbeitshypothesen über die Persönlichkeit des Klienten bzw. der Klientin. Somit können Erkenntnisse über den professionellen Umgang mit unbewussten Beziehungsangeboten und –erwartungen des Klienten bzw. der Klientin herausgearbeitet werden. Dies dient auch dem Zweck

der Überprüfung der Anschlussfähigkeit des Klienten bzw. der Klientin an die Anforderungen einer sozialtherapeutischen Wohngruppe. Darüber hinaus wird die Person-in-Environment-Klassifikation ( PiE) zur (Selbst-) Einschätzung des eigenen Rollenverhaltens und –erlebens des Klienten bzw. der Klientin durch diesen bzw. diese herangezogen. Die PiE berücksichtigt die externen diagnostischen Einschätzungen durch Fachärzte bereits in der ihr eigenen Auswertung. Diagnostische Erkenntnisse aus der OPD und der PiE werden als gemeinsames Arbeitsmaterial für die Auseinandersetzung zwischen Mitarbeitern bzw. Mitarbeiterinnen und Klienten bzw. Klientinnen ausschließlich im internen (sozial-) therapeutischen Arbeitsprozess genutzt und nicht im Sinne einer neuen diagnostischen Etikettierung des Klienten bzw. der Klientin. Diagnostik im Binnenraum von „ Jugendwohnung e.V.“ ist also primär wichtig für die Einschätzung des Entwicklungsprozesses einzelner Klienten bzw. Klientinnen wie auch in der Hinwendung nach außen im Zusammenhang mit Anfertigungen von Entwicklungsberichten bedeutsam. Die Diagnostik erfolgt ausgewogen im Sinne des Empowerments und der Ressourcenorientierung; neben vorhandenen Interessen, Talenten und Begabungen – der produktiven Perspektive – werden dysfunktionale und psychopathologische Aspekte berücksichtigt. Aus den gemeinsamen diagnostischen Einschätzungen von Klient bzw. Klientin und Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterin ergibt sich die weiterführende Therapieplanung mit den vier Schritten unmittelbare, mittelfristige, langfristige Maßnahmen sowie perspektivische Ziele nach erfolgtem Auszug aus der Einrichtung. Ich möchte an dieser Stelle festhalten, dass sich die sozialtherapeutische Konzeption der Einrichtung „ Jugendwohnung e.V.“ – wie hier geschehen - widerspruchsfrei unter die abstrakte Begriffsbestimmung von Sozialer Therapie nach Schwendtner subsumieren lässt. Die drei bedeutsamen Merkmale der Definition - Orientierung auf die Person-Umwelt-Wechselwirkungen, jeweilig bestehende Leidenserfahrungen, sozialarbeits-spezifische Interventionen – lassen sich in Leistungsvereinbarung und internem Schriftverkehr in eindeutiger Weise erkennen. Damit stellt die Einrichtung „ Jugendwohnung e.V.“ in sozialarbeitswissenschaftlicher Hinsicht eine Institution Sozialer Therapie dar. Erwähnenswert ist, dass die Einrichtung nicht seit Gründungsbeginn 1973 auf Basis des hier dargestellten spezifisch sozialtherapeutischen Konzeptes arbeitet, sondern dass dieses Konzept im Laufe der Jahre in einer Mischung aus Pragmatik, Erfahrungswerten und unterschiedlichsten sozial-arbeitswissenschaftlichen, pädagogischen, psychologischen und philosophischen Theorieeingaben entstanden ist. Die heutige Aufstellung der Einrichtung



macht zwei Sachverhalte erkennbar. Die Einrichtung „Jugendwohnung e.V.“ wendet - trotz der eher atheoretischen Herangehensweise und der pragmatischen Ausrichtung - ein theoretisch sehr gut nachvollziehbares und sozialwissenschaftlich begründbares Konzept Sozialer Therapie an. Dies deutet darauf hin, dass Soziale Therapie als Behandlungsansatz Klinischer Sozialarbeit generell eine große Schnittmenge sowohl gesellschaftlich relevanter Gesundheitsstörungen als auch der - nicht nur professionsspezifischen - Antworten darauf zu bündeln vermag. Außerdem demonstrieren die therapeutischen Prozesse, welche sich im Angebot der künstlich hergestellten Struktur unter Zuhilfenahme kompensatorisch wirkender Beziehungserfahrungen im Alltag der Wohngruppen innerhalb der Einrichtung „Jugendwohnung e.V.“ - entfalten können, den Sachverhalt, dass Soziale Therapie unbedingt als alltagsnahes, quasi-natürliches Hilfskonzept zu würdigen ist.

### **3.4.2 Der Begriff „Therapie“ in der Jugendhilfe**

Es erscheint mir im Rahmen dieser Arbeit sinnvoll, auf die Anwendung des Begriffs „Therapie“ im Zusammenhang mit einer Einrichtung der Jugendhilfe einzugehen. Der Begriff „Therapie“ wird als Kranken- und Heilbehandlung definiert ( Duden, 1966, S. 711). Im § 1 ( 3) PsychThG werden „Störungen mit Krankheitswert“ als Handlungsgebiet für die Psychotherapie von der „Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte“ differenziert. Die therapeutische Behandlung von Menschen mit sozialen Konflikten ist somit nicht Aufgabe von Psychotherapeuten sondern bleibt anderen Berufsgruppen ( etwa Sozialarbeitern, Pädagogen u.a. im Jugendhilfesystem) überlassen. Die Jugendhilfe versteht die psychische Befindlichkeit eines jungen Menschen immer als eine in transaktionalen Bezügen ( familiäre, soziale, wirtschaftliche, religiöse Einbindungen) entstehende und noch im Werden begriffene Verfassung. In der Jugendhilfe wird ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis zu Grunde gelegt. Krankheit und Gesundheit werden als dynamisches Gleichgewicht aufgefasst, nicht als einseitige Festschreibung. Im Kontext der Jugendhilfe ist es daher nicht zwangsläufig korrekt, von voll ausgebildeten Störungsbildern im Sinne von Persönlichkeitsstörungen zu sprechen. Unter Rückgriff auf Wiesner sei es unangemessen, jungen Menschen vor einem Alter von etwa 18 Jahren Persönlichkeitsstörungsdiagnosen zu stellen. Es würden zwar Vorläufer von Persönlichkeitsstörungen als Folge extremer psychosozialer Belastungen erkennbar werden, doch könne in einem Zeit-

raum, in welchem sich die Persönlichkeit noch entwickle, nicht vom Endzustand einer Persönlichkeitsstörung gesprochen werden ( vgl. Wiesner 2000, S. 511). Psychosoziale Krisen junger Menschen können somit nur schwerlich als Vorboten oder Folgen von psychosozial bedeutsamen Veränderungen –als individuell und biografisch erworbene und chronifizierte psychische Erkrankung - verstanden werden. Jugendliche und junge Volljährige befinden sich in einem Stadium der Persönlichkeitsverfestigung. Die Erwachsenenpersönlichkeit tritt mehr und mehr hervor und damit zusammenhängend auch die sich verfestigende Entwicklungsstörung der Persönlichkeit. Im § 41 (1) SGB VIII wird dementsprechend auf „ Hilfen zur Persönlichkeitsentwicklung“ Bezug genommen. Für diese Altersgruppe seien spezifische pädagogische Konzepte zu entwickeln. Zu diesen zählten auch spezifische therapeutische Mittel ( vgl. Wiesner, 2000, S.625). Darüber hinaus besteht gemäß § 27 ( 3) SGB VIII ein Rechtsanspruch von Kindern und Jugendlichen auf „...Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen.“

### **3.4.3 Erörterung des Begriffs „ Entwicklung“ im Kontext der Einrichtung**

„ Jugendwohnung e.V.“ bezieht sich inhaltlich in hohem Maße auf den Begriff der Entwicklung. Nachdem ich in den vorangegangenen Abschnitten der Bedeutung des Begriffs Sozialtherapie im Zusammenhang mit der Einrichtung „ Jugendwohnung e.V.“ sowie der Einordnung des Begriffs Therapie im Rahmen der Jugendhilfe nachgegangen bin, möchte ich nun den recht allgemein nutzbaren Begriff Entwicklung in der exakten Verwendung des Begriffs durch die Einrichtung „ Jugendwohnung e.V.“ erörtern. Aus der Leistungsvereinbarung des Trägers geht hervor, dass sich Entwicklung auf die Entwicklung einer stabilen Persönlichkeit beziehe. Wir haben es also mit einer Präzisierung des Begriffs im Sinne von Persönlichkeitsentwicklung zu tun. Im Rahmen des Hilfeangebotes von „ Jugendwohnung e.V.“ sollen Persönlichkeitsentwicklungen in den folgenden Bereichen erzielt werden: In Auseinandersetzung mit der eigenen Identität und damit verbunden der eigenen bisherigen Lebensgeschichte. Wie bereits angesprochen sollen die sozialen und persönlichen Kompetenzen gefördert werden. Die notwendigen Fähigkeiten und Einsichten zur Vermeidung von Straffälligkeit, Sucht und bzw. oder suizidalen Tendenzen sollen erlernt und internalisiert werden. Eine positive Hinwendung zu den Themen Ernährung, Akzeptanz des

eigenen Körpers und der Bedeutung der Förderung der eigenen Gesundheit soll erarbeitet werden. Fähigkeiten bezüglich der erfolgreichen selbständigen Bewältigung der Anforderungen des Alltagslebens sollen entwickelt werden. Weiterhin will „Jugendwohnung e.V.“ die Eingliederung in ein selbstständig bewältigbares Erwerbsleben initiieren und fördern. Der permanente Kontakt des Helfers mit dem Klienten bzw. der Klientin soll sowohl die Einsicht in gegebene Ressourcen und Problematiken befördern wie auch zur Motivation zum aktiven und produktivem positiven Umgang mit Ressourcen und Problemstellungen beitragen. Im Verlauf der sozialtherapeutischen gemeinsamen Arbeit sollen Entwicklungen in der Selbstwahrnehmung des Klienten bzw. der Klientin erfolgen können. Positive wie negative Prozesse beim Klienten bzw. bei der Klientin sollen im Verlaufe der Hilfemaßnahme überprüft und im vereinbarten therapeutischen Sinne zielführend gehandhabt werden. Durch diese hier genannten Ansatzpunkte wird deutlich, dass therapeutisch wirksame, persönlichkeitsbildende Entwicklungsprozesse konzeptuell im Spannungsfeld von Sozialität und Individualität verortet werden. Die nicht vollständig realitätsfähige Persönlichkeit des oder der jungen Volljährigen soll in dem von „Jugendwohnung e.V.“ angebotenen Milieu nachreifen. Dysfunktionale oder noch nicht in ausreichender Weise entwickelte Persönlichkeitsanteile sollen dementsprechend in der Kooperation von Klient und professionellem Helfer eine – in dem weiter oben erörterten Sinne: sozialtherapeutische - produktive Behandlung erfahren.

### **3.5 Das Klientel der Einrichtung**

Bei „Jugendwohnung e.V.“ handelt es sich – wie oben bereits dargestellt - um eine Einrichtung der Jugendhilfe. Im Ausnahmefall können die Wohnplätze des Trägers auch von über 25 jährigen Klienten – also aus dem Bereich der Sozialhilfe – belegt werden. Zum aktuellen Zeitpunkt wird die Einrichtung von 21 Bewohnern und 36 Bewohnerinnen belegt; das Alterspektrum rangiert hierbei im Bereich von mindestens 18 Jahren bis zur ältesten derzeitigen Bewohnerin, welche sich in einem Alter von 26 Jahren befindet.

In diesem Abschnitt möchte ich die Merkmale des Klientels der Einrichtung im Sinne einer auffindbaren gemeinsamen Schnittmenge hinsichtlich der wiederkehrend anzutreffenden psychosozialen Problemstellungen sowie den damit oftmals in Zusammenhang stehenden psychischen Erkrankungen der jungen Menschen näher her-

ausarbeiten. Auffällig ist, dass es sich bei den Bewohnern und Bewohnerinnen der Einrichtung in der Mehrzahl um junge Menschen handelt, die ihre bisherige Sozialisation in dysfunktionalen, belasteten Familien, in von Anomie und von sozialer Desintegration geprägten Lebensverhältnissen erfahren haben. Die Problemlagen der jungen Volljährigen weisen darüber Hinaus die folgenden erkennbaren Parallelen auf: Der Großteil der Bewohner und Bewohnerinnen ist sozial vereinsamt und wirtschaftlich arm. Im Leben des Großteils der Bewohner und Bewohnerinnen Einzelnen geht es um das Fehlen eines persönlichen Sinn-Gefühls; oftmals um das Gefühl völliger Sinnlosigkeit. Die zur gesellschaftlichen Integration notwendigen Bezüge zur umgebenden Welt sind empfindlich beeinträchtigt. Ich interpretiere den bei den Bewohnern und Bewohnerinnen anzutreffenden biografisch erlebten Mangel an hinreichenden Sozialisationserfahrungen schlüssigerweise als eine Konsequenz aus versagten sozialen, ökonomischen und bildungsbezogenen Teilhabemöglichkeiten. Diese hier verallgemeinerte Ausgangsposition des Bewohners bzw. der Bewohnerin bezieht sich hierbei sowohl auf die äußere, soziologisch verortbare Dimension des Mensch-Seins als auch auf die intrapsychische Dimension des bzw. der Einzelnen. Mit der hier beschriebenen sozialen, ökonomischen und bildungsbezogenen Unterversorgung des bzw. der Einzelnen kann gleichsam – quasi als innerpsychischer Folgeschaden - eine im besten Falle: Unterentwicklung, im schlimmsten Falle: irreversible Beschädigung der psychischen Gesundheit einhergehen. Häufig vorzufindende Merkmale desjenigen Personenkreises junger Menschen, die an einer Aufnahme interessiert sind, sind folgerichtig das Vorhandensein unterschiedlicher Persönlichkeitsstörungen ( z.B. im Zusammenhang mit neurotischen Störungsbildern: Zwangserkrankungen, Angststörungen, Depressionen, Borderlinestörungen), unterschiedlich schwerwiegenden psychotischen Störungsbildern, psychosomatischen Erkrankungen, Entwicklungsverzögerungen als Folge von Vernachlässigung oder Missbrauch in Kindheit und Jugend oder als Folgeschaden aus langjährigen Rehabilitationsphasen aufgrund lebensbedrohlicher Erkrankung, darüber hinaus Suchtproblematiken. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der weitaus größte Teil der Bewohner und Bewohnerinnen eine psychiatrisch auffällige Hintergrundsituation repräsentiert. Dementsprechend kommt der größte Teil der jungen Volljährigen aus psychiatrischen Krankenhäusern, aus stationärer psychotherapeutischer Behandlung und aus psychosomatischen Kliniken. Der Ausnahmefall sind Bewerbungen um einen sozialtherapeutischen Wohnplatz aufgrund der Erfüllung gerichtlicher Auflagen

oder Bewährungsauflagen im Sinne der Maßgabe des Betreuten Wohnens. Grundsätzlich nicht werden junge Leute aufgenommen, die gerichtliche Therapieauflagen bzw. „Therapie statt Strafe“ - Auflagen erfüllen müssen. Gründe dafür sind die unklare Eigenmotivation der Kandidaten bzw. der Umstand, dass die Einrichtung dafür verantwortlich wäre, wenn ein Bewohner bei ( selbstverschuldeter) Entlassung zurück in den geschlossenen Strafvollzug müsste. In Ausnahmefällen können junge Straftäter aufgenommen werden, deren primäre Problemstellungen in krankheitswertigen psychischen Störungen liegen. In diesem Zusammenhang kann davon ausgegangen werden, dass diesem Klientel durch einen Aufenthalt bei „Jugendwohnung e.V.“ zu helfen wäre.

### **Veränderung des Klientels im Zeitverlauf**

Wie im vorangegangenen Textabschnitt dargestellt wurde, besteht der Großteil der derzeitigen Bewohnerschaft aus jungen Menschen mit psychiatrisch diagnostizierbaren Problematiken. Ich möchte nun in diesem Abschnitt nachvollziehen, wie es zu der qualitativen Verschiebung des Hauptklientels von Straffälligen und entwicklungsdefizitären, devianten jungen Erwachsenen hin zu einer eindeutig psychiatrisch auffälligen Bewohnerschaft gekommen ist. Als entscheidend für diese Verschiebung mache ich zwei Entwicklungen fest: Zum Einen ist die gesamtgesellschaftliche Entwicklung zu benennen, zum Anderen geraten die - an die gesellschaftlichen Prozesse gekoppelten - Anwendungen der sozialrechtlichen Grundlagen in den Blick. Diese beiden Entwicklungsstränge möchte ich in ihrer Bedeutung für die Veränderung des Klientels der Einrichtung im Folgenden inhaltlich vertiefen.

Zunächst ist auf allgemeine Folgen des gesellschaftlichen Wandels einzugehen. Wie auch Pauls resümiert, schlagen sich die tiefgreifenden Veränderungen in der Gesellschaft und die in den gesellschaftlichen Austauschprozessen liegenden psychosozialen Belastungen und Überforderungen in vielfältigen Gesundheitsproblemen nieder. Die Freisetzung ganzer Bevölkerungsgruppen aus integrierenden Wirtschaftskreisläufen, die Auflösung tradierter Lebensweisen und Lebensentwürfe, der Wandel von Geschlechtsrollen, die verwirrende Ausweitung der eigenen Verhaltensmöglichkeiten wurde bereits ausgiebig in der einschlägigen soziologischen Fachliteratur thematisiert. Ich verweise in diesem Zusammenhang auf die Veröffentlichungen von Ulrich Beck, „Die Risikogesellschaft“, 1986 sowie auf Richard Sennet, „Verfall und

Ende des öffentlichen Lebens“ sowie auf „ Die Tyrannei der Intimität“, 1977. Die Auswirkungen dieser Entwicklungen drücken sich auch in einer gesamtgesellschaftlichen Pathologisierung aus. Dieser hier benannte gesellschaftliche Wandel schließt den Wandel der klinischen Versorgungsangebote mit ein. Die in den 1970er und 1980er Jahren angewachsene Zahl von dezentralen und in unterschiedlichem Maße niedrigschwelligen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen als Folge aus der Psychiatriereform in Westdeutschland in den 1970er Jahren ist in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung. Hiermit wurde die psychiatrische Versorgungslandschaft tiefgreifend im Sinne der Menschenwürde, der verstärkten Teilhabe der Patienten und Patientinnen am gesellschaftlichen Leben, der sozialpsychiatrischen Angebote, umgestaltet. Somit entstand in dieser Zeit nicht nur das Bewusstsein für die Notwendigkeit und Heilsamkeit von gesellschaftlicher Partizipation der psychiatrischen Patienten und Patientinnen, sondern auch die entsprechende Trägerlandschaft ( Tageskliniken, sozialtherapeutische Wohngruppen, ambulante Angebote etc.). Die Psychiatrie als ein Teilbereich der Medizin ist zudem an die gesellschaftlichen Prozesse gekoppelt und reagiert ( u. a.) mit zeitgeistgeprägten Störungsbildern auf den oben angesprochenen gesellschaftlichen Wandel. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang vor allem das in den 1970er Jahren entstandene Störungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Als zweites Argument für die Verschiebung der Zielgruppe wurden sozialrechtliche Änderungen angeführt. Diese bestehen in der tatsächlichen Anwendung der §§ 39, 72 BSHG ( heute in Analogie: §§ 53,67 SGB XII, s. u.). Diese regeln den Bereich der Eingliederungshilfe für die Bewohner und Bewohnerinnen, welche über 21 Jahre alt sind und damit – in Hamburg - nicht mehr in die Zuständigkeit des Jugendamtes fallen. Bezüglich des Personenkreises der von ( u.a.) seelischer Behinderung bedrohter bzw. betroffener Menschen – also dem potentiellen Klientel von „ Jugendwohnung e.V.“ galt ab Mitte der neunziger Jahre die Regelung, dass vollstationäre ( und damit vergleichsweise teure) Maßnahmen wie bei „ Jugendwohnung e.V.“ nur noch für Klienten mit erhöhtem Bedarf (also Personen, die dem § 39 bzw. 53 SGB XII zu zu ordnen sind) zu gewähren sei. Durch die so vollzogene Ausgrenzung der sog. `leichten Fälle` (Personen nach § 72 bzw. 67 SGB XII) setzte sich das Klientel der Einrichtung dementsprechend schwerpunktmäßig aus jungen Volljährigem mit hohem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf, zumeist mit psychiatrischen Problemstellungen belasteten jungen Menschen zusammen. Im Ergebnis sind hier also die-

jenigen Strömungen benannt worden, welche aus objektiver Sicht dazu beigetragen haben, dass sich die Bewohnerschaft der Einrichtung „Jugendwohnung e.V.“ zum Zeitpunkt der Anfertigung dieser Arbeit zum größten Teil aus jungen Volljährigen mit einer psychiatrisch auffälligen Vorgeschichte ( junge Volljährige aus dem Personenkreis der von ( u.a.) seelischer Behinderung bedrohten bzw. betroffenen Menschen) zusammensetzt.

### **3.6 Die sozialrechtlichen Grundlagen der sozialtherapeutischen Hilfemaßnahme von Jugendwohnung e.V.**

Die aktuell angewandten Rechtsgrundlagen der hier vorgestellten sozialtherapeutischen Arbeit von Jugendwohnung e.V. sind Normen aus dem Achten Sozialgesetzbuch ( Kinder- und Jugendhilfe) und dem Zwölften Sozialgesetzbuch ( Sozialhilfe). Die grundsätzliche Anspruchslage von Bewohnern von Jugendwohnung, die nach dem SGB VIII ( Kinder- und Jugendhilfegesetz) betreut werden gründet auf dem § 27 SGB VIII (Hilfen zur Erziehung), wobei hier immer und prinzipiell die Spezifizierung im Sinne des § 41 SGB VIII zu berücksichtigen ist. Das bedeutet, dass für den Personenkreis der jungen Erwachsenen, die unter das SGB VIII fallen, „ Hilfen zur Persönlichkeitsentwicklung“ gewährt werden, da man davon ausgeht, dass junge Erwachsene keiner „ Hilfen zur Erziehung“ mehr bedürfen. Wichtig ist dabei auch der Umstand, dass junge Erwachsene, die Hilfen nach § 41 SGB VIII in Anspruch nehmen, selber Empfänger der Hilfen sind im Gegensatz zu Jugendlichen und Kindern, die nach § 27 SGB VIII betreut werden, in deren Fall die Erziehungsberechtigten die Anspruchsinhaber der Hilfen sind. Die Ausformung der Hilfe erfolgt bei Jugendwohnung nach § 34 SGB VIII (vollstationäre Unterbringung); im gegebenen Fall können diese Hilfen auch mit §35a SGB VIII (Hilfe für Behinderte im Jugendrecht) einhergehen, was jedoch nicht zwingend notwendig ist, nicht zuletzt wegen der schon erwähnten Zurückhaltung in der Jugendhilfe gegenüber der Fixierung der Diagnose einer seelischen Behinderung bei jungen Menschen. Aus dem Zwölften Sozialgesetzbuch werden sowohl § 53ff ( Eingliederungshilfe für behinderte Menschen) als auch § 67 ( Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten) geltend gemacht. Hierin bestehen die rechtlichen Grundlagen für die sozialtherapeutisch ausgerichtete Arbeit der Einrichtung.

### **3.7 „ Jugendwohnung e.V.“ als Einrichtung Klinischer Sozialarbeit**

In den vorangehenden Abschnitten wurde sowohl die Fachsozialarbeit Klinische Sozialarbeit als auch die Hamburger Jugendhilfeeinrichtung „ Jugendwohnung e.V.“ in ausführlicher Weise inhaltlich und konzeptuell betrachtet. In diesem Abschnitt 3.7 möchte ich den Träger „ Jugendwohnung e.V.“ als eine im Sinne Klinischer Sozialarbeit arbeitende Einrichtung klassifizieren. Zu diesem Zweck werde ich Ausrichtung und Handlungsansätze der Einrichtung unter die entscheidenden Merkmale der Theorie der Klinischen Sozialarbeit zu subsumieren versuchen. Diese sind in Abschnitt 2.3 der hier vorliegenden Arbeit unter Rückgriff auf Aussagen Pauls und Schaub's herausgearbeitet worden. Klinische Sozialarbeit ist demnach eine Fachsozialarbeit mit spezifischen Kompetenzen in der psychosozialen Versorgung von Einzelnen und Gruppen mit gesundheitsrelevanten Störungsbildern unterschiedlichster Art. Die klinisch-sozialarbeiterischen Versorgungsleistungen verfolgen den Anspruch der eigenständigen Behandlung von psychosozialen Störungen und körperlichen Beeinträchtigungen in der sozialen Dimension des jeweiligen Einzelfalls mit dem Ziel der Heilung, Linderung und Besserung der gegebenen Problemstellungen. Dieses spezifische Handeln erfolgt – wie im ersten Abschnitt dieser Arbeit nachvollzogen wurde - auf Grundlage eigener Verstehensmodelle ( bio-psychosoziale Perspektive, Person-in-der-Situation-Perspektive, Entwicklung im Lebenslauf, salutogenetische Orientierung) von Gesundheit und Krankheit und unter Nutzung eigener Handlungskonzepte und Handlungsstrategien ( Soziale Unterstützung, Sozialtherapie, Beratung). Die Einrichtung „ Jugendwohnung e.V.“ bietet einzelnen Klienten und Klientinnen umfangreiche psychosoziale Versorgungsleistungen im Rahmen des im zweiten Abschnitt dieser Arbeit dargestellten Gruppenkontext der vorgehaltenen sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften und in den zusätzlichen Angeboten ( Therapiewerkstatt, Cafeprojekt, Ausbildungsförderung, Vor- und Nachbetreuungsangebot, Basisförderungsgruppen). In den Abschnitten 3.4.1 Erörterung des Begriffs „ Sozialtherapie“ im Kontext der Einrichtung sowie 3.5 Das Klientel der Einrichtung habe ich in schlüssiger Weise Übereinstimmungen zwischen der abstrakten Definition der Verfassung von Adressaten von Sozialtherapie nach Schwendtner im Rahmen Klinischer Sozialarbeit und den jeweiligen Leidenserfahrungen, also den breitgefächerten psychisch und sozial bedingten Beeinträchtigungen und Behinderungen des Klientels von „ Jugendwohnung e.V.“ hergestellt. „ Jugendwohnung e.V.“ sieht das Hauptziel



der im Verein geleisteten Arbeit im Angebot professioneller und gezielter Hilfe an junge Volljährige in unterschiedlichsten instabilen und krisenhaften Lebenssituationen ( in der Einrichtung) oder an anderen Lebensorten. In der sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft soll den in ihrer Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigten, entwicklungsdefizitären, seelisch erkrankten jungen Volljährigen ein Lernfeld geboten werden, in welchem sie durch die Auseinandersetzung mit sich selbst, den Mitbewohnern und Mitbewohnerinnen und den Bezugstherapeuten ihre jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen erfahren und erweitern können. Übergeordnetes Ziel ist die Entwicklung einer sicheren Identität; die Entfaltung einer reifen, realitätsfähigen Persönlichkeit. Somit ist die Arbeit von „ Jugendwohnung e.V.“ zwangsläufig auf die Heilung, Linderung und Besserung der gegebenen Problemstellungen ausgerichtet. Hierdurch wird nochmals deutlich, dass „ Jugendwohnung e.V.“ ein pädagogisch-therapeutisch behandelndes Hilfsangebot im ( in dieser Arbeit dargestellten) Sinne der Ausrichtung der Klinischen Sozialarbeit vorhält. „ Jugendwohnung e.V.“ stützt sich dabei überwiegend, jedoch nicht ausschließlich auf die im Verlauf dieser Arbeit angesprochenen Verständnismodelle Klinischer Sozialarbeit ( biopsychosoziale Perspektive, Person-in-der-Situation-Perspektive, Entwicklung im Lebenslauf, salutogenetische Orientierung) von Gesundheit und Krankheit, sondern überlässt den jeweiligen Fachkräften die Nutzung weiterer Arbeitsansätze aus Pädagogik, Psychologie und verschiedenen psychotherapeutischen Schulen ( Gestalttherapie, Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie, systemtherapeutischen sowie musik- und ergotherapeutischen Ansätzen). Das zentrale Handlungskonzept besteht in der Sozialtherapie im strukturellen Rahmen der sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften. Innerhalb dieses organisatorischen Rahmens kommen die Methoden der Diagnostik, Beratung und der Sozialen Unterstützung, angeboten von verschiedenen Fachkräften im Zusammenhang mit den abweichenden Anliegen der Bewohner und Bewohnerinnen zum Tragen; die Intensität und Dauer der jeweiligen Interventionen sind ungleichmäßig verteilt und schwanken in Abhängigkeit vom jeweiligen Verlauf des Einzelfalls. Somit sollte erkennbar geworden sein, dass die Einrichtung „ Jugendwohnung e.V.“ durch ihre konzeptuelle Kongruenz mit den grundlegenden Charakteristika der Klinischen Sozialarbeit als eine in der Theorie der Klinischen Sozialarbeit verortete Institution klassifiziert werden kann.

## **4 Ambulante Vorbetreuung als zusätzliches Hilfsangebot von Jugendwohnung e.V.**

Seit August 2007 hält „Jugendwohnung e.V.“ ein zusätzliches ambulantes Betreuungsangebot (vorbereitende Betreuung, analog: Vorbetreuung) vor. Gründe für die Notwendigkeit eines ambulanten Vorbetreuungsangebotes sind die im Folgenden benannten: Es ist festzustellen, dass die verlängerten Wartezeiten auf einen Wohnplatz in eine der therapeutischen Wohngemeinschaften (die ja die praktische Basis für das hier zu entwickelnde Vorbetreuungskonzept sind) ihre Ursache in erhöhten, gesamtgesellschaftlich produzierten, Bedarfen für solche Maßnahmen haben, wie „Jugendwohnung e.V.“ sie bietet; dies aufgrund gleichzeitiger Verknappung von vergleichbaren Hilfsmöglichkeiten (deutliche Reduzierung der Verweildauer in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken). Hierzu kommen zunehmend schleppende Bewilligungsverfahren bei den Kostenträgern und vermehrte Probleme von „Jugendwohnung e.V.“, Bewohner, die ihre sozialtherapeutische Hilfemaßnahme erfolgreich durchlaufen haben, in angemessene nachfolgende Wohn- und Unterbringungsmöglichkeiten zu vermitteln. Das Vorbetreuungsangebot ist im Laufe der vergangenen Jahre aus den Notwendigkeiten und Sachzwängen der Praxis heraus entstanden und nicht systematisch auf Basis konzeptueller Überlegungen entwickelt worden. Das Angebot richtet sich an diejenigen jungen Volljährigen, welche das Bewerbungsverfahren erfolgreich durchlaufen haben und noch eine mehrwöchige bzw. mehrmonatige Wartezeit bis zu ihrem Einzug in eine der Wohngruppen des Vereins bewältigen müssen. Das ambulante Vorbetreuungsangebot findet in der Hauptsache im Einzelkontaktverhältnis Vorbetreuer bzw. Vorbetreuerin und Klient bzw. Klientin statt und wird sinnvoll durch gruppenintegrative Angebote ergänzt. Das Angebot Vorbetreuung soll helfen, im Vorfeld der vollstationären Hilfe – also der Aufnahme in eine sozialtherapeutische Wohngemeinschaft - zwei wichtige, die Maßnahme vorbereitende Ziele zu verwirklichen. Zum Ersten ist dies die intensive individuelle Vorbereitung des zukünftigen Bewohners bzw. der Bewohnerin auf die tatsächlichen Anforderungen und Gegebenheiten der sozialtherapeutischen Hilfe (Auffinden, Vertiefen und gemeinsames Arbeiten an den Therapiethemen und -zielen, Reflexion des Übergangsprozesses und die Wahrnehmung des eigenen Erlebens im Gruppenkontext von „Jugendwohnung e.V.“, Aufnehmen und Halten einer intensiven persönlichen Beziehung zum Vorbetreuer, Moderation und Entlastung der familiären Situati-

on sowie formale Unterstützung im Kostenbewilligungsprozeß und allen weiteren gegebenen behördlichen Angelegenheiten). Zum Zweiten soll die Integration des zukünftigen Bewohners bzw. der Bewohnerin in die Angebote von „Jugendwohnung e.V.“ (Einbindung in gruppenübergreifende Angebote, in die therapeutische Werkstatt, in die Beratung im Ausbildungsförderungsbereich, in die regelmäßige Teilnahme an Freizeitaktivitäten der Wohngemeinschaften, in die zukünftige Wohngemeinschaft) im Sinne einer sanften und produktiven Einführungs- und Anbindungsphase geleistet werden.

## **4.1 Theoriegrundlagen der vorbereitenden Betreuung**

Im Folgenden ist zu klären, auf welchen Theoriegrundlagen, Arbeitsformen und Konzepten die ambulante vorbereitende Betreuung basieren kann. Wie in den vorangegangenen Abschnitten beschrieben, handelt es sich bei der sozialtherapeutischen Hilfe von „Jugendwohnung e.V.“ um ein Arbeitsfeld, welches verschiedene Arbeitsformen in sich sinnvoll ergänzender Weise synthetisiert. Die Arbeit des Vereins findet stets im Spannungsfeld von Individuum und Gruppe statt und verbindet so sozialpädagogische, psychologisch orientierte und psychotherapeutische Methoden aus der Sozialen Gruppenarbeit mit Arbeitsansätzen, welche der Sozialen Einzelfallhilfe zuzurechnen sind. Die vorbereitende Betreuung soll daher zunächst in der Sozialen Einzelfallarbeit, in der intensiven Auseinandersetzung mit dem jeweiligen zukünftigen Bewohner bzw. der Bewohnerin, ansetzen. Die Einzelfallarbeit stellt die konzeptuelle Basis der Vorbetreuungssituation dar; insofern kommt ihr eine höhere Bedeutung zu. Die vorbereitende Betreuung erweitert die Hilfe nach und nach in den Raum des größeren Zusammenhanges der sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft sowie in den Binnenraum des Vereins hinein. Dort wird die vorbereitende Betreuung mit Methoden aus der Sozialen Gruppenarbeit, geleistet durch die dortigen Bezugstherapeuten, sinnvoll angereichert.

### **4.1.1 Soziale Einzelfallhilfe**

Um das Konzept der vorbereitenden Betreuung von „Jugendwohnung e.V.“ sozialarbeitswissenschaftlich zu fundieren, erscheint es mir notwendig, die Arbeitsform Soziale Einzelfallhilfe ausführlicher zu betrachten. Die Soziale Einzelfallhilfe stellt eine

Adaption der in den USA entwickelten Methode der Social Case Work dar ( vgl. Neuffer, 2007, S. 39). Maßgebliche Initiatorin der Social Case Work war Mary Ellen Richmond, welche in ihrer Veröffentlichung „ Social Diagnosis“ ( 1917) Grundprinzipien der Einzelfallorientierung für die professionelle Soziale Arbeit entwarf. Diese waren Ergebnis ihrer systematischen Analyse der Fälle aus ihrer Praxis der Fürsorgerinnentätigkeit. Richmond wertete die Praxis hinsichtlich der in ihr erfolgenden Handlungsschritte und Verfahrensweisen aus. Im Mittelpunkt ihres Interesses stand die Einmaligkeit des Einzelfalls. Richmond stieß auf drei Grundprinzipien der Einzelfallarbeit: die Kunst, zu ermitteln, eine tragfähige zwischenmenschliche Beziehung zu befördern sowie in Fragen der Lebensführung beraten zu können ( vgl. Müller in: Merten, 2002, S.32). Über die Rezeption des Social Case Work - Ansatzes durch Alice Salomon u.a. erfolgte nach und nach die Integration des Konzeptes als Soziale Einzelfallhilfe für den europäischen Raum. Seitdem hat die Arbeitsform Soziale Einzelfallhilfe verschiedenartige Ausprägungen erfahren. Ich gebe im Folgenden die Begriffsfassung Sozialer Einzelfallhilfe nach Galuske wieder. Gemäß Galuske realisiert Soziale Einzelfallhilfe zunächst einen auf die Person zentrierten Arbeitsansatz. Galuske stützt sich im Weiteren auf die Begriffsbestimmung Sozialer Einzelfallhilfe nach Sachße: „ Soziale Hilfe ist... als Persönlichkeitsentwicklung zu verstehen, die dem Klienten dadurch zur Selbständigkeit verhilft, dass er individuelle Kräfte und soziale Umgebung in ein ausgewogenes Verhältnis bringen kann“ ( Sachße, 1993, S.34) ( vgl. Galuske, 2003, S. 79). Soziale Einzelfallhilfe richtet sich dem entsprechend auf die Wahrnehmung von Kompetenzen und Ressourcen des Einzelnen durch den bzw. die Einzelne, auf die Änderung von dessen inneren Einstellungen und Absichten und damit zusammenhängend, dem subjektiven Verhalten des Klienten bzw. der Klientin zur Besserung derer jeweiligen Problemstellungen im Person-Umwelt-Verhältnis. Somit kann Soziale Einzelfallhilfe als therapeutisch orientierte, weil auf intrapsychische Strukturen abzielende, Intervention verstanden werden. Vor diesem Hintergrund können vier Merkmale Sozialer Einzelfallhilfe herausgearbeitet werden. Der individuumszentrierte Arbeitsansatz sowie die Bearbeitung von innerpsychischen Konflikten stellen bereits zwei Merkmale dieser Arbeitsform dar. Die Beziehung zwischen Klient und Helfer besitzt bei diesem Hilfeprozess die maßgebliche und wichtigste Funktion. Dies ist das dritte wichtige Merkmal Sozialer Einzelfallarbeit. Die tragfähige Arbeitsbeziehung, in welcher sich beide gegenseitig als vertrauensvolle Gesprächspartner akzeptieren ist somit Bedingung für einen ziel führen-

den Hilfeprozess ( vgl. Galuske 2003, S. 77ff). Ziel Sozialer Einzelfallhilfe ist es, durch eine bessere Passung zwischen Individuum und Umwelt, die Identität und Handlungskompetenz, damit verbunden das Wohlbefinden des Klienten bzw. der Klientin schrittweise zu verstärken. Hierin ist das vierte und letzte Merkmal Sozialer Einzelfallarbeit zu sehen. In der Logik dieses Ansatzes ist der bzw. die Einzelne herausgefordert, durch eine Änderung der eigenen Verhaltensweisen den im Wechselwirkungsverhältnis zwischen Person und Umwelt entstehenden Schwierigkeiten im Sinne einer besseren Anpassung entgegen zu treten. In diesem transaktionalen Prozess leistet die soziale Einzelhilfe Unterstützungsangebote. Galuske differenziert drei konzeptuelle Ausprägungen Sozialer Einzelfallhilfe. Diese sind der psychosoziale, der funktionale und der problemlösende Ansatz. Im psychosozialen Ansatz steht der Klient bzw. die Klientin in seiner bzw. ihrer jeweiligen Situation im Zentrum der professionellen Aufmerksamkeit. Hier ist eine starke Akzentuierung des diagnostischen Prozesses im Sinne des Person-Umwelt-Bezuges erkennbar. Der funktionale Ansatz begreift die sozialarbeiterische Hilfestellung als persönliche therapeutisch orientierte Zuwendung mit der Hauptaufgabe der Stärkung des subjektiven Wachstums des Klienten bzw. der Klientin. Hierdurch wird die Arbeitsbeziehung zwischen Helfer und Klient bzw. Klientin als Grundlage jeglichen therapeutischen Erfolges betont. Der problemlösende Ansatz richtet sich auf die Stärkung von Ich-Funktionen des Klienten bzw. der Klientin. Im Mittelpunkt stehen diejenigen Kompetenzen und Ressourcen der Person, welche zur aktiven Umsetzung einer Problemlösungsstrategie beitragen können. Intrapsychische Problematiken werden im problemlösenden Ansatz nicht bearbeitet ( vgl. Galuske, 2003, S. 80 ff). Die methodische Anwendung der Arbeitsform Soziale Einzelfallhilfe kann in nahezu allen Handlungsfeldern der Sozialarbeit: in Beratungseinrichtungen, in sämtlichen Betreuungsformen, in sozialtherapeutischen und rehabilitativen Einrichtungen erfolgen.

Für den Zusammenhang mit der dieser Arbeit zu Grunde liegenden Fragestellung nach einem geeigneten Konzept der vorbereitenden Betreuung für das von „ Jugendwohnung e.V.“ angebotene sozialtherapeutische Setting ist folgendes bedeutsam: Die Vorbetreuung bei „ Jugendwohnung e.V.“ wird in einem Verständnis von Sozialer Einzelfallhilfe gemäß dem oben angesprochenen funktionalen Ansatz unter Berücksichtigung der Person-Umwelt-Bezüge ( im Sinne des psychosozialen Ansatzes) umgesetzt. Dementsprechend wird die beziehungsorientierte Einzelfallarbeit mit dem vorzubetreuenden Klienten bzw. der Klientin zentral gestellt. Wie bereits nach-

gewiesen stehen Prozesse der Persönlichkeitsentwicklung im Sinne der Nachreifung und Verselbständigung des Klienten bzw. der Klientin im Fokus des Arbeitsauftrages der Einrichtung; insofern muss der Schwerpunkt der vorbereitenden Betreuung ebenso in dieser Orientierung liegen. Die Auf- wie auch Bearbeitung der Person-Umwelt-Bezüge des Klienten bzw. der Klientin und dessen Auffassung dieser sind als Ansatzpunkt der eigenständigen Sozialen Diagnostik der Einrichtung zu behandeln und werden im weiter unten darzustellenden Abschnitt 5 Ausgestaltung der Vorbereitenden Betreuung im Rahmen von „ Jugendwohnung e.V.“ im Zusammenhang mit dem konzeptuellen Entwurf der vorbereitenden Betreuung erörtert.

#### **4.1.2 Case Management**

In diesem Abschnitt gilt es, für die Einzelfallarbeit mit den zukünftigen Bewohnern und Bewohnerinnen einen jeweils reproduzierbaren und Struktur schaffenden Rahmen für die praxisbezogene Umsetzung der vorbereitenden Betreuung aufzufinden. Diese kann im aus dem Social Case Work heraus entwickelten Fallsteuerungsmodell des sog. Case Managements, einer „ qualifizierten Fortschreibung der Sozialen Einzelfallhilfe“ ( vgl. Neuffer, 2007, S. 18) liegen. Dieses Modell möchte ich an dieser Stelle vorstellen und auf seine Tauglichkeit für die Anwendung als Organisationsmodell der vorbereitenden Betreuung von „ Jugendwohnung e.V.“ überprüfen. Neuffer leistet folgende allgemeine Eingrenzung des Begriffs: Case Management sei ein Konzept zur Unterstützung von Einzelnen, Familien und Kleingruppen, welches mithilfe durchgängiger, fallverantwortlicher Beziehungs- und Koordinationsarbeit Klärungshilfe, Beratung, den Zugang zu erforderlichen Dienstleistungen biete und den Verlaufsprozess der Hilfe fortlaufend einschätze und Neubewerte. Case Management heißt, so wenig wie möglich in die Lebenswelt von Klienten und Klientinnen einzugreifen. Ziel sei die Befähigung dieser zur Selbständigkeit ( vgl. Neuffer, 2007, S. 19). Wendt bestimmt Case Management unter Bezug auf Howe, 1994, als ein systembezogenes Modell, mithilfe dessen Behandlungsprozesse ergebnisorientiert gestaltet, verbessert und ausgewertet werden sollen. Case Management sei eine Methode multidisziplinärer Zusammenarbeit in welcher einzelfallbezogen sowohl Qualität wie auch Kosten der Versorgungsleistung(en) zweckmäßig und kontrolliert koordiniert werden würden. Hierbei werden formelle und informelle Leistungen der am Hilfeplan beteiligten Parteien vernetzt. Dies soll durch ein Team von Fachkräften oder durch

eine dafür abgestellte Fachkraft erreicht werden ( vgl. Wendt, 2008, S. 57). Wendt grenzt von der abstrakten Begriffsbestimmung ein sog. Klinisches Case Management ab: Dieses verfolge das Anliegen, die traditionelle psychosoziale Beratung und Behandlung fortentwickeln zu wollen. Wendt stellt Klinisches Case Management als „offensive“ Fallsteuerung dar, welche psychisch kranke Menschen bedarfsgerecht versorgen wolle. Charakteristisch seien der Aufbau einer therapeutischen Beziehung zwischen Helfer und Klient unter der Berücksichtigung von jeweilig gegebenen Anforderungen und Potenzialen der Lebensführung des Klienten als Gestaltungs- und Entwicklungsaufgabe im Sinne des zentralen Arbeitsauftrags Klinischen Case Managements ( vgl. Wendt, 2008, S. 30). Die Definitionen von Case Management nach Neuffer sowie nach Wendt sind aufgrund ihres Bezuges auf den Einzelfall, die Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben sowie den in beiden Begriffsbestimmungen aufzufindenden Bezug auf die Förderung der Selbständigkeit durch Zusammenarbeit mit dem Klienten bzw. der Klientin ( von Neuffer als Beziehungsarbeit, von Wendt als therapeutische Beziehung bezeichnet) also fast identisch. Wie ist Case Management nun praktisch umzusetzen? Das Modell Case Management wird durch sechs aufeinanderfolgende Arbeitsphasen organisiert. Die Einzelfallsteuerung soll stets im Rahmen der im Folgenden zu benennenden sechs Ablaufphasen realisiert werden, um den Hilfeprozess ( auch im Sinne des Qualitätsmanagements) zu strukturieren und zu vereinheitlichen. Diese sind die Kontaktaufnahme mit dem Klienten, die Analyse und Einschätzung des Einzelfalls, die Ermittlung des jeweiligen Hilfebedarfs, die Hilfeplanung, die Durchführung der Hilfe sowie die Evaluation und Beendigung der Hilfemaßnahme. Deutlich geworden ist, dass das Modell Case Management einen konzeptuellen Rahmen für die Soziale Einzelfallhilfe bieten kann, welcher für die praktische Auseinandersetzung im jeweiligen Einzelfall ausreichend gestalterischen Spielraum bietet, um sowohl den Anforderungen und Gegebenheiten des jeweiligen Handlungsfeldes und des jeweiligen Arbeitsauftrages der Einrichtung wie auch dem Hilfe- und Versorgungsbedarf des jeweiligen Klienten bzw. Klientin – wie von Wendt so akzentuiert auch in der Arbeit mit psychisch erkrankten oder von psychischer Erkrankung bedrohten Menschen - gerecht werden zu können. Im Zusammenhang mit der Ausgestaltung der vorbereitenden Betreuung im Rahmen der sozialtherapeutischen Arbeit des Trägers „Jugendwohnung e.V.“ ist das Konzept Case Management als strukturgebendes Modell für die Steuerung des Einzelfalls in der Außenorientierung, auf weitere am Fall bereits beteiligte wie zu beteiligende Parteien und im Bin-

nenraum des Vereines gut nutzbar. Das praxisbezogene Konzept der Vorbetreuung auf Basis des Case Management-Modells werde ich in den Abschnitten 5 bis 5.7 dieser Arbeit darstellen.

### **4.1.3 Betreuung**

In diesem Kapitel werde ich den schon oft in dieser Arbeit verwendeten Begriff Betreuung untersuchen. Wie ist der bedeutungsoffene Begriff im Zusammenhang mit dieser Arbeit zu verstehen und wo verlaufen Abgrenzungslinien zu anderen Betreuungsaufgaben und -formen? Betreuung wird durch den Duden in zweifacher Hinsicht bestimmt. Zunächst wird die Wortbedeutung im Sinne fürsorgerischer Aufgaben zu fassen versucht. .. sich um jemanden kümmern, dafür sorgen, dass er das Nötige für sein Wohlergehen hat.“ ( Duden, 1985, S. 140). Des Weiteren wird präzisiert, dass sich Betreuung auf ein bestimmtes Gebiet und dessen geregelte und gedeihliche Entwicklung bezöge ( vgl. Duden, 1985, S. 140). Insofern erscheint es korrekt, Betreuung als systematische Bündelung entwicklungsbezogener Aufgaben im fürsorgerisch zu behandelnden Einzelfall zu fassen. Betreuung als in diesem Sinne allgemein zu verstehender Begriff kann eine Vielzahl von fürsorgerischen Aufgaben in sich vereinen. Hierzu zählen Begleitung, Beratung, Alltagsunterstützung, Vertretung und viele mehr. Die Betreuung volljähriger Menschen ist im Rahmen einer rechtlichen Betreuung, geregelt durch das Betreuungsrecht im § 1896 BGB, möglich. Die Betreuung volljähriger Menschen - auf freiwilliger Basis - kann im sozialpädagogischen Zusammenhang auf Grundlage des SGB VIII ( etwa §§ 30, 35, 35a SGB VIII) sowie des SGB XII ( §§ 53/54 u. 68 SGB XII Eingliederungshilfe) als Leistung der Jugendhilfe bzw. Eingliederungshilfe beantragt werden. Somit stehen hier unterschiedliche rechtliche Grundlagen für eine psychosoziale Betreuung zur Verfügung. Eine sozialrechtliche Konkretisierung der sozialpädagogischen psychosozialen Betreuung für volljährige Menschen auf freiwilliger Grundlage durch Antrag an die zuständige Sozialbehörde stellen die sog. PPM ( personenbezogene Hilfe für psychisch kranke Menschen) oder PBW ( pädagogische Betreuung im eigenen Wohnraum) dar. Diese regeln Ziele, Leistungen und zeitliche Dauer über die Festlegung von Betreuungsstandards im Einzelfall. Eine Kostenbewilligung der zuständigen Behörde für PPM und PBW ergeht nur im Ausnahmefall an teilstationär und stationär ausgerichtete Jugendhilfeeinrichtungen. „ Jugendwohnung e.V.“ verfügt derzeit über keine Leis-



tungsvereinbarungen über PPM und PBW. Wenn im Folgenden der Begriff Betreuung ( analog: Vorbetreuung, vorbereitende Betreuung) verwandt wird, so ist damit ausschließlich die freiwillige Betreuung auf Basis der §§ 30, 35, 35a u. 41 des SGB VIII sowie deren Entsprechungen im SGB XII ( §§ 53/54 u. 68 ) gemeint.

## **4.2 Rechtsgrundlagen und Abrechnung der Betreuungsleistungen**

Die Rechtsgrundlagen für die vorbereitende Betreuung sind Paragrafen aus dem SGB VIII ( Kinder- und Jugendhilfe). Im Besonderen treffen die § 30 SGB VIII ( Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer), § 35 SGB VIII ( Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung), § 35a ( Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche) sowie § 41 SGB VIII ( Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung) als Rechtsgrundlage für eine vorbereitende Betreuung zu. Diese Normen ermöglichen ausreichenden Spielraum für die inhaltliche Begründung einer einzuleitenden Einzelbetreuung, um die sich anschließende sozialtherapeutische Jugendhilfemaßnahme im jeweiligen Einzelfall hinsichtlich psychosozialer Behandlung und integrativer Vorab -Leistungen intensiv vorbereiten zu können.

Die Finanzierung der vorbereitenden Betreuung erfolgt über sog. Fachleistungsstunden. Fachleistungsstunden finanzieren drei Bestandteile sozialpädagogischer Leistungen. Diese sind direkte ( im Austausch mit dem Klienten bzw. der Klientin erfolgende Leistungen), indirekte ( z.B. Falldokumentation) und fallübergreifende( z.B. Supervision) Fachleistungen. Ausgenommen von der Abrechnungsmöglichkeit sind Fahrzeiten. Die Fachleistungsstunde dient der bundeslandeinheitlichen Ermittlung, Darstellung und Abrechnung von Entgelten für Leistungen aus dem Jugendhilfebereich. Eine Fachleistungsstunde ist als Abrechnungsmöglichkeit für die in § 78a S.1 SGB VIII benannten Betreuungs- und Unterstützungsleistungen vorgesehen. Durch die Nutzung von Fachleistungsstunden wird es ermöglicht, unterschiedliche und bedarfsgerechte Hilfen – auch unter Beteiligung verschiedener Kostenträger am Hilfeprozess – zu organisieren. Die Höhe der Fachleistungsstunde ist durch die Verrechnung von Personal- und Sachkosten der Einrichtung mit der Nettojahresarbeitszeit einer Fachkraft zu ermitteln. „ Jugendwohnung e.V.“ berechnet dem entsprechend dem jeweiligen Kostenträger derzeit den Betrag von 45,83 Euro für eine sozialpädagogische Fachleistungsstunde.

## **5 Ausgestaltung der vorbereitenden Einzelbetreuung im Rahmen von „ Jugendwohnung e.V.“**

Ein klar umrissener Arbeitsauftrag für das Hilfsangebot vorbereitende Betreuung sowie für die praktische Umsetzung der Betreuungssituation sind in den vergangenen zwei Jahren überwiegend aus der Praxis heraus entwickelt worden; eine schriftlich fixierte Arbeitsplatz- bzw. Tätigkeitsbeschreibung existiert bislang nicht. Die Gestaltung der Vorbetreuungsphase verlief dementsprechend uneinheitlich, zufallsabhängig und naturwüchsig. Das für eine systematisierte professionelle Praxis notwendige Anliegen dieser Arbeit ist demgegenüber der Entwurf eines inhaltlich schlüssigen und theoretisch fundierten Betreuungskonzeptes für den Bereich der vorbereitenden Betreuung der Einrichtung „ Jugendwohnung e.V.“ im Sinne der Klinischen Sozialarbeit. Die Umsetzung der für die in Abschnitt 4 bereits erwähnten zwei inhaltlichen Stoßrichtungen der vorbereitenden Betreuung ( psycho-soziale Unterstützung im Einzelfall und die dem Einzug voraus greifende Integration des Klienten bzw. der Klientin in die Angebote des Vereins) dient dem Hauptziel der Effektivierung des sozialtherapeutischen Gesamtprozesses. Der praktische Nutzen eines Betreuungskonzeptentwurfs liegt hierbei in der zweckdienlichen Vereinheitlichung des Betreuungsverlaufes, in der die Arbeit erleichternden Bezugnahme auf regelhaft wiederkehrende Themen und Prozesse sowie in der deutlich wahrnehmbaren Skizzierung der Vorbereitungsphase als einem wichtigen und ernst zu nehmenden Initiationsfeld für den angestrebten psycho-sozialen, therapeutisch orientierten Persönlichkeitsentwicklungsprozess des zukünftigen Bewohners bzw. der Bewohnerin in der Einrichtung. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass die vorbereitende Betreuung oftmals in hochgradig belasteten Situationen ansetzt und über die ihr inhärenten Angebote und Schwerpunktsetzungen - und damit auf die sich konkretisierenden Veränderungen im Erleben und Verhalten des Klienten bzw. der Klientin Bezug nehmend - bereits Entlastung und konstruktiv ausgerichtete Prozesse zu schaffen vermag. Die Umsetzung der hier angesprochenen Betreuungsziele soll durch eine eigene dialogisch-diagnostische Einschätzung, durch den Aufbau einer therapeutischen Beziehung, durch Beratung und systematische Reflexion, durch Schnittstellenarbeit im Binnenraum des Vereins, Vernetzung im gesellschaftlichen Raum sowie mithilfe von verschiedenen Begleitungs-, - und Gruppenangeboten eingelöst werden. In den folgenden Unterabschnitten werde ich die Ausgestaltung der vorbereitenden Betreuung

als Modell der Sozialen Unterstützung im Sinne der Klinischen Sozialarbeit ausführlich darstellen. Das Fallsteuerungsmodell Case Management stellt für das hier zu entwerfende Betreuungskonzept einen geeigneten - weil ausreichend flexiblen - strukturgebenden Rahmen dar. Zu erwähnen ist, dass sich die Ausgestaltung der vorbereitenden Betreuung zwangsläufig an der Logik der internen Abläufe im Verein und in den sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften orientiert, denn auf diese Situation soll sie hinleiten. Naturgemäß findet die Vorbetreuung also in einem hierdurch vorstrukturierten Handlungsfeld statt. Die Ausgestaltung der Ablaufphasen der vorbereitenden Einzelbetreuung erfolgt immer im Spannungsfeld zwischen der jeweiligen Lebenssituation des einzelnen Klienten bzw. der Klientin und den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen ( in der Hauptsache dem die Hilfe anbietenden Vorbetreuer) sowie den Bewohnern und Bewohnerinnen der therapeutischen Wohngemeinschaften des Vereins.

## **5.1 Kontaktaufnahme**

Die Kontaktaufnahme mit dem Klienten bzw. der Klientin findet im Anschluss an deren mehrmaliges erfolgreiches Durchlaufen der Infogruppe in den Räumlichkeiten der Geschäftsstelle des Vereins statt. Dem zukünftigen Bewohner bzw. der zukünftigen Bewohnerin wird nun die Möglichkeit geboten, ein Betreuungsverhältnis mit einem Bezugsbetreuer bzw. einer Bezugsbetreuerin aus dem Kollegium des Vereins einzugehen. Im Erstgespräch wird dem- bzw. derjenigen die grundlegende Ausrichtung und der Sinn der Vorbetreuung ( psycho-soziale Unterstützung, Integration in die Angebote des Vereins sowie damit zusammenhängend die effektive Vorbereitung auf den gesamten vollstationären Hilfeprozess) vorgestellt. Besondere Bedeutung kommt hier der Weitergabe zweier Informationen zu. Zum Ersten ist es wichtig deutlich zu machen, dass die Vorbetreuungsphase eine Situation der gegenseitigen Zusammenarbeit ist, in welcher den Bewerbern und Bewerberinnen Gelegenheit geboten wird, sich zielführend auf die Anforderungen der sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft, der individuellen Persönlichkeitsnachreifung und der weiteren Herausforderungen des ( gesellschaftlichen) Eingliederungsprozesses vorbereiten zu können. Dies schließt auch die Möglichkeit des Scheiterns ein. Um dies zu vermeiden müssen Bewerber und Bewerberinnen sich in der Vorbetreuungsphase als an den eigenen Themen interessierte, zur Einsicht und Kooperation fähige Partner im Hilfepro-

zess erweisen, andernfalls ist auch die Aufnahme in eine Wohngemeinschaft fraglich. Somit kommt der Phase der Vorbetreuung eine wichtige Bewährungsfunktion für den Bewerber bzw. die Bewerberin zu. Zum Zweiten ist fundamental wichtig, dem Bewerber bzw. der Bewerberin zu verdeutlichen, dass die Leistung der Vorbetreuung ein Hilfeangebot mit einem hohen Anteil an Beteiligung und Mitgestaltung durch den Klienten bzw. die Klientin selbst ist. Insofern wird das Einbringen und die Bereitschaft zur Bearbeitung eigener Bedarfe und Interessen erwartet, um eine passgenaue Hilfe entwickeln zu können. An dieser Stelle sollen die bestehenden Interessen, Neigungen, Wünsche und Ziele des Klienten bzw. der Klientin abgefragt und dessen bzw. deren Vorstellung der Vorbetreuung im Sinne einer Hausaufgabe für den nächsten Termin mit auf den Weg gegeben werden. Im Rahmen des ersten Kontaktes wird selbstverständlich die Einleitung einer positiven Beziehung angestrebt. Der initiative Beziehungsaufbau wird durch größtmögliche Akzeptanz der Person des Klienten bzw. der Klientin und der von ihm bzw. ihr eingebrachten Themen, durch Kongruenz, Authentizität, Empathie und Humor befördert und in einer positiven, von Wertschätzung geprägten Gesprächsatmosphäre durchgeführt. Zum Abschluss des Erstgespräches wird die Wahrnehmung der Gesprächssituation durch den Klienten bzw. die Klientin abgefragt, der Gesprächsverlauf reflektiert und positiv gewürdigt. Das Angebot der Vorbetreuung steht nun deutlich umrissen im Raum, bei Interesse des Klienten bzw. der Klientin wird ein Folgetermin zur Einschätzung der Hilfebedarfslage und damit zusammenhängend zur gemeinsamen Formulierung des Antrages auf Kostenübernahme für die Maßnahme bei der zuständigen Behörde vereinbart.

## **5.2 Einzelfallanalyse und –einschätzung**

Die Einschätzung des individuellen Einzelfalls berührt in zentraler Weise das Thema der Diagnostik. An dieser Stelle werden die von „Jugendwohnung e.V.“ genutzten diagnostischen Instrumente für den Einstieg in die Fallsituation angewandt. Diagnostik findet bei „Jugendwohnung e.V.“ grundsätzlich im Sinne der weiter oben thematisierten Sozialen Diagnose; also im Sinne eines gemeinsamen dialogischen Prozesses Anwendung. Auf Basis der in dieser Phase zu erhebenden lebensgeschichtlichen Daten, der Resultate aus der PiE-Klassifikation ( unter expliziter Berücksichtigung der bereits vorhandenen ärztlichen Gutachten) sowie der ( Selbst-) Einschätzung der Situation durch den Klienten bzw. die Klientin wird neben den biografi-

schen und biopsychosozialen Dimensionen auch die gegebene Lebenslage der betreffenden Person erkennbar; diese Bezüge werden mit dem betreffenden Klienten bzw. der Klientin zusammen erörtert, um zu einer einvernehmlichen Einschätzung der darin enthaltenen verschiedenartigen Problemstellungen und der vorhandenen Ressourcen im Sinne der Person-in-der-Situation-Perspektive zu gelangen. In der Falleinschätzungsphase wird gemeinsam herausgearbeitet, was der jeweilige Klient bzw. die Klientin bereits an Hilfestellung hat, noch benötigt und legitimerweise erwarten kann, welche Ressourcen fehlen und welche er oder sie eigenständig einbringen kann. Somit wird in einem konsensuellen Prozess herauskristallisiert, in welchen Themenfeldern individuelle Hilfebedarfe bestehen könnten, worin der individuelle Leidensdruck seine Ursache(n) hat und wie die Motivationslage des Klienten bzw. der Klientin einzuschätzen ist. Durch dieses Vorgehen wird die Verortung des Klienten bzw. der Klientin in der Welt aus subjektiver und objektiver Sicht in einem gemeinsamen vertrauensbildenden Arbeitsschritt für den Vorbetreuer- und den Klienten bzw. die Klientin sichtbar. Zur Umsetzung dieser gemeinsamen Falleinschätzung werden zwei bis drei Gesprächstermine benötigt. Zur Falleinschätzung zählt weiterhin das – aufgrund der hierfür notwendigen tragfähigen und belastbaren Beziehung erst im späteren Verlauf der Vorbetreuung anwendbare - Diagnoseverfahren OPD ( Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik). Die OPD ( in dem von „ Jugendwohnung e.V.“ angewandten modifizierten Verfahren werden ausschließlich die OPD-Achsen „ Struktur“ und „ Beziehung“ herangezogen) dient dem Zweck der Bestimmung von psychostrukturellen Auffälligkeiten im Erleben der Person und in sozialen Kontexten sowie der Ermittlung von wiederkehrenden und typischen Beziehungsgestaltungsmustern des Klienten bzw. der Klientin. Diese sorgfältige Überprüfung der psychischen Befindlichkeit und der Psychodynamik der Beziehungsgestaltungsmuster ist in erster Linie der Notwendigkeit geschuldet, durch die Ergebnisse des OPD –Interviews abgesicherte Erkenntnisse für die sich anschließende sozialtherapeutische Hilfe zu gewinnen. Die Resultate des OPD-Interviews lassen die Bildung erster, in der Vorbetreuungsphase zu überprüfenden Arbeitshypothesen über die Beziehungsgestaltungsfähigkeiten des Klienten bzw. der Klientin zu und erlauben Aufschlüsse über den professionellen Umgang mit den Beziehungsangeboten und –erwartungen des Klienten bzw. der Klientin. Daran knüpft unmittelbar die Frage der sozialen Anschlussfähigkeit des Klienten bzw. der Klientin an die Anforderungen der sozialtherapeutischen Wohngruppe an. Da alle therapeutischen Wohngemeinschaft-

ten durch die jeweilige aktuelle Zusammensetzung der Bewohnerschaft und der Arbeitsweise der Bezugstherapeuten eine unterschiedlich gelagerte Grundatmosphäre aufweisen, muss eine dem psychischen Befindlichkeitszustand sowie den objektiv ermittelten Eigenschaften des Klienten bzw. der Klientin entsprechende Wohngemeinschaft als Einzugszielperspektive ins Auge gefasst werden. In dieser frühen Phase des Hilfeangebotes werden darüber hinaus die notwendigen Formalitäten sozialpädagogischer Unterstützung erledigt. Hierzu zählen neben dem Aufnehmen der personenbezogenen Daten des Klienten bzw. der Klientin das Ausstellen von Schweigepflichtsentbindungen gegenüber Ärzten, Anwälten und Behörden, ein „Jugendwohnung e.V.“ - spezifischer Vertrag, in welchem sich der Klient bzw. die Klientin verpflichtet, keine schuldenverursachenden Verträge abzuschließen und ein Therapievertrag mit der Einrichtung „Jugendwohnung e.V.“

### **5.3 Hilfebedarfsermittlung**

In der sich nun anschließenden dritten Verlaufsphase der Vorbetreuung wird in Rahmen eines ein- bis dreistündigen Termins gemeinsam überlegt, wie sich der Bedarf an professioneller Hilfe aus Sicht des Klienten bzw. der Klientin und aus Sicht der Fachkraft darstellt. Hilfebedarf wird in diesem Zusammenhang unter Rückgriff auf die systemische Denkfigur als Bedürftigkeit in den Bereichen Individuelle Eigenschaften und Soziale Bedingungen, im Bereich Sozialer Beziehungen und im Bereich von Werten und Normen gefasst ( vgl. Neuffer, 2007, S. 70ff). Die in diesen Bereichen gemeinsam aufzufindenden und zu benennenden Problemzusammenhänge skizzieren den Hilfebedarf der jeweiligen Person. Zu klären ist neben den Themen, auf welche sich die professionelle Hilfe beziehen soll, wie umfangreich der Hilfebedarf in der jeweiligen Fallkonstellation des Klienten bzw. der Klientin einzuschätzen ist. Die zu beantragende Höhe an Fachleistungsstunden muss hier ausgehandelt werden. Für den in dieser Phase – im Sinne einer anteiligen Eigenleistung des Klienten bzw. der Klientin - gemeinsam anzufertigenden Kostenübernahmeantrag an den zuständigen Kostenträger werden nun die für den Klienten bzw. die Klientin bedeutsamen Hilfebedarfe in Worte gefasst. Im diesbezüglichen gemeinsamen Auseinandersetzungsprozess entsteht somit neben dem Kostenübernahmeantrag auch die inhaltliche und verbindliche Grundlage der Zusammenarbeit und somit ein schriftlich fixierter Ausgangspunkt für den weiteren Hilfeverlauf. Eine wichtige Funktion dieser Phase

ist hier also auch in der Herstellung eines einvernehmlich erzielten Arbeitsauftrages des Klienten bzw. der Klientin an den Vorbetreuer bzw. die Vorbetreuerin, welcher die Hilfemaßnahme anbieten wird, zu sehen. In diesem Auftrag werden somit die Koordinaten des Hilfeangebots in Form von realistisch erscheinenden Handlungsmöglichkeiten und offenkundig werdenden Grenzen deutlich.

## **5.4 Hilfeplanung**

Im Verlauf der Hilfeplanungsphase wird ein „Fahrplan“ der Vorbetreuung auf Basis von zu erarbeitenden Hilfeplanziele entworfen und konkretisiert. Die leitende Fragestellung besteht in der Klärung, welche zielführenden Schritte wann und wie in welcher Arbeitsteilung zwischen Helfer und Klient bzw. Klientin umgesetzt werden sollen. Das allen Teilzielen übergeordnete Hauptziel der Vorbetreuung wurde in Abschnitt 5 Ausgestaltung der vorbereitenden Betreuung bereits angesprochen und besteht grundsätzlich und immer in der Effektivierung der sozialtherapeutischen Gesamtmaßnahme. Unterziele der Vorbetreuung bestehen in einer realistischen und passgenauen, auszuhandelnden psycho-sozialen Unterstützung des Klienten bzw. der Klientin einerseits sowie in der Einbindung dessen oder derer in die vereinseigenen Strukturen und Grundgedanken der Hilfemaßnahme andererseits vor dem Hintergrund des gelingenden Aufbaus einer therapeutischen Beziehung zum Vorbetreuer. Der Klient bzw. die Klientin soll sich in der Vorbetreuung mit dem sozialtherapeutischen „Betriebsklima“ vertraut machen und bereits von den internen Angeboten des Vereins profitieren können. In Abhängigkeit von den anderweitigen Verpflichtungen des Klienten wird – analog zu den regelmäßigen Einzelgesprächsterminen, welche später als Bewohner der Wohngemeinschaft regelhaft zur Verpflichtung werden - ein fester wöchentlicher Einzelgesprächstermin vereinbart, an den im Einzelfall für sinnvoll erachteten Schnittstellen ( Werkstatt, Mitarbeit im Schichtsystem des vereinseigenen Cafes u.ä.) angedockt und für sämtliche weiteren gemeinsam zu erarbeitenden Aufgaben der Vorbetreuungssituation – nach Dringlichkeit geordnet - die Zuständigkeit von Klient bzw. Helfer verteilt und der zeitliche Ablauf festgelegt. Der Vorbetreuer übernimmt hier im Sinne der Fallsteuerungsverantwortung des Case Managements hochverbindliche Zuständigkeiten für den Hilfeprozess. Der Vorbetreuer bzw. die Vorbetreuerin muss in dieser Phase weiterhin die zeitliche Dauer der vorbereitenden Betreuung thematisieren. Vorbereitende Betreuung hat immer den

Einzug in eine sozialtherapeutisch orientierte Wohngemeinschaft zum Ziel; d.h. es muss nicht nur die entsprechende Wohngemeinschaft, sondern auch die zeitliche Perspektive klar benannt werden. Erfahrungsgemäß sollte die vorbereitende Betreuung den für die Klienten gut überschaubaren Zeitraum von drei Monaten nicht überschreiten, da Motivation und eine entsprechende positive Haltung des Klienten bzw. der Klientin der Maßnahme gegenüber nicht überstrapaziert werden dürfen. Durch die Vorbetreuung sollen die Klienten und Klientinnen für die aktive Auseinandersetzung mit den eigenen Themen sensibilisiert und in einen eigenständigen, produktiven Umgang mit sich und anderen gebracht werden. Die sich hier entfaltenden Motivationschübe, Erwartungshaltungen und Phantasien dürfen keinesfalls durch eine zu lange Vorbetreuungsdauer entkräftet werden. Die zu planende Aufgabe des vorbereitenden Betreuers bzw. der Betreuerin ist somit auch das vereinsinterne - quasi innenpolitische - Hinwirken auf konkrete örtliche und zeitliche Einzugsmöglichkeiten. Dies ist ein interner Auseinandersetzungsprozess, dessen Notwendigkeit sich sowohl aus der Nicht-Planbarkeit von Auszügen (fristlose Kündigungen der Bewohner und Bewohnerinnen, Abbruch der Maßnahme aus pädagogischen Gründen, weitere Kostenbewilligungen der Sozialhilfeträger, Klinikaufenthalte, schwieriger Wohnungsmarkt usw.) als auch aus den Präferenzen der Bezugsbetreuer der Wohngemeinschaften ergibt.

Die Integrationsangebote auf Vereinsseite sind statisch und stehen Woche für Woche in gleicher Form zur Verfügung. Standardmäßig anwendbare integrationsbezogene Aufgaben der Vorbetreuung liegen in den folgenden Bereichen: Bekanntmachen mit den zukünftigen Bezugsbetreuern durch ein offizielles Erstgespräch, innerhalb dessen ein gegenseitiger persönlicher Eindruck ermöglicht wird. Vorstellungen, Interessen, Fähigkeiten und Hilfebedarfsthemen sollen in dieser Phase angesprochen und der Verlaufsprozess bis zum Einzug in die Wohngemeinschaft skizziert werden. Es werden Termine zur gemeinsamen Teilnahme an gruppenübergreifenden Angeboten geplant. Die begleitete Mitarbeit in der Therapiewerkstatt und im vereinseigenen Cafe wird als Angebot zur Verfügung gestellt; gegebenenfalls werden Termine zur Einführung abgemacht. Die Einbindung in die gruppenübergreifenden Angebote der Basisgruppen als Möglichkeit zur informellen Begegnung mit derzeitigen Bewohnern und Bewohnerinnen wird darüber hinaus angeboten. Somit wird dem vorbereiteten Klienten bzw. der vorbereiteten Klientin ein wochen-



strukturierendes Integrationsangebot zugänglich gemacht. Vor allem jedoch stellt die im Verlauf der Vorbetreuung anwachsende Beziehung zum vorbereitenden Betreuer eine entscheidende und fundamental wichtige Unterstützungsleistung dar. Das hier angesprochene „kompensatorische“ Beziehungsangebot ist die therapeutische Grundlage für die gesamte Vorbetreuung. Der Vorbetreuer nimmt, indem er den Klienten bzw. die Klientin durch diese spezielle Situation führt, die Rolle des verlässlichen Begleiters und „Mittlers-zwischen-den-Welten“ ein. Darüber hinaus erfolgt die planvolle und systematische Konkretisierung der im Einzelfall vereinbarten Vorbetreuungsziele. Die Hilfeplanung muss sich in hohem Maße auf die subjektiv gegebene Lebenslage, die biografische Hintergrundsituation, die Problemstellungen und –bewältigungsmöglichkeiten des Klienten bzw. der Klientin ausrichten und verläuft aus diesem Grund individuell unterschiedlich und in dynamischer Intensität. Inhaltlich können hier diejenigen sozialpädagogischen Unterstützungsleistungen in den Blick geraten, welche angesichts der Hauptvorgabe „psycho-soziale Unterstützung“ als besonders hilfreich erscheinen. Üblicherweise bestehen diese in Begleitung, Vertretung und Beratung hinsichtlich sämtlicher im Einzelfall zu bearbeitenden Problemstellungen ( Fragen der Kostenübernahme, Auseinandersetzung mit weiteren am Hilfeprozess beteiligten Parteien, etwa Gläubigern, Anwälten, Staatsanwaltschaft, Bewährungshelfern, Ärzten, Wohneinrichtungen; Moderation der häuslichen Situation, Informierung der Eltern bzw. Angehörigen über die geplante Maßnahme, Ausbildungsberatung, Schulanmeldung, Bafög-Antragsstellung, Arbeitsamtanmeldung und viele weitere, im Einzelfall anzuwendende Hilfsangebote). Der Klient bzw. die Klientin kann sich nun für die Annahme der ihm bzw. ihr bedeutsam erscheinenden passgenau geplanten psycho-sozialen Unterstützungsleistungen einerseits wie auch für die Wahrnehmung der ihm bzw. ihr im Augenblick annehmbaren Integrationsangebote entscheiden.

## **5.5 Durchführung des Hilfeangebots**

In der sich nun anschließenden, den zeitlich größten Teil des mehrmonatigen Vorbetreuungsverlaufes einnehmenden Umsetzungsphase der Vorbetreuung werden die jeweils vereinbarten Ziele im gemeinsamen Arbeitsprozess angestrebt. Hierbei gilt es, die grundsätzlichen Aspekte Geeignetheit, Orientiertheit und Kooperation des Klienten bzw. der Klientin zu beachten. Das Erleben und Verhalten des Klienten bzw.

der Klientin im Rahmen der Vorbetreuungssituation im Einzelkontakt wie auch in den Wohngemeinschaften bietet reichhaltiges Reflexionsmaterial, um Zugang zu innerpsychischen Prozessen des Klienten bzw. der Klientin zu erhalten. Aus der psychotherapeutisch orientierten Aufarbeitung der unterschiedlichen, im Rahmen der Vorbetreuung gemeinsam erlebten Alltagssituationen ergeben sich zu erörternde Anhaltspunkte über die psychische, physische und soziale Verfassung der betreuten Person. Der Vorbetreuer stellt sich als Medium zur Benennung der im Einzelfall aufscheinenden Themen zur Verfügung und ermöglicht dem Klienten bzw. der Klientin so den Kontakt zu dessen bzw. deren eigener Person. Hier wird die aktive Auseinandersetzung in hohem Maße durch die gemeinsame Reflexion von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen angereichert. Möglicherweise zeichnen sich im Kontakt des Klienten bzw. der Klientin mit den Wohngruppen Problemstellungen ab, welche es im Vorfeld der sozialtherapeutischen Gesamtmaßnahme aufzuarbeiten, zu vertiefen oder zu entspannen gilt. Im Gruppenkontext soll die Einführung des Klienten bzw. der Klientin in das Binnenmilieu des Vereins gelingen, diese Integrationssituation gilt es mit besonderer Aufmerksamkeit zu begleiten, zu beobachten und gemeinsam im Einzelkontakt zu reflektieren. Weiterhin werden im alltagsorientierten Prozess der Vorbetreuung Themen ersichtlich - oder vom Klienten bzw. der Klientin eher angesprochen - welche in der Infogruppe verheimlicht oder bagatellisiert worden sind; wiederholte erhebliche Straffälligkeit, lebensbedrohliche Erkrankungen ( etwa Bulimie ) oder Suchtmittelabhängigkeit. Aus diesen, sich möglicherweise erhärtenden Eindrücken müssen sich dann für den Vorbetreuer differentialdiagnostische Überlegungen ergeben. Zu überprüfen ist neben der Kontraindikation der gesamten Maßnahme für den betreffenden Klienten bzw. die Klientin auch die Anschlussfähigkeit des zukünftigen Bewohners bzw. der Bewohnerin an die Anforderungen des niedrig strukturierten Gruppensettings, auf welchem die sozialtherapeutische Hilfemaßnahme überwiegend beruht. Zudem ist der Schutz der Wohngemeinschaft vor überfordernden Belastungen durch unzumutbare Mitbewohner bzw. Mitbewohnerinnen maßgeblich zu berücksichtigen. Gegebenenfalls müssen im Rahmen der Vorbetreuung besser geeignete anderweitige Hilfeformen ( Betreutes Wohnen, psychiatrische Einrichtungen, Kriseninterventionseinrichtungen, vorgeschaltete Klinikaufenthalte) diskutiert und der Klient bzw. die Klientin dorthin verwiesen werden. Die kollegiale Erörterung bzw. die Fallbearbeitung im Rahmen regelmäßiger Supervision wird somit zum festen Bestandteil des Vorbetreuungskonzeptes. In der Durchführungsphase

des Hilfeangebotes werden auch Motivationslage, Einsichtsfähigkeit in bestehende Problemzusammenhänge und die Bereitschaft zur Kooperation des Klienten bzw. der Klientin mit dem vorbetreuenden Helfer bzw. der Helferin erkennbar. Diese Anhaltspunkte gilt es zu berücksichtigen, zu thematisieren und mithilfe kontinuierlicher Rückmeldungen im Gespräch zu vertiefen. Darüber hinaus gilt es, den Verlauf der Vorbetreuung in für den Klienten bzw. die Klientin erkennbarer Weise zu strukturieren und ihm bzw. ihr eine klare Orientierung im Vorbetreuungsprozess zu bieten. Dies geschieht mithilfe von Rückmeldungen des Vorbetreuers im Gesprächsverlauf der Einzelgesprächstermine. Hier besteht die Möglichkeit, den gemeinsam eingeschlagenen Kurs der Vorbetreuung zu korrigieren und im Sinne einer dialogischen Aushandlung den aus Sicht des Klienten bzw. der Klientin und aus Sicht des Vorbetreuers bedeutsamen Themen näher zu kommen. Die Reflexion des Vorbetreuungsverlaufes und der in diesem Rahmen erfahrenen Eindrücke wird zudem von einer gemeinsamen Verlaufsdocumentation unterstützt. Von Interesse sind hier das gemeinsame Nachvollziehen von ( möglicherweise) erfolgten Veränderungsprozessen in den Bereichen Selbstwahrnehmung, Fremdwahrnehmung, soziale Kontakte, Vorstellungen bzgl. der eigenen Zukunft sowie Kooperation und Zufriedenheit mit der Vorbetreuung aus Sicht des Klienten bzw. der Klientin sowie aus der Perspektive der vorbetreuenden Fachkraft. Gleichzeitig müssen Rückmeldungen über die gemeinsame Zusammenarbeit gegeben und ( von beiden Seiten) deutlich gemacht werden, wo und weshalb Unzufriedenheiten bestehen. Die Auseinandersetzung über das persönliche Verhalten und die jeweiligen Rollen ist als konstruktiver und unverzichtbar wichtiger therapeutisch orientierter Prozess anzusehen.

## **5.6 Hilfeauswertung und -abschluss**

Die gesamte Vorbetreuung wird im laufenden Prozess durch den Klienten und die vorbetreuende Fachkraft ausgewertet. Dies dient der Bewusstmachung von Beziehungsqualitäten, der Betonung des bisher durch Eigenleistung und gelungene Zusammenarbeit mit dem Vorbetreuer erreichten und der Verdeutlichung der weiteren im vollstationären sozialtherapeutischen Setting erreichbaren Ziele sowie der Möglichkeit zur inhaltlichen und intensitätsbezogenen Modifizierung der Betreuungssituation. Die Übergangssituation von der ambulanten Hilfe in die vollstationäre Maßnahme soll für den Klienten bzw. die Klientin in sozialer und emotionaler Hinsicht mög-

lichst reibungslos erfolgen und in Bezug auf die eigenen Therapieziele als zielführender, eigenständig bewältigbarer und damit handhabbarer Prozess erlebt werden. Eine Abschlussauswertung findet aufgrund der Tatsache, dass die vorbereitende Betreuung in den Einzug in eine der vereinseigenen sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften münden soll, in zweifacher Weise statt: Zum Einen mit dem vorbetreuten Klienten bzw. der Klientin persönlich, zum Anderen im Rahmen eines Übergabegesprächs mit dem den Klienten bzw. die Klientin übernehmenden Bezugsbetreuerteam, innerhalb dessen die Verlaufs- und Abschlussauswertung den größten Teil einnimmt. Für beide Gesprächskonstellationen müssen geeignete Auswertungsverfahren herangezogen werden. Zunächst ist der Verlauf der Vorbetreuung gemeinsam mit dem Klienten bzw. der Klientin zu bewerten. Dies erfolgt mithilfe eines standardisierten Auswertungsbogens. Auf Grundlage dessen werden die Wirksamkeit der je erfolgten Hilfestellungen, die Wahrnehmung der Hilfe durch den Klienten bzw. die Klientin, die Wahrnehmung der Eigenleistung durch den Klienten bzw. die Klientin sowie die gelungenen und schwierigen Passagen der Integrationsbemühungen abgefragt und besprochen. Darüber hinaus ist die prognostische Einschätzung der weiteren persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten in der sozialtherapeutischen Wohn-gemeinschaft durch den Klienten bzw. die Klientin von Interesse. Fragen in diesem Zusammenhang bestehen in der Erörterung von Zielen des Klienten bzw. der Klientin in verschiedenen Bereichen des jeweilig gewünschten Lebensentwurfes: Leiblichkeit, Arbeit und Leistung, materielle Sicherheit, soziale Beziehungen, Wertvorstellungen. Diese Bereiche beziehen sich auf das Modell der fünf Säulen der Identitätsentwicklung nach H.G. Petzold. Die Ablösung des Klienten bzw. der Klientin von der Person des Vorbetreuenden ist in diesem Zusammenhang nicht als rigorose Trennung, sondern als Verschiebung der gegenseitigen Beziehungspositionen zu verstehen. Der Klient bzw. die Klientin erhält die Möglichkeit, sich einen neuen Status, nämlich den eines „ vollwertigen“ Bewohners bzw. Bewohnerin zu Eigen zu machen. Dies erfolgt zwar mit einem Betreuungswechsel, jedoch ereignet sich dieser im Binnenraum der Vereinsstrukturen, welcher eine Kontinuität des Kontaktes zwischen Klient bzw. Klientin und vorbetreuendem Helfer nicht nur nicht ausschließt, sondern - im Bedarfsfall - auch ausdrücklich ermöglicht. Die Vermittlung sämtlicher im Vorbetreuungsverlauf gewonnener Eindrücke, bedeutsamer Informationen – hierzu zählen die Vorbetreuungsverlaufsauswertung aus Sicht des Klienten bzw. der Klientin und aus Sicht des Helfers unter besonderer Berücksichtigung der Aspekte Eig-

nung, Kooperation, Motivation; Erleben und Verhalten des Klienten bzw. der Klientin im Gruppen- und im Einzelkontext, Selbsteinschätzung und Prognose des Klienten bzw. der Klientin - und formaler Angelegenheiten ( Therapievertrag, Diagnosebögen, Kontakte zum am Fall beteiligter Parteien, Sachstand von Antragsprozessen, Schuldensituation usw.) an die den Fall übernehmenden Bezugsbetreuer erfolgt in einem vereinsinternen Übergabegespräch.

## **5.7 Vorbereitende Betreuung als Konzept Klinischer Sozialarbeit**

Wodurch zeichnet sich das hier ausführlich dargestellte Betreuungskonzept ambulanter Vorbetreuung als ein Modell Sozialer Unterstützung im Sinne Klinischer Sozialarbeit aus? Aus der Darstellung des hier entworfenen Vorbetreuungskonzepts sollte deutlich geworden sein, dass zahlreiche inhaltlich und qualitativ schlüssige Bezüge zu der in Abschnitt 2.3 ff vorgestellten Fachsozialarbeit Klinische Sozialarbeit bestehen. Dies möchte ich im Folgenden nachweisen, in dem ich die in den Abschnitten 2.3.1 bis 2.3.6 dieser Arbeit erörterten Elemente Klinischer Sozialarbeit mit den in den Abschnitten 5 bis 5.6 erörterten Grundgedanken der von „Jugendwohnung e.V.“ geleisteten vorbereitenden Betreuung in einen schlüssigen Zusammenhang stelle. Der grundlegende Zusammenhang von Klinischer Sozialarbeit und dem hier theoretisch begründeten Vorbetreuungskonzept ist zunächst in der Verortung des Vorbetreuungsentwurfs im Schnittmengenbereich von - mit vertieftem psychotherapeutischem Verständnis angereicherten - sozialarbeiterischen Arbeitsansätzen und den hieraus resultierenden Be- und Aushandlungsansätzen in der intensiven professionellen Auseinandersetzung mit der Person des Klienten bzw. der Klientin zu sehen. Das Anstreben und Erreichen einer intensiven, gegenseitig als kontinuierlich vertrauenswürdig und tragfähig erlebten (Arbeits-) Beziehung zwischen Helfer und Klient in der Vorbetreuung stellt grundsätzlich und immer die Basis für jegliche therapeutisch wirksamen Prozesse dar; die Beziehungsqualität ist - neben den durch die Vorbetreuung zugänglich gemachten integrierenden Einzel- und Gruppenangeboten - das entscheidende Element, welches die vorbereitende Betreuung im Sinne der Klinischen Sozialarbeit als eine effektive Vorbereitung auf die zukünftigen sozialen Anforderungen und Entwicklungsziele in der intensiveren vollstationären sozialtherapeutischen Maßnahme qualifiziert. Der bio-psycho-sozial orientierte Blick auf die Person und deren Lebenszusammenhänge nimmt hierbei im Rahmen der vorbereitenden

Betreuung eine zentral wichtige Rolle ein, denn durch den Interimscharakter der Vorbetreuung als sozialpädagogischer Fachleistung, welche im Übergang zwischen Ablösung aus der noch gegebenen aktuellen Lebenssituation und der bevorstehenden Aufnahme in die zukünftige sozialtherapeutische Maßnahme ansetzt, werden Auffälligkeiten und Verwerfungen beim Klienten bzw. bei der Klientin in verschiedenen Lebenszusammenhängen erkennbar, welche nur im ganzheitlichen, also bio-psycho-sozialen, Sinne für Helfer und Klient verstehbar und somit handhabbar gemacht werden sollen und können. Hieran anschließend ist auf Grundlage der bio-psycho-sozialen Orientierung die Auswahl der adäquaten professionellen Interventionen auf sozialer Ebene bzw. ergänzend die Vermittlung und Überleitung in punktuelle, geeignete medizinische oder psychologische Hilfestellungsangebote möglich. Von besonderer Bedeutung ist die Möglichkeit, die zukünftigen Bewohner und Bewohnerinnen in der Vorbetreuungsphase hinsichtlich ihrer Belastungsgrenzen, Leistungspotenziale und Stressbewältigungsfähigkeiten in ihren jeweilig gegebenen Alltagszusammenhängen, im Einzelkontakt und im Gruppenkontext innerhalb der Einrichtung miterleben zu können. Hieraus ergeben sich zahlreiche Ansätze zur gemeinsamen konstruktiven Reflexion und zur dialogisch-diagnostischen Einschätzung der gegebenen Problemzusammenhänge. Die Einnahme der transaktionalen Perspektive „Person-in-der-Situation“ wird in diesem Zusammenhang für ein adäquates Verständnis des Verhaltens und Erlebens des Klienten bzw. der Klientin unerlässlich. Die Berücksichtigung beider genannter Perspektiven erfolgt im Rahmen der vorbereitenden Betreuung von „Jugendwohnung e.V.“ durchgängig und systematisch; dies wird sowohl durch die Anwendung der in Abschnitt 5.2 genannten diagnostischen Instrumente als auch durch die kontinuierliche Reflexion des Alltagslebens im Einzelgespräch und der fortschreitend ansteigenden Einbindung in die vereinsinternen Zusammenhänge und Strukturangebote gewährleistet. Darüber hinaus wird der biografische Hintergrund der jeweiligen Person systematisch erschlossen. Die lebensgeschichtlichen Zusammenhänge, deren Implikationen im Hier-und-Jetzt und deren Neubetrachtung und -bewertung sind, wie im selbigen Abschnitt 5.2 dargestellt wurde, sind weiteres zentrales Anliegen der vorbereitenden Betreuung. Das Angebot intensiver Beratungsgespräche ist in diesem Zusammenhang eindeutig als Merkmal Klinischer Sozialarbeit - wie in Abschnitt 2.4.4 erörtert – einzustufen. Vorbereitende Betreuung soll stets auf die von „Jugendwohnung e.V.“ im Spannungsfeld von Einzelperson und Gruppe kreierte und angebotene sozialtherapeutische Hilfe hinleiten. Die Erfahrung

des Gruppenerlebens des vorbetreuten Klienten bzw. der Klientin ist fundamental wichtiges Element der Vorbetreuungsleistung und muss entsprechend geschaffen, begleitet, moderiert und reflektiert werden. Im Selbsterleben des Klienten bzw. der Klientin im Rahmen der Gruppe werden – wie in Abschnitt 2.3.2 Entwicklung des Menschen im Lebenslauf begründet - identitäts- und selbstbildbezogene Reifungsprozesse ermöglicht. Im Rahmen der Vorbetreuung werden bereits systematisch und regelhaft gruppenintegrative Angebote verwirklicht, innerhalb derer erste Entwicklungsschritte hinsichtlich der Persönlichkeitsnachreifung bewirkt werden können. Hier wird positiver sozialer Kontakt ermöglicht. Dies zeichnet die Vorbetreuungsphase ebenfalls als ein Betreuungskonzept im Sinne Klinischer Sozialarbeit aus. Hierin besteht ein wichtiger psycho-sozialer - nämlich auf psychischer und sozialer Ebene heilsamer ( und damit therapeutisch wirksamer) - Integrationsschritt.

Die vorbereitende Betreuung ist, wie ich in den Abschnitten 5.1ff herausgearbeitet habe, ein Modell umfangreicher, verschiedenartiger und passgenau gestaltbarer sozialer Unterstützung im spezifischen Kontext einer sich als sozialtherapeutisch arbeitend verstehenden Einrichtung. Soziale Unterstützung richtet sich in diesem Zusammenhang i. d. Hauptsache auf wochenstrukturierende Angebote und die Einbindung des Klienten bzw. der Klientin in für diesen bzw. diese jeweilig sinnstiftende und stabilisierende Alltagszusammenhänge. Dies wird – wie dargestellt - mit den klinisch sozialarbeiterisch nutzbaren Methoden Beratung, Begleitung, Bildung sowie Erprobung, der Vermittlung neuer Erfahrungen, der Reflexion des Erlebten und der praktischen Anleitung eingelöst. Der Verein „ Jugendwohnung e.V.“ stellt in diesem Kontext eigene Angebote in Form der gruppenübergreifenden Aktivitäten und der Basisgruppenangebote für die vorbetreuten Klienten bzw. Klientinnen zur Verfügung, darüber hinaus wird in der vorbereitenden Betreuung versucht, weitere externe Versorgungsangebote zu erschließen. Hier wird erneut die Notwendigkeit der spezifischen Blickwinkel Klinischer Sozialarbeit ( bio-psycho-soziale Zusammenhänge, Person-in-der-Situation, biografische Hintergründe sowie Fragen bezgl. des Erlebens von und des Umgangs mit Krankheit und Gesundheit) zum Auffinden konstruktiver und passgenauer Perspektiven auf Basis eigener Interessen und Bedürfnisse des Klienten bzw. der Klientin erkennbar.

Somit ist m.E. nachgewiesen, dass das hier entworfene Case Management-basierte Konzept der vorbereitenden Betreuung aufgrund der sowohl inhaltlichen als auch der formalen Bezüge mit den theoriegestützten Grundgedanken Klinischer Sozialarbeit,

deren spezifischer Methoden Diagnostik, Beratung, Soziale Unterstützung und Sozialtherapie sowie dem übergeordneten Ziel Gesundheitsförderung des Klienten bzw. der Klientin kongruent ist. Die Anwendung dieses Betreuungskonzeptes in einer Einrichtung, welche, wie in Abschnitt 3.7 herausgearbeitet, ein im Laufe der Jahrzehnte durch klinisch sozialarbeiterische Züge charakterisiertes Konzept entwickelt hat, stellt somit eine inhaltlich sinnvolle und überaus anschlussfähige Ergänzung des derzeit vorhandenen sozialtherapeutischen Gesamtkonzeptes dar.



## 6 Ausblick

Die hier entworfene Soziale Unterstützungsleistung der vorbereitenden Betreuung besitzt sowohl aufgrund ihrer im voran stehenden Abschnitt 5.7 nachvollzogenen Integration der hier vorgestellten theoretischen Bezüge Klinischer Sozialarbeit als auch aufgrund ihrer stimmigen Einbettung in das ganzheitlich angelegte Gesamtkonzept des Trägers „ Jugendwohnung e.V.“ das Potenzial, wertvolle Vorarbeit für den gesamten sozialtherapeutischen Hilfeprozess leisten zu können. Im vorangegangenen Text ist herausgearbeitet worden, dass die vorbereitende Betreuung mit den ihr inhärenten Verständnis- und Handlungsmöglichkeiten zur individuell bestmöglichen Hilfeanbahnung sowie - im impliziten Umkehrschluss - zur Abwendung überfordernder Belastungen beim Klienten bzw. der Klientin und damit zur Verbesserung des gesamten Hilfeprozesses beitragen kann.

Sich an die vorliegende Arbeit anschließende zukünftige Aufgaben bestehen in der kritischen Aus- und Bewertung des Konzeptes für die Praxisanwendung in einem zu leistenden evaluativen Prozess.

Im Rahmen dessen wäre grundsätzlich zu überprüfen, inwiefern die hier entworfene Ausgestaltung der vorbereitenden Betreuung für die pragmatische Nutzung im Handlungsfeld des Trägers „ Jugendwohnung e.V.“ geeignet ist. In diesem Sinne wäre zu ermitteln, welche weiteren psychotherapeutischen Methoden - in Ergänzung zu den bereits hier erörterten therapeutischen Herangehensweisen und Methoden - aus den Instrumentarien der Psychoanalyse, Tiefenpsychologie und der Verhaltenstherapie entlehnt werden können, um inhaltliche Lücken im ganzheitlichen Fallverständnis zu schließen. Die Vertiefung der Frage des Umgangs mit inadäquaten oder unzureichenden Motivationen des Klienten bzw. der Klientin zur Aufnahme und zum Bewältigen einer ( sozial-) therapeutischen Behandlung im Rahmen der vorbereitenden Betreuung wäre angesichts der teilweise beim Klientel vorzufindenden Unfreiwilligkeit, mangelnden Einsichtsfähigkeit und dem oftmals schwankendem Leistungsvermögen von hohem Interesse.

Weitere Ziele können darin bestehen, konzeptuelle und praxisbezogene Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten aus Sicht der Hilfeanbieter, der Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiterinnen der Einrichtung, der Klientinnen bzw. Klienten sowie der jeweiligen kostentragenden Behörden erkennbar und im Sinne der Optimierung des Konzeptes der kritischen Bearbeitung zugänglich zu machen. So könnte etwa der

Frage nachgegangen werden, inwiefern die Vorbereitende Betreuung in Anspruch nehmenden Klienten und Klientinnen im Vorfeld der sozialtherapeutischen Gesamtmaßnahme durch die Anforderungen des Betreuungskonzeptes überfordert werden und somit eine kontraproduktive Situation entstünde. An diesen Gedanken anknüpfend wäre zu betrachten, inwiefern die vorbereitende Betreuung – inhaltlich und intensitätsbezogen - Hilfeangebote vorwegnimmt, welches im Rahmen der vollstationären Maßnahme adäquater zu bieten sein könnten. Weiterhin wäre zu überprüfen, ob der hier geleistete Konzeptentwurf vorbereitende Betreuung auch in anderen ( sozialtherapeutisch fundierten) Handlungsfeldern tragfähig und anwendbar wäre. In dieser Hinsicht läge die Fragestellung nahe, inwiefern die - in der jetzigen Praxis erfolgreiche - Umsetzung des Hilfeangebotes Vorbetreuung der Integration des hier entworfenen Vorbetreuungskonzeptes in die spezifische Struktur, die Angebote und das Betriebsklima der Einrichtung ihren jeweils eigenen Teil zum Gelingen eines therapeutischen Prozesses beitragen.

Die hier aufgeworfenen Fragestellungen sollten – auch aufgrund ihrer Relevanz für die praxisbezogene Entwicklung und Förderung der Klinischen Sozialarbeit - im Rahmen einer empirischen Einzelfallverlaufsauswertung - alternativ hierzu auch durch die Methode der Teilnehmenden Beobachtung - im Sinne der kritischen Überprüfung des hier entworfenen Betreuungskonzeptes bearbeitet und weiterführend geklärt werden.

## 7 Literaturverzeichnis

Duden – Das Fremdwörterbuch 1990, 5. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag.

Duden – Das Bedeutungswörterbuch 1985, 2. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Mannheim Wien Zürich: Dudenverlag.

Galuske, Michael 2003: Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim München: Juventa Verlag.

Merten, Roland 2002: Sozialraumorientierung. Zwischen fachlicher Innovation und rechtlicher Machbarkeit. Weinheim München: Juventa Verlag.

Müller, Matthias / Ehlers, Corinna 2008: Case Management als Brücke. Berlin Milow Straßburg: Schibri Verlag.

Neuffer, Manfred 2007: Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim München: Juventa Verlag.

Neuffer, Manfred 1990: Die Kunst des Helfens. Die Geschichte der sozialen Einzel-fallhilfe. Weinheim: Beltz Verlag.

Ortmann, Karlheinz, Röh, Dieter ( Hrsg.) 2008, Klinische Sozialarbeit. Konzepte - Praxis - Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Pauls, Helmut 2004: Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. Weinheim Tübingen: Juventa Verlag.

Schaub, Heinz – Alex, 2008: Klinische Sozialarbeit.. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung. Göttingen: V&R unipress.

Schwendtner, Rolf 2000: Einführung in die Soziale Therapie. Tübingen: dgvt-Verlag.

Wendt, Wolf Rainer 2008: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Wiesner, Reinhard Hrsg., 2000: SGB VIII -Kinder- und Jugendhilfe. München: C.H. Beck`sches Verlagsbuchhandlung.

## **8 Anhangsverzeichnis**

Anhang 1: Jugendwohnung e.V. 2008: ' Gesamteinrichtung ' Leistungsvereinbarung mit Anhang.

Anhang 2: Jugendwohnung e.V. 2005: „ Sozialtherapie“ bei Jugendwohnung e.V.

Anhang 3: Jugendwohnung e.V. 2006: Zu den inhaltlichen Grundlagen der Arbeit bei „ Jugendwohnung e.V.“

Anhang 4: Jugendwohnung e.V. 2005: Zum Kontinuitätsbegriff in der Arbeit bei „ Jugendwohnung e.V.“

Anhang 5: Jugendwohnung e.V. 2005: Zur Qualitätsentwicklung bei „ Jugendwohnung e.V.“ Teil Eins

Anhang 6: Jugendwohnung e.V. 2005: Zur Qualitätsentwicklung bei „ Jugendwohnung e.V.“ Teil Zwei

Anhang 7: Jugendwohnung e.V. 2005: Zur Qualitätsentwicklung bei „ Jugendwohnung e.V.“ Teil Drei

Anhang 8: Jugendwohnung e.V. 2005: Zur Therapeutischen Haltung bei „ Jugendwohnung e.V.“ Teil Drei

Anhang 9: Jugendwohnung e.V. 2005: Personalmeldung gem. § 47 SGB VIII

## 9 Anhang