

Geißler-Piltz
Mühlum
Pauls

Klinische Sozialarbeit

2. Auflage

 reinhardt

 reinhardt

Brigitte Geißler-Piltz
Albert Mühlum • Helmut Pauls

Klinische Sozialarbeit

2., unveränderte Auflage

Mit 3 Abbildungen und 2 Tabellen

Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Prof. Dr. *Brigitte Geißler-Piltz*, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin
Prof. Dr. *Albert Mühlum*, Fachhochschule Heidelberg
Prof. Dr. *Helmut Pauls*, Fachhochschule Coburg; Leiter der Zentralstelle
für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

Die 1. Auflage erschien in der UTB-Reihe „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“ (Band 7).

Herausgegeben von Hans-Günther Homfeldt, Trier und Albert Mühlum, Heidelberg.

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

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

ISBN: 978-3-497-02191-8

DOI: 10.2378/9783497021918

© 2010 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: MedienServiceCenter Ute C. Renda-Becker, Lahnstein

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München
Net: www.reinhardt-verlag.de Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

Vorwort der Herausgeber	9
1 Selbstverständnis und professionsbezogene Verortung Klinischer Sozialarbeit	11
1.1 Begriff und Selbstverständnis	11
1.2 Aufgabenstellung und fachliche Spezialisierung	13
1.3 Psychosoziale „Beschädigung“ und Demoralisierung ..	16
1.4 Soziale Medizin und Soziale Arbeit	18
1.4.1 Verlust der sozialen Dimension der Medizin	18
1.4.2 Verunsicherung in der Sozialen Arbeit	19
1.4.3 Selbst- und Fremdbild Sozialer Arbeit	20
1.5 Gesundheits- und Krankheitsverständnis	21
1.5.1 Gesundheit und Krankheit im bio-psycho-sozialen ... Modell	21
1.5.2 Salutogenese und Stärkenorientierung	25
2 Strukturbezogene Merkmale klinischen Handelns ...	29
2.1 Soziales Sicherungs- und Gesundheitssystem – der Rahmen	29
2.1.1 Sozial- und Gesundheitswesen	30
2.1.2 Sozialberufliche Dienstleistungen	33
2.2 Gesundheitsförderung – die Aufgabe	35
2.2.1 Gesundheitsverhalten und Gesundheitsverhältnisse ...	35
2.2.2 Von Gesundheitserziehung zu Gesundheitsförderung .	37
2.3 Binnendifferenzierung – die Herausforderung	39
2.3.1 In der Praxis: Generalisten versus Spezialisten	39
2.3.2 In der Ausbildung: Stufenabschlüsse und Schwerpunkte.	40

6 Inhalt

2.4	Klinische Fachlichkeit – eine Antwort	43
2.4.1	Fachsozialarbeit: Wissen, Können, Haltung	43
2.4.2	Qualifizierung und Qualitätssicherung	45
3	Zielgruppen Klinischer Sozialarbeit	47
3.1	Störungsverständnis und Kennzeichen	47
3.2	Ausgewählte Adressatengruppen	51
3.2.1	Schwer beeinträchtigte Kinder, Jugendliche und Familien	51
3.2.2	Psychisch Kranke im Kontext der Psychiatrie	52
3.2.3	Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen	53
3.2.4	Schwerkranke und chronisch Kranke	56
3.3	Der „klinische Blick“ am Beispiel Traumatisierung	60
3.3.1	Traumatisierte Menschen	60
3.3.2	Besonderheiten des Erlebens traumatisierter Menschen	61
3.3.3	Menschen in Krisen und klinisch-soziales Handeln	62
3.4	Angehörigenarbeit	64
4	Rechtliche und politische Aspekte	67
4.1	Sozial- und Gesundheitspolitik	67
4.2	Institutionen und Rechtsgrundlagen	70
4.2.1	Gesundheitspflege und soziale Sicherung	70
4.2.2	Anspruchsgrundlagen Klinischer Sozialarbeit	72
4.3	Klinisches Handeln im sozialrechtlichen Kontext	74
4.3.1	Beispiel Jugendhilfe	75
4.3.2	Beispiel Soziotherapie	76
4.4	Professionspolitik und Binnendifferenzierung	79
5	Einrichtungen und Konzepte	83
5.1	Klinische Aufgaben und Arbeitsfelder	83
5.2	Psychiatrisches Versorgungssystem	85
5.3	Krankenhaus und integrierte Versorgung	89
5.3.1	Soziale Arbeit im Akutkrankenhaus	89

5.3.2	Integrierte Versorgung	91
5.4	Rehabilitation und Geriatrie	92
5.5	Öffentlicher Gesundheitsdienst und Jugendhilfe	93
5.5.1	Öffentlicher Gesundheitsdienst	94
5.5.2	Klinische Aspekte der Kinder- und Jugendhilfe	95
6	Strategien und Handlungskompetenzen	98
6.1	Klinische Handlungskompetenzen	98
6.2	Klinisch-soziale Fallarbeit	100
6.2.1	Bio-psycho-soziale Grundorientierung	100
6.2.2	<i>Assessment</i> – Diagnose – Therapie	101
6.3	Handlungsansatz und methodische Grundformen	104
6.3.1	Integrierter Handlungsansatz	104
6.3.2	Wirkfaktoren methodischen Handelns	105
6.4	Ausgewählte Strategien und Verfahren	107
6.4.1	Psychosoziale Beratung	107
6.4.2	Sozialtherapie und psychotherapeutische Hilfen	108
6.4.3	Soziale Unterstützung und <i>Case Management</i>	109
6.4.4	Krisenintervention	110
6.4.5	Soziale Prävention und Rehabilitation	112
6.4.6	Psychoedukation	114
7	Ethische Aspekte klinischen Handelns	116
7.1	Ethikdiskurs in der pluralistischen Gesellschaft	116
7.2	Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung	118
7.3	Berufsethik – Selbstverpflichtung der Professionellen .	121
7.4	Ethik der Klinischen Sozialarbeit	123
7.4.1	Ethik im therapeutischen <i>Setting</i>	124
7.4.2	Klinisch-ethische Fallbesprechung	127
7.5	Ethik-Code – Anleihen bei der <i>Clinical Social Work</i> ...	129

8 Inhalt

8	Geschichte: <i>Clinical Social Work</i> und Klinische Sozialarbeit	131
8.1	Methodische Einzelfallhilfe und soziale Diagnose	131
8.1.1	Mary Richmond und das Konzept <i>Person-in-Environment</i>	131
8.1.2	Alice Salomon und „die Kunst, zu helfen“	133
8.2	Methodenentwicklung bis zum Zweiten Weltkrieg	135
8.2.1	Psychoanalyse und Sozialarbeit	136
8.2.2	Schulen der Einzelfallhilfe	136
8.3	Methodenentwicklung nach 1945	139
8.3.1	<i>Clinical Social Work</i> als <i>Therapy plus</i>	139
8.3.2	Sozialarbeit im Gesundheitswesen	140
8.3.3	Methodenrezeption: Innovation versus Vereinnahmung	141
8.3.4	Methodenkritik aus Sicht der Sozialwissenschaften	143
8.3.5	„Therapeutisierung“ in den 70er und 80er Jahren	144
8.4	Zum Verhältnis von Medizin und Sozialer Arbeit	145
8.5	Plädoyer für Klinische Sozialarbeit	146
9	Klinische Sozialarbeit – Anspruch und Wirklichkeit	149
9.1	Anspruch und Leitidee	149
9.2	Widerstände und Widrigkeiten	151
9.3	Chancen und Perspektiven	153
	Literatur	157
	Sachregister	169

Vorwort der Herausgeber

I Zur Buchreihe „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“

Gesund sein will jeder Mensch, und gleichzeitig ist Gesundheit ein gesellschaftliches Gut von hohem Rang. Erstaunlicherweise ist aber das, was der Einzelne und die Gemeinschaft dafür aufzuwenden bereit sind, erheblichen Schwankungen unterworfen. Erst im 19. Jahrhundert wurde Gesundheit zu einem öffentlichen Wert – und damit die Gesundheitssicherung zu einer öffentlichen Aufgabe. Gesundheitspflege und -fürsorge differenzierten sich dann im Verlauf des 20. Jahrhunderts zu einer *Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen* aus, die als präventive, kurative, rehabilitative, begleitende und nachsorgende „Gesundheitsarbeit“ wachsende Bedeutung erlangte. Im Kontext von Armut und Krankheit, Behinderung und sozialer Benachteiligung findet sie zu Beginn des 21. Jahrhunderts in ambulanten wie stationären Diensten vielfältigen Ausdruck. Die gesundheitsförderlichen Funktionen und Tätigkeitsbereiche zu präzisieren und ihre sozialarbeiterische Qualität zu steigern, sind – nicht zuletzt gestützt auf die gesundheitspolitische Agenda der Vereinten Nationen – dringliche Anliegen der Profession und Disziplin Sozialer Arbeit. In dieser Reihe bieten ausgewiesene Fachleute eine Grundorientierung in den wichtigsten Gesundheitsfeldern an und tragen damit zur weiteren Professionalisierung bei.

II Zum 7. Band: Klinische Sozialarbeit

Mit dem gesellschaftlichen Wandel und den veränderten Anforderungen an das Gesundheitssystem stellt sich die Kompetenzfrage neu und schärfer, da eine generalistische Qualifikation für die sich ausdifferenzierenden Felder und Aufgaben nicht länger ausreicht. Von den sich abzeichnenden neuen Profilen ist die Klinische Sozialarbeit als „Fachsozialarbeit“ am weitesten entwickelt. Sie kann auf internationale Vorbilder zurückgreifen (Clinical Social Work)

und gewinnt für die Binnendifferenzierung der Profession wegweisende Bedeutung. Ihre Koordinaten sind bestimmt durch das künftig dreistufige Ausbildungsniveau (Bachelor, Master, Promotion), das Maß an fachlicher Spezialisierung und die besondere Methodenkompetenz. Von Klinischer Sozialarbeit wird gesprochen, wenn die Soziale Arbeit eigene Beratungs- und Behandlungsaufgaben wahrnimmt. Adressaten sind Familien und einzelne Klienten bzw. Patienten, deren bio-psycho-soziale Belastung reduziert und deren Problembewältigungsverhalten durch methodisch geleitete Einflussnahme verbessert werden soll. Die Grenze zur allgemeinen Sozialarbeit ist noch unscharf; eindeutig ist aber der Bedarf an höherer (Methoden-)Kompetenz für den Umgang mit traumatisierten oder schwer zugänglichen Menschen und mit Krisensituationen. Die Expertise für klinisch-soziale Intervention bemisst sich nach Indikation, Vorgehensweise und Intensität der personalen Einflussnahme sowie nach dem Nutzen für die behandelte Person in ihrem jeweiligen sozialen Umfeld. Sie muss sich in multiprofessionellen Teams bewähren. Die Berufsbezeichnung „Sozialarbeiter“ steht dabei für beide Geschlechter, wenn nicht ausdrücklich anderes gesagt wird. Der vorliegende Band gibt einen Überblick über Entwicklung, Arbeitsfelder, Zielgruppen und methodische Grundlagen und setzt sich mit den Problemen und Chancen einer klinischen Spezialisierung auseinander.

Trier und Heidelberg, im Februar 2005
Hans-Günther Homfeldt und Albert Mühlum

1 Selbstverständnis und professionsbezogene Verortung Klinischer Sozialarbeit

Das Projekt „Klinische Sozialarbeit“ ist in Deutschland noch wenig bekannt und muss auch der Fachöffentlichkeit erst nahe gebracht werden. Deshalb werden zunächst der Begriff und das zugrunde liegende Verständnis erörtert (Kap. 1.1), bevor eine erste Übersicht über Aufgabenstellung und fachliche Spezialisierung (Kap. 1.2) möglich ist. Angesichts tiefgreifender Verwerfungen im gesellschaftlichen Modernisierungsprozess mit wachsender sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit und unübersehbaren Auswirkungen auf (potenzielle) Klienten folgt eine Betrachtung der psychosozialen „Beschädigung“ und Demoralisierung (Kap. 1.3), zu deren Besserung Klinische Sozialarbeit beitragen möchte. Ihre Nähe zum Gesundheitssystem erfordert einen kritischen Blick auf die Soziale Medizin und das Selbst- und Fremdbild Sozialer Arbeit (Kap. 1.4), deren klinische Orientierung entscheidend vom gewählten Gesundheits- und Krankheitsverständnis bestimmt wird (Kap. 1.5), das hier salutogenetisch-ressourcenorientiert bestimmt wird.

1.1 Begriff und Selbstverständnis

Klinische Sozialarbeit erregt seit einigen Jahren in der sozialberuflichen Ausbildung und Praxis Aufmerksamkeit. Es werden postgraduale Master-Studiengänge angeboten, Klinische Sozialarbeit hält Einzug in grundständige Lehrpläne und immer mehr Sozialarbeiter lassen sich als Klinische Sozialarbeiter zertifizieren.

Während in den USA die *Clinical Social Work (CSW)* in fast allen Tätigkeitsfeldern der Sozialen Arbeit bekannt und anerkannt ist, löst der Begriff in Deutschland erstauntes Nachfragen und auch Skepsis aus. Häufig wird sie auf die Arbeit im Sozialdienst einer Klinik bezogen und weckt Assoziationen von Entmündigung durch Experten (Illich 1995) und „Medikalisierung“ des Sozialen. Klinisch (griech. für *kliné*) bedeutet Lager oder Bett und bezieht sich

somit auf die direkte Arbeit mit Kranken: Der Kliniker ist derjenige, der den Kranken behandelt. Im englischen und französischen Sprachgebrauch ist der Begriff *clinic* bzw. *clinique* keineswegs medizinisch konnotiert. Er steht in direktem Bezug zur beratenden und therapeutischen Behandlung von Personen. Alle an der Behandlung Beteiligten sind auf professionelle Weise praktisch tätig (Kunstreich 2003, 11) – hier mit personenzentrierten Tätigkeiten, wie sie aus der Klinischen Medizin und Klinischen Psychologie bekannt sind. Klinisch tätig zu sein bedeutet in der Sozialarbeit *direkte Interaktion* mit Klienten, konkretes fallbezogenes Handeln und Behandeln – was der Begriff *direct practice* präzise ausdrückt. Dieser Begriff lässt zwar den methodischen Ansatz deutlicher erkennen, greift jedoch in der wissenschaftstheoretischen Diskussion zu kurz und vermag keine Abgrenzung zu anderen Professionen herzustellen.

Eine eindeutige Position bezieht die Definition des *American Board of Examiners* von 1995 (Appendix 35):

„Clinical Social Work is a practice speciality of the social work profession. It builds upon generic values, ethics, principles, practice methods, and the person-in-environment perspective of the profession. Its purposes are to: Diagnose and treat bio-psycho-social dysfunction, achieve optimal prevention of bio-psycho-social dysfunction, support and enhance bio-psycho-social strength and functioning. Clinical social work practice applies specific knowledge, theories, and methods to assessment and diagnosis, treatment planning, intervention, and outcome evaluation.“

Diese Definition richtet demnach den Fokus auf die bio-psycho-soziale Gesundheit und Entwicklung des Menschen und vertritt einen breit gefassten Gesundheitsbegriff, der alle psychosozialen Interventionen und Maßnahmen umfasst, die indiziert sind, um Gesundheitsrisiken und ihren psychosozialen Folgen vorzubeugen, sie zu lindern oder zu bewältigen. Das „Plädoyer für eine Klinische Sozialarbeit“ des Arbeitskreises für Sozialarbeit und Gesundheit (2001) präzisiert dieses Verständnis:

„Wenn gesundheitsfördernde Aufgaben ins Zentrum rücken, kann von Gesundheitssozialarbeit gesprochen werden. Und sofern dies in besonders schwierigen Beziehungs- und Behandlungskontexten erfolgt, sprechen wir von Klinischer Sozialarbeit, die zusätzliche Kompetenzen erfordert. Profil und Entwicklungsstand des internationalen Clinical Social Work sind dafür wegweisend, auch wenn es wegen unterschiedlicher Systemvoraussetzungen nicht direkt übertragbar ist.“

Indem Klinische Sozialarbeit die Wechselwirkung von Psyche, Leib und Sozialität thematisiert, verortet sie sich als Fachsozialarbeit zwischen den klassischen Disziplinen Medizin und Psychologie. In ihrem Verständnis ist sie präventive Gesundheitsarbeit, bei der Wiederherstellung der Gesundheit hat sie einen eigenen Behandlungsauftrag. Sie arbeitet zwischen den Expertensystemen und wird vor und nach der Medizin tätig: wenn die Medizin noch nicht eingreift und wenn sie an andere Berufsgruppen übergibt. Bei entsprechender Indikation überschneidet sich ihre klinische Tätigkeit mit der anderer Berufsgruppen – in multiprofessionellen Teams und Versorgungsnetzwerken, die ein gemeinsames Ziel mit unterschiedlichen Methoden verfolgen: die Gesundheit von Menschen zu verbessern bzw. zu erhalten.

Klinische Sozialarbeit versteht ihre Aufgabe hier als Vermittlung und kontextsensible Kommunikation des anwendungsorientierten bio-psycho-sozialen Paradigmas unter besonderer Berücksichtigung der *sozialen* Dimension im Gesundheits- und Krankheitsgeschehen. Das setzt voraus, dass sie in interdisziplinärer Kooperation von Anfang an und nicht erst am Ende einer primär somatisch und dann psychologisch organisierten Behandlungskette verantwortlich mitwirken kann.

1.2 Aufgabenstellung und fachliche Spezialisierung

Klinische Sozialarbeit versteht sich als Fachdisziplin im Gesundheits- und Sozialwesen mit der Aufgabenstellung psychosozialer Beratung, Sozialtherapie und Krisenintervention. Soziale Arbeit übernimmt klinische Aufgaben, wenn und wo immer die methodische soziale bzw. psychosoziale Mitwirkung an der Fallarbeit bzw. Behandlung erforderlich ist, so etwa

- in der Kinder- und Jugendhilfe mit ihren Aufgaben an Schnittstellen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie wie auch zu Schulen und Einrichtungen des Kinderschutzes (z. B. intensive Einzelfallhilfe, Familienhilfe, Erziehungsbeistandschaft, Kinder- und Jugendlichen-therapie, Schulsozialarbeit);
- in ambulanten Beratungseinrichtungen (z. B. Erziehungsberatung, Familienberatung, Partner-, Familien- und Lebensberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung, Sexualberatung);
- in Bereichen stationärer, teilstationärer und ambulanten psychiatrischer Versorgung;

14 Selbstverständnis und professionsbezogene Verortung

- in Kriseninterventionseinrichtungen und Einrichtungen zum Schutz gegen physische und sexuelle Gewalt;
- in der ambulanten und stationären Suchtbehandlung;
- in Fach-, Reha- und Akutkrankenhäusern;
- in forensischen Einrichtungen des Maßregelvollzuges und der Resozialisierung;
- in der gerontologischen Arbeit einschließlich Geriatrie und Gerontopsychiatrie.

Klinische Sozialarbeiter müssen sich somit theoretisch und praktisch mit komplexen Problemen und ihren Auswirkungen professionell auseinandersetzen: mit psychischen Krankheiten und Störungen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, mit Folgen sexueller, emotionaler und physischer Gewalt, mit Folgen von Migration, mit Suizidversuchen, mit chronischen somatischen und psychischen Leiden, mit Alkoholismus und Drogenmissbrauch, mit posttraumatischen Stress-Syndromen und psychiatrischen Erkrankungen, mit gerontopsychiatrischen Aufgabenstellungen sowie mit den Folgen für Familien und Angehörige (Dörr 2005). Das Tätigkeitsfeld ist folglich nicht nur enorm groß, umfasst es doch alle Problembereiche der psychosozialen Beratung und Behandlung von Gesundheitsstörungen, es wandelt sich überdies beständig und ist je nach Kultur und Gesellschaft verschieden ausgeprägt.

Grundsätzlich ist Klinische Sozialarbeit also zuständig für Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung psychisch und sozial leiden oder umgekehrt aufgrund ihrer sozialen Leiden an Leib oder Seele erkranken. Nicht selten sind diese Menschen Helfern gegenüber misstrauisch, erleben Hilfsangebote als verordnet und gelten als „schwer erreichbar“ (*hard-to-reach*). Kompetentes klinisches Handeln setzt daher eine umfassende Methodenkompetenz und eine respektvolle Haltung gegenüber den Klienten voraus. Nur auf dieser Basis kann die Gestaltung einer vertrauensvollen Beziehung gelingen, die wiederum Voraussetzung ist, um die Verwobenheit von biologischer Existenz und psychosozialen Problemen in Biografie und sozialem Kontext zu entziffern. Im Fokus liegen der Alltag und die Lebenswelt der Erkrankten. Ziel ist es, diese im Prozess der Krankheitsbewältigung zu motivieren und (auch emotional) zu unterstützen, sie zu befähigen ihre Ressourcen zu erkennen, zu nutzen und selbstbestimmt und verantwortungsvoll zu handeln.

Nach diesem Anspruch ist Klinische Sozialarbeit als fachliche Spezialisierung innerhalb der Sozialen Arbeit zu verstehen, quali-

fiziert für beratende und behandelnde Aufgaben. Ihre Expertise bemisst sich nach den Indikationen und Interventionen sowie nach der Intensität der personalen Einflussnahme, d. h. Klinische Sozialarbeiter sind „spezialisierte Generalisten“ (Staub-Bernasconi 1998). Dennoch bleiben ihre Konturen unscharf, sind sie doch Teil der Sozialen Arbeit und teilen mit ihr das professionelle Selbstverständnis: Menschen in sozialer Not durch methodisch fundiertes Handeln zu unterstützen und zu befähigen, ihr Leben und Zusammenleben selbst zu bestimmen und Partizipation und Aktivität besonders jenen Menschen zu ermöglichen, die aufgrund sozialer oder gesundheitlicher Ausgrenzungsprozesse benachteiligt sind.

Klinische Sozialarbeit nimmt eine besondere Stellung ein durch ihre Qualifikation und ihren selbstbewussten Bezug auf die Tradition ihrer spezifischen Professionalität. Dazu zählt die Fähigkeit, diese durch Integration erfahrungsgesättigter Methoden praxis- und forschungsbezogen weiterzuentwickeln. Klinische Sozialarbeit steht in der Tradition der von Mary Richmond und Alice Salomon konzipierten Methoden der „sozialen Diagnose“ und „sozialen Therapie“ und dem daraus resultierenden *Social Case Work*. Es ist insbesondere dem zentralen Konzept des *Person-in-Environment* zu verdanken, dass sie sich von anderen helfenden Berufen unterscheidet. Aus deutscher Sicht mag erstaunlich sein, dass amerikanische Lehrbücher die sozialarbeiterische Identität aus diesem Konzept herleiten (Sheafor/Horejsi 2003, 9): „However, it is social work’s simultaneous focus on and attention to both the person and the person’s environment that makes social work unique among the various helping professions.”

Dieser Haltung liegt die Erkenntnis zugrunde, dass Gesundheit auf ein Zusammenwirken sowohl individueller als auch vielfältiger sozialökologischer Faktoren zurückzuführen ist. Dies ist bereits eine Erkenntnis der frühen Sozialarbeit, vor allem der *Settlement*-Bewegung (Kap. 8), die nichts von ihrer Bedeutung verloren hat. Ihr „klinischer Blick“ ist demnach ein doppelter: Im Fokus ist die Hilfe suchende Person und ihre soziale Lebenswelt, die es zu entschlüsseln gilt. Dazu bedarf es besonderer methodischer Fertigkeiten, da die Lebenswelten der Klienten hoch komplex und – wie in allen Bereichen Sozialer Arbeit – sozioökonomischen Umwälzungen und sozialen Veränderungen unterworfen sind. Aus diesem Grunde sind theoretisch und methodisch nicht nur individuelle, sondern auch gesellschaftliche, demografische und gesundheitspolitische Veränderungsprozesse zu berücksichtigen.

Da sich Klinische Sozialarbeit besonders den schwer erreichbaren Klienten verpflichtet fühlt, hat sie etwa die Aufgabe, Antworten auf gesellschaftlich verursachte Probleme zu finden, die sich als Krankheit äußern, und umgekehrt auf Krankheiten, die psychosoziale Probleme nach sich ziehen. Dies als Handlungsziel zu formulieren ist allerdings eine Herausforderung, nicht nur aufgrund der problematischen Definition von Gesundheit, sondern auch, weil ihre zentralen Voraussetzungen und konstituierenden Momente in modernen Gesellschaften besonders infrage gestellt sind.

1.3 Psychosoziale „Beschädigung“ und Demoralisierung

Die moderne Gesellschaft ist gekennzeichnet durch schnelle Modernisierungsschübe, die einhergehen mit zunehmender Ungleichverteilung von Einkommen, Bildung und Gesundheit. Sie sind geprägt von Verlust an Traditionen und Verödung sozialer Beziehungen.

Den Gesellschaftsdiagnostiker Sennett (2000) interessieren die Veränderungen in ihren Auswirkungen auf den individuellen Gesundheitszustand sowie die Beziehungen der Menschen zueinander: Zunahme von Ängsten, Verlust an Vertrauen in soziale Beziehungen und persönliche Fähigkeiten.

Auch Beck (1986, 217) konstatiert, dass in modernen Gesellschaften ökonomische Restriktionen Einfluss auf private Beziehungen und soziale Unterstützungsnetze nehmen, die den Menschen zwingen, sich an den Prozess der Modernisierung und die damit verbundene Individualisierung anzupassen. Neben Einschränkungen sieht er allerdings auch Freiräume und Chancen, das eigene Lebenskonzept, die individuellen Fähigkeiten, Orientierungen und Partnerschaften zu gestalten. Für die gesundheitliche Situation kann Individualisierung zweierlei bedeuten: Verlust an Halt gebenden sozialen Beziehungen, was sich negativ auf die Gesundheit auswirken kann, oder Befreiung von einengenden Verhältnissen, was der Gesundheit zuträglich sein kann, – vorausgesetzt, das Individuum verfügt über alternative soziale Netze.

In einer theoretischen Analyse der Modernisierung formuliert der Gesellschaftswissenschaftler Giddens (1991, 43 ff) eine weite-

re für die Klinische Sozialarbeit wichtige Erkenntnis: Dem seinem traditionellen Milieu entrissenen Individuum fehlen die Voraussetzungen zur Bildung individueller Identität und Vertrauen in die Stabilität der Welt. Mangelndes Vertrauen kann in Angst umschlagen und sich an beliebigen Objekten festmachen. Um die Chancen der Moderne wahrnehmen zu können, muss das Individuum lernen, mit Vielfalt und Ambivalenz umzugehen und Differenzen auszuhalten. So betrachtet steht der Mensch im Schnittpunkt vieler Einflüsse, die ihn zu überfordern drohen, was wiederum seine Abhängigkeit von Expertensystemen verstärkt. Insbesondere trifft das auf sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu, die aufgrund fehlender Ressourcen und Unterstützungssysteme die Auswirkungen der Modernisierung nicht aus eigenen Kräften bewältigen können.

Zum gleichen Ergebnis kommt Keupp (2004, 36) beim Blick auf marginalisierte Gruppen, deren Lebens- und Entfaltungsmöglichkeit systematisch verkümmern. Er bezieht sich auf Studien, wonach rund ein Drittel der Bevölkerung als demoralisiert bezeichnet werden kann. Die Hälfte davon sind Angehörige der unteren sozialen Schichten, die sich den Verhältnissen ausgeliefert und ohne Chance erleben. Das bleibt nicht ohne Folgen für die Gesundheit: die Hälfte aller als demoralisiert eingestuften Personen, wiesen klinische Symptome auf. Bei ihnen reichten die verfügbaren Ressourcen offensichtlich nicht aus, um mit Lebensgefühl und Krisen angemessen umgehen zu können. Die Wechselbeziehung zwischen gesellschaftlichen Verhältnissen und individueller Gesundheit wird hier exemplarisch deutlich. Obgleich Demoralisierung ein psychologisches Phänomen ist, hat sie eine soziale Basis in der ungleichen Verteilung von Chancen und Partizipationsmöglichkeiten. Für die Klinische Sozialarbeit bedeutet das, sich den Menschen zuzuwenden, die aufgrund ihrer Erkrankung psychisch und sozial leiden oder aufgrund ihrer sozialen Leiden erkranken.

Wright (2004, 50) hält dies für angemessen, da diese Menschen die klassische Zielgruppe Sozialer Arbeit sind, aber auch weil die Situation sozial Benachteiligter im Fokus der Gesundheits- und Sozialpolitik steht: „Da präventive Maßnahmen sie nicht erreichen, sind sie häufiger krank und sterben früher als Menschen mit höherem sozio-ökonomischem Status.“

Schließlich stellt auch die WHO in ihren Verlautbarungen immer