

Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.)

# **Handbuch**

## **Klinische Sozialarbeit**

**BELTZ** JUVENTA

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:  
ISBN 978-3-7799-7537-3 Print  
ISBN 978-3-7799-7538-0 E-Book (PDF)  
ISBN 978-3-7799-8253-1 E-Book (ePub)

1. Auflage 2024

© 2024 Beltz Juventa  
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel  
Werderstraße 10, 69469 Weinheim  
Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Hanna Sachs  
Satz: Helmut Rohde, Euskirchen  
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza  
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100)  
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor\_innen und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

---

# Inhalt

## Kapitel 1

### Einleitung

*Silke Birgitta Gahleitner, Julia Gebrande, Karsten Giertz,  
Christine Kröger, Dieter Röh und Eva Wunderer*

[11](#)

## Teil I

### **(Selbst-)Verständnis Klinischer Sozialarbeit**

## Kapitel 2

Skizze der Entstehung und Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit  
mit biopsychosozialem Profil

*Helmut Pauls und Albert Mühlum*

[19](#)

## Kapitel 3

Prozessualität in der Klinischen Sozialarbeit: Diagnostik, Intervention,  
Evaluation

*Ursula Hochuli Freund*

[35](#)

## Kapitel 4

Internationale Perspektiven der Klinischen Sozialarbeit:  
Von amerikanischen Vorbildern und aktuellen europäischen  
Entwicklungen

*Lisa Große, Karsten Giertz, Sebastian Ertl, Kerstin Krottendorfer  
und Saskia Ehrhardt*

[47](#)

## Kapitel 5

Ethik in der Klinischen Sozialarbeit

*Peter Buttner und Katja Stoppenbrink*

[57](#)

## Kapitel 6

Kritische Perspektiven auf Klinische Sozialarbeit

*Julia Gebrande und Marion Mayer*

[69](#)

## Teil II

### **Theoretische Perspektiven**

## Kapitel 7

Gesundheits- und Krankheitsmodelle in der Klinischen Sozialarbeit

*Christine Kröger, Karsten Giertz und Helmut Pauls*

[81](#)

Kapitel 8	
Wirkprinzipien beraterisch-therapeutischer Interventionen	
<i>Christine Kröger, Sandra Wesenberg und Barbara Bräutigam</i>	<a href="#"><u>93</u></a>
Kapitel 9	
Identitätsentwicklung und Biografizität	
<i>Silke Birgitta Gahleitner, Julia Gebrande und Ute Antonia Lammel</i>	<a href="#"><u>103</u></a>
Kapitel 10	
Netzwerke und Soziale Unterstützung	
<i>Annett Kupfer und Frank Nestmann</i>	<a href="#"><u>117</u></a>
Kapitel 11	
Teilhabe als theoretisches Konzept und Zielrichtung	
Klinischer Sozialarbeit	
<i>Dieter Röh</i>	<a href="#"><u>129</u></a>
Kapitel 12	
Gender, Diversity, Intersektionalität: Aufforderungen an Theorie	
und Praxis Klinischer Sozialarbeit	
<i>Marion Mayer und Julia Gebrande</i>	<a href="#"><u>139</u></a>
<b>Teil III</b>	
<b>Konzepte und Methoden der Diagnostik</b>	
Kapitel 13	
Was ist soziale Diagnostik?	
<i>Peter Buttner</i>	<a href="#"><u>151</u></a>
Kapitel 14	
Konzepte der Sozialen Diagnostik	
<i>Lisa Große, Silke Birgitta Gahleitner, Adrian Golatka,</i>	
<i>Ursula Hochuli Freund, Anna Lena Rademaker und Barbara Pammer</i>	<a href="#"><u>159</u></a>
Kapitel 15	
Instrumente Sozialer Diagnostik	
<i>Raphaela Sprenger, Thomas Friedli und Ursula Hochuli Freund</i>	<a href="#"><u>167</u></a>
Kapitel 16	
Soziale Diagnostik und Gesamt- bzw. Teilhabepanung	
<i>Dieter Röh und Claudia Spindler</i>	<a href="#"><u>177</u></a>

---

## Teil IV

### Konzepte und Methoden der Intervention

#### Kapitel 17

Professionelle Beziehungsgestaltung und Milieuarbeit

*Silke Birgitta Gahleitner, Julia Gebrande und Ralph Viehhauser* [189](#)

#### Kapitel 18

Beratung

*Dietrun Lübeck, Marion Mayer und Karlheinz Ortman* [199](#)

#### Kapitel 19

Psychosoziale Beratung

*Sandra Wesenberg, Annett Kupfer, Christine Kröger,  
Frank Nestmann und Silke Birgitta Gahleitner* [207](#)

#### Kapitel 20

Soziale Gruppenarbeit

*Ute Antonia Lammell und Eva Wunderer* [217](#)

#### Kapitel 21

Sozialtherapie

*Dario Deloie, Ute Antonia Lammell und Dieter Röh* [225](#)

#### Kapitel 22

Soziale Netzwerkarbeit und Supportinterventionen

*Annett Kupfer und Frank Nestmann* [235](#)

#### Kapitel 23

Psychosoziale Traumaarbeit, Traumapädagogik und Traumaberatung  
als Handlungsfeld Klinischer Sozialarbeit

*Andrea Basedow, Silke Birgitta Gahleitner, Julia Gebrande und  
Heiner van Mil* [245](#)

#### Kapitel 24

Krisenintervention

*Wolf Ortiz-Müller* [255](#)

#### Kapitel 25

Klinisch-Sozialarbeiterisches Case Management

*Lisa Große und Grit Annemüller* [265](#)

#### Kapitel 26

Angehörigenarbeit

*Christine Kröger, Lisa Große und Gernot Hahn* [275](#)

## Kapitel 27

Hard-to-reach: Niedrigschwelligkeit als Handlungs- und Orientierungskonzept

*Karsten Giertz, Manuela Grötschel und Lisa Große*

[327](#)

## Kapitel 28

Die Bedeutung von Erfahrungswissen

*Julia Gebrande, Dietrun Lübeck, Mihajlo Rašković,*

*Thomas Schlingmann und Peter Vorndran*

[327](#)

## Kapitel 29

Sozialraumorientierung

*Dieter Röh*

[309](#)

**Teil V****Arbeitsfelder und Zielgruppen**

## Kapitel 30

Kinder- und Jugendhilfe

*Christopher Romanowski-Kirchner, Manuela Grötschel,*

*Gerhard Klug, Norbert Beck und Ursula Hochuli Freund*

[321](#)

## Kapitel 31

Menschen mit psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen in der Gesundheitsversorgung

*Christine Kröger, Eva Wunderer, Karsten Giertz und Marion Locher*

[331](#)

## Kapitel 32

Gesundheitsversorgung von Menschen mit somatischen Erkrankungen

*Maren Bösel, Kerstin Krottendorfer, Alexander Thomas*

*und Ingo Müller-Baron*

[341](#)

## Kapitel 33

Rehabilitation und Teilhabe

*Dieter Röh, Claudia Spindler und Christoph Walther*

[351](#)

## Kapitel 34

Klinische Sozialarbeit im Feld der Suchthilfe

*Rita Hansjürgens und Ute Antonia Lammel*

[361](#)

## Kapitel 35

Familien-, Erziehungs- und Paarberatung

*Mathias Berg, Christine Kröger, Michael Vogt und Thomas Köhler-Saretzki* [373](#)

---

Kapitel 36 Justiznahe Sozialarbeit <i>Gernot Hahn, Danny Ochs und Johannes Lohner</i>	<a href="#"><u>383</u></a>
---	----------------------------

## **Teil VI**

### **Künftige Entwicklungen „Quo Vadis“**

Kapitel 37 Forschung in der Klinischen Sozialarbeit: Bestandsaufnahme und Aufgaben <i>Silke Birgitta Gahleitner und Vera Taube</i>	<a href="#"><u>395</u></a>
---	----------------------------

Kapitel 38 Professionalisierung: Entwicklungslinien und Zukunftsaufgaben Klinischer Sozialarbeit <i>Christine Kröger, Dieter Röh und Silke Birgitta Gahleitner</i>	<a href="#"><u>407</u></a>
---	----------------------------

Kapitel 39 Aktuelle Herausforderungen und zukünftige Entwicklungsfelder der Klinischen Sozialarbeit <i>Karsten Giertz</i>	<a href="#"><u>419</u></a>
--	----------------------------

<b>Autor:innenverzeichnis</b>	<a href="#"><u>429</u></a>
-------------------------------	----------------------------

# Kapitel 1

## Einleitung

Silke Birgitta Gahleitner, Julia Gebrande, Karsten Giertz,  
Christine Kröger, Dieter Röh und Eva Wunderer

„Klinische Sozialarbeit bedeutet also keine medizinische Engführung und auch keine Therapeutisierung, sondern betont die Alltags- und Lebensweltorientierung im Sinne der (psycho-)sozialen Beratung und Behandlung, d. h. in ganzheitlicher Sicht auf die personale und soziokulturelle Situation der Klienten“ (Pauls & Mühlum, 2005, S. 8).<sup>1</sup>

Klinische Sozialarbeit<sup>2</sup> hat innerhalb der Sozialen Arbeit eine lange Tradition. Bereits Richmond (1917) und Salomon (1926) begründeten die Kultur der „direct practice“ mit klinisch geprägter Zuwendung zu benachteiligten und beeinträchtigten Menschen. Die Entwicklung wurde während des Nationalsozialismus allerdings unterbrochen. In den vergangenen 25 Jahren hat sich innerhalb der Disziplin und Profession der Sozialen Arbeit im deutschsprachigen Raum Klinische Sozialarbeit aufgrund von Praxiserfordernissen erneut als Fachsozialarbeit herausgebildet und stetig weiterentwickelt. 2001 publizierten 19 Hochschullehrer:innen ein „Plädoyer für klinische Sozialarbeit als Fachgebiet der Sozialen Arbeit“ (Mühlum, 2001), die Sektion Klinische Sozialarbeit in der

- 
- 1 An dieser Stelle sei auch ein Hinweis zur „Benennungskultur“ eingefügt, die auch den interdisziplinären Gesamtcharakter der Publikation verdeutlicht. Das Spektrum psychosozialer Arbeit hat eine Reihe von Begriffskulturen hervorgebracht, die sich aus dem unterschiedlichen Verständnis der Bezugsdisziplinen speisen und Hinweise auf Asymmetrien im Professionsverständnis geben, wie z. B. Patient:innen, Klient:innen, Kund:innen, Nutzer:innen, Adressat:innen, Akteur:innen. In diesem Handbuch wird eine Verknüpfung der verschiedenen Arbeitsbereiche inklusive ihrer jeweiligen Kulturen und Begrifflichkeiten angestrebt. Daher werden – zur besseren Verständigung – alle genannten Begriffe entlang ihrer jeweiligen Kontexte in der Arbeit verwendet und damit der Versuch unternommen, unter den verschiedenen Herangehensweisen eine gegenseitige Anschlussfähigkeit zu schaffen.
  - 2 Sowohl innerhalb der Sektion Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit als auch in unserer Herausgeber:innengruppe wurde diskutiert, ob eine Benennung in „Klinische Soziale Arbeit“ sinnvoll sei. Zum einen, um anschlussfähig zu sein an den internationalen Begriff der „clinical social work“, und zum anderen, um zu verdeutlichen, dass die Klinische Soziale Arbeit als Fachsozialarbeit innerhalb des deutschsprachigen Diskurses ein Teil von Sozialer Arbeit insgesamt als Wissenschaft und Profession ist. Da diese Diskussion aber erst am Anfang steht, haben wir uns zum jetzigen Zeitpunkt gegen eine neue Benennung entschieden.

Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit wurde gegründet und es folgten der Aufbau und die Etablierung von mittlerweile mehr als 20 Studiengängen in diesem Themenkreis.

Zahlreiche Monografien und Sammelbände sowie unzählige Zeitschriftenbeiträge der Klinischen Sozialarbeit und eine gleichnamige Zeitschrift dokumentieren die akademische Auseinandersetzung mit dieser Fachsozialarbeit (u. a. Deloie, 2011; Dörr, 2002; Gahleitner & Hahn, 2008, 2009, 2010, 2012; Gahleitner et al., 2013, 2014; Mühlum, 2001, 2005; Mühlum & Gahleitner, 2010; Ortmann & Röh, 2008; Pauls, 2004/2013; Pauls et al., 2013; Schaub, 2008; aktuell u. a. Bösel & Gahleitner, 2020; Buttner et al., 2018; Giertz et al., 2021; Kröger et al., 2022, 2023; Lammel & Pauls, 2017; Ortmann et al., 2017; Pauls & Gahleitner, 2022; Sommerfeld et al., 2016). Auch wenn es an einigen Stellen noch Entwicklungsbedarf gibt und die Klinische Sozialarbeit in manchen Arbeitsfeldern ihr Potenzial noch nicht ausschöpfen konnte, kann aktuell von einem gesicherten Wissenskorpus und einer breit gefächerten Praxis gesprochen werden.

Die Entwicklung und Profilierung der Klinischen Sozialarbeit ist somit relativ schnell vorangeschritten. Auch fach- und berufspolitisch ist eine Reihe von Initiativen entstanden, die die Auseinandersetzung mit klinischen Fragen in Forschung und Praxis ermöglichen, z. B. im Rahmen des European Centre for Clinical Social Work (ECCSW; Große et al., 2022). Als wichtiges Publikationsorgan erscheint seit 2005 die Zeitschrift „Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung“ (<https://dvsg.org/veroeffentlichungen/fachzeitschriften/ausgaben-klinsa>), regelmäßig werden Fachtagungen zur Klinischen Sozialarbeit und zur Sozialen Diagnostik durchgeführt (für weitere Aktivitäten vgl. auch Ortmann & Röh, 2022, S. 153), Forschungsaktivitäten sowie Promotionsförderungen haben sich in den letzten Jahren intensiviert (Gahleitner, 2022).

Allerdings halten Ortmann und Röh (2022) zu Recht kritisch fest, dass es bislang nicht gelungen ist, Einheitlichkeit zu entwickeln. Da der eigenständige – soziale und ganzheitliche – Behandlungsanspruch konstitutiv und identitätsstiftend für die Klinische Sozialarbeit ist, besteht hier tatsächlich „Nachholbedarf“ (Ortmann & Röh, 2022, S. 155). Immerhin stehen wir vor aktuellen gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen (z. B. Corona-Pandemie, Energie- und Klimakrise), die die soziale Ungleichheit verschärfen und damit eine sozialtherapeutische Perspektive in der Gesundheitsversorgung ebenso wie eine gesundheitsbezogene Perspektive im Sozialwesen umso wichtiger werden lassen. Gleichzeitig führen gesundheitspolitische Veränderungen (z. B. das Gesetz zur Reform der Psychotherapieausbildung, das im September 2020 in Kraft getreten ist) dazu, dass therapeutische Hilfen für stark marginalisierte und komplex belastete Menschen noch schwerer erreichbar werden.

Entlang der aktuellen Entwicklung der mannigfaltigen Publikationslandschaft in diesem Gebiet schien es an der Zeit, Übersichten unter Einbezug

der zentralen Vertreter:innen zu schaffen und erstmals die verschiedenen theoretischen, konzeptionellen, ethischen und methodischen Grundlagen einer Klinischen Sozialarbeit in Deutschland (und den Nachbarländern) zusammenzuführen. Diese Aufgabe soll das vorliegende Handbuch übernehmen und der Profession die Möglichkeit geben, auf den bisherigen Wissensstand hinsichtlich ihrer Praxis sowie der wissenschaftlichen Weiterentwicklung zurückzugreifen, also sowohl bestehende Forschungsergebnisse aufzuzeigen als auch zukünftige Forschungsbedarfe zu benennen. Als Herausgeber:innengruppe wurde für eine möglichst breite Basis der Publikation die Sektion Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit gewählt, über die die Szene der in Wissenschaft und Praxis Aktiven derzeit am besten abgebildet werden kann.

Das Buch gliedert sich in sechs Abschnitte:

Die Kapitel des ersten Abschnitts verdeutlichen das *(Selbst-)Verständnis Klinischer Sozialarbeit*: Zu diesem Zweck wird zunächst die Entstehung und Entwicklung dieser Fachsozialarbeit nachgezeichnet und der besondere prozessuale Zugang klinisch-sozialarbeiterischen Handelns herausgearbeitet. Darüber hinaus werden internationale Entwicklungen aufgezeigt und eine ethische ebenso wie eine kritische Perspektive eröffnet.

Der zweite Abschnitt ist den *zentralen theoretischen Bezugslinien Klinischer Sozialarbeit* gewidmet. Die theoretische Fundierung umfasst vor allem Ansätze, die die Bedeutung sozialer Erfahrungen für Gesundheits- und Krankheitsprozesse hervorheben.

Der dritte Abschnitt fokussiert *Konzepte und Methoden der Diagnostik*. Nach einer grundlegenden Einführung zur Bedeutung Sozialer Diagnostik werden Konzepte, Instrumente und Verfahren der Diagnostik und Teilhabeplanung anwendungsbezogen vorgestellt und eingeordnet.

Im vierten Abschnitt wird das breite Spektrum *sozialklinischer Interventionskonzepte und Methoden* deutlich: Ausgehend von einer professionellen Beziehungsgestaltung und Milieuarbeit, die Dreh- und Angelpunkt gelingender Klinischer Sozialarbeit ist, werden zentrale Interventionen dargestellt (z. B. Beratung, Sozialtherapie, Netzwerkarbeit, Krisenintervention).

Der fünfte Abschnitt orientiert sich an ausgewählten *Arbeitsfeldern*, in denen sich klinische Aufgaben stellen: Neben Kinder- und Jugendhilfe werden Gesundheitsversorgung, Rehabilitation und Teilhabe, Suchthilfe, Familienberatung und justiznahe Sozialarbeit beleuchtet.

Den Abschluss bildet ein Ausblick auf die *zukünftige Entwicklung* sowie weitere Themen, die für die Klinische Sozialarbeit relevant sind oder werden. Wir hoffen, dass wir entlang der breiten Aufstellung Wissenschaftler:innen der Klinischen Sozialarbeit wie auch Praktiker:innen einen fundierten Einblick in den State of the Art und die aktuellen Entwicklungen bieten können. Studierende der Sozialen Arbeit können sich mit dem Handbuch ebenfalls einen

Teil I  
(Selbst-)Verständnis  
Klinischer Sozialarbeit

Im Folgenden wird die Geschichte der Klinischen Sozialarbeit unter ausgewählten Aspekten betrachtet: 1. Aufbruch an der Jahrtausendwende, 2. Gesundheitsbezogene Fürsorge/Wohlfahrtspflege, 3. Clinical Social Work, 4. Institutionalisierung, 5. Fachlich-inhaltliche Entwicklung und 6. Ausblick.

## **1 Aufbruch an der Jahrtausendwende: die klinisch-soziale Perspektive**

Die Klinische Sozialarbeit im deutschsprachigen Raum hat sich seit den 1990er-Jahren zu einer Fachsozialarbeit (Mühlum & Gahleitner, 2008) entwickelt, die auf die Förderung, Verbesserung und den Erhalt der Gesundheit und damit auf die soziopsychische Funktionsfähigkeit und die Gesundheit von Einzelnen, Familien und Gruppen abzielt. In der Systematik Sozialer Arbeit tangiert dies sowohl die grundlegende Bemühung um Qualifizierung und Professionalisierung (Professionsdebatte) als auch die fortschreitende Spezialisierung (Binnendifferenzierung) und die theoretische Fundierung der Sozialarbeit (siehe auch Sozialarbeitswissenschaft, Mühlum, 2004). Die Entwicklung von spezialisierten fachlichen Profilen im Sinne von Fachsozialarbeiten führte vor allem im Hinblick auf die Klinische Sozialarbeit zu teils heftigen Kontroversen (siehe Kapitel [29](#)). Dabei ist zu betonen, dass die Protagonistinnen und Protagonisten der Klinischen Sozialarbeit (wie auch in den USA der Clinical Social Work) sich ausdrücklich auf der Grundlage der Sozialarbeitsprofession verorten (Montairo, 2021). Wir folgen der aktuellen Positionierung von Barsky (2017a, o. S.):

„The tensions between clinical and nonclinical social work have existed since the times of Jane Addams and Mary Richmond. Although different social workers may prefer one form of social work over another, we are one profession with a dual interest – promoting the well-being of particular clients, while also promoting the well-being of the broader society“.

In diesen epochalen Prozessen der Differenzierung der Profession war die Klinische Sozialarbeit zugleich Nutznießerin und Motor der Entwicklung, was sich insbesondere in der frühen Etablierung als Fachsozialarbeit ausdrückt – einem Qualifikationsmerkmal, um das in anderen sozialberuflichen Feldern noch gerungen wird. Zum Aufbruch im Einzelnen: Mit der Gründung einer wissenschaftlichen Einrichtung für Klinische Sozialarbeit nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Fachhochschule Coburg 1993 (IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit), der durch Wendt (1995) erhobenen Forderung nach einem fachlichen ‚Profil‘ für die Klinische Sozialarbeit, der durch die Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) formulierten ‚Positionsbestimmung Sozialarbeit und Gesundheit‘ (Mühlum et al., 1998) mit einer besonderen Betonung der

Gesundheitsförderung und dem 2001 von 19 Hochschullehrerinnen und Hochschullehrern publizierten ‚Plädoyer für Klinische Sozialarbeit als Fachgebiet der Sozialen Arbeit‘ (Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit/AK Sozialarbeit & Gesundheit, 2001) sowie der von Feinbier (1997) publizierten ersten Monografie wurde die Notwendigkeit einer besonderen Fachlichkeit für die Arbeit mit Menschen in besonders schwierigen Beziehungs- und Behandlungskontexten proklamiert. Damit sollte die Profession dem aus einem biopsychosozialen Gesundheitsverständnis entstehenden Bedarf an einer vertieft spezialisierten sozialarbeiterischen bzw. sozial-klinischen (Mit-)Behandlung gerecht werden (Pauls & Mühlum, 2004). Daraus ergibt sich der Anspruch der Klinischen Sozialarbeit, in der konkreten Lebenssituation zu einer besser gelingenden Passung zwischen der Person und ihren vielfältigen sozialen Bezügen beizutragen. Diese Klinische Sozialarbeit als Handlungslehre psychosozial beratender, intervenierender und (sozial-)therapeutischer Fallarbeit ist inzwischen auf vielen Feldern der professionellen Sozialen Arbeit zu finden: u. a. im Rahmen der Rehabilitation, der Schulsozialarbeit, der Jugendhilfe, der Psychiatrie, der Suchtkrankenhilfe, der Resozialisierung und Forensik, der Krankenhaussozialarbeit und anderer sozial-gesundheitlicher Dienste (vgl. die zehnbändige Reihe „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“, hrsg. von Homfeldt & Mühlum, 2004–2006). Zu nennen ist auch der Bezug zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, sind hier doch in vielen Fällen Übergänge zur Jugendhilfe und erzieherischen Interventionen notwendig, die zunehmend als Schnittstellenproblematik erkannt wurden und nach klinischer Expertise verlangen (u. a. Bärwald, 2014; Gahleitner & Borg-Laufs, 2007; Heekerens, 2008; Pauls, 2008; Romanowski-Kirchner, 2021, 2022; Zurhorst, 2010). Die klinisch-soziale Perspektive war somit an der Jahrtausendschwelle zu einem vertrauten Thema geworden, das der inhaltlichen Ausgestaltung und institutionellen Verankerung bedurfte.

## **2 Vorgeschichte: gesundheitsbezogene Fürsorge/ Wohlfahrtspflege**

Gesundheit und Krankheit waren stets Themen beruflicher Fürsorge, zunächst eher implizit im Problemkomplex Armenpflege, dann auch in spezifischen Berufsfeldern wie Krankenhaus oder Gesundheitsamt. So gab es schon in den 1920er-Jahren dutzende Sonderfürsorgebereiche der Wohlfahrtspflege, die auch spezifische Krankheits- bzw. Störungsbilder betrafen (Dünner, 1929). Ungeachtet der zeitgenössischen Begrifflichkeit wie z. B. Krüppelfürsorge und Psychopathenfürsorge waren dies bemerkenswert frühe gesundheitsbezogene Aufgabenbereiche, die einer dezidierten ‚Gesundheitsfürsorge‘ den Weg bahnten. Für nicht wenige überraschend, wurden diese frühen fachlichen Entwicklungen aus den USA und aus Deutschland in der bundesrepublikanischen

Professionsdebatte wieder aufgenommen. Sie hatten eine lange ‚vergessene‘ Grundlage gelegt (Salomon, 1926; Wronsky & Salomon, 1926; Wronsky et al., 1932), die ungeachtet mancher Widerstände nach 1945 anschlussfähig war – auch im psychoanalytischen Kontext. Alle diese Entwicklungen waren in Deutschland und Österreich durch den Nationalsozialismus jäh unterbrochen worden. Die ‚Fürsorge‘ war als ‚Volkswohlfahrtspflege‘ in die faschistische Selektions- und Vernichtungspraxis gegenüber psychisch kranken, behinderten und/oder sozial auffälligen Menschen verstrickt. Somit war auch die Weiterentwicklung eines sozialtherapeutischen Profils – Soziale Diagnose und Soziale Therapie in der Sprache der Pionierinnen – unmöglich geworden. Eine Zäsur, die durch Verfolgung und Emigration der Protagonistinnen noch verschärft wurde. Dies führte zu nachhaltigen Verzögerungen und Beeinträchtigungen der Nachkriegsentwicklung von Disziplin und beruflicher Position der Sozialen Arbeit in Deutschland mit einer verbreiteten Skepsis gegenüber *sozial*gesundheitlichen Aktivitäten ‚von Staats wegen‘ – u. a. bezüglich der Sozial- und Gesundheitsämter und auch in der Psychiatrie (siehe Kapitel 6).

Die dennoch fortschreitende Binnendifferenzierung stellte – im Spannungsbogen von Generalisierung und Spezialisierung – schon an ‚klassische‘ funktionale Einsatzbereiche wie Jugendhilfe und Sozialhilfe spezifische Anforderungen, umso mehr an spezialisierte Teilbereiche im Gesundheitswesen, das sich seinerseits immer stärker ausdifferenzierte. Mit der WHO-Gesundheitsagenda wurde *Gesundheitsförderung* zu einem neuen Leitthema, auch im Zusammenhang mit Armut, Benachteiligung und prekären Lebenslagen. Die Soziale Arbeit bekräftigte in diesem Kontext ihren professionellen Anspruch: zunächst entlang der bekannten Professionskriterien wie akademische Ausbildung, Berufsethik, berufsständische Vertretung, Lizenzierung und fachliche Autonomie, danach flexibler mit der Betonung von *Professionalität*, verstanden als Selbstreflexivität auf höherem Niveau (zur professionstheoretischen Einordnung: Mühlum & Gahleitner, 2008, 2010). Festzuhalten bleibt: Auf dem Weg vom Beruf zur Profession wurde fast durchgängig um die richtige Art und Tiefe der fachlichen Kompetenz gerungen, im Hinblick auf Gesundheitsfragen wohl mit besonderer Intensität und Rivalität.

### 3 Vorbild: Clinical Social Work

Die in den Gründungsjahren der Klinischen Sozialarbeit in Deutschland grundlegende Bezugnahme auf die Clinical Social Work in den USA (Dorfman, 1996; vgl. Pauls, 2004/2013a) war das neue historische Fundament. Bereits Richmond (1917) und Salomon (1926) entwarfen die ‚direct practice‘ mit klinisch bzw. sozialtherapeutisch geprägter sozialer Hilfe für erkrankte, benachteiligte und beeinträchtigte Menschen. Sie lenkten damit die Aufmerksamkeit auf

die Wechselwirkungen zwischen dem Individuum und seinem Umfeld (vgl. Brandell, 1997; Richmond, 1917). Abbott (1931) – Professorin an der University of Chicago – soll als erste neben dem Begriff einer Medical Social Work den Begriff der Clinical Social Work verwendet haben. Einen wichtigen Beitrag zur Identität der Clinical Social Work leistete die ‚funktionale‘ Schule des US-amerikanischen *social casework*, mit ihren Begründerinnen Robinson (1930) und Taft sowie deren Mentor Rank. Diesem Ansatz hat die Klinische Sozialarbeit viele Impulse zu verdanken. Sie erscheinen heute z. B. in der Betonung der „Prozessqualität von Kurzzeit-Hilfeleistungen, die durch Reflexion und Supervision gesichert werden soll“ (Pantuček, 1998, S. 36). Es verwundert deshalb nicht, dass Rank in der Neuentwicklung der Klinischen Sozialarbeit wieder entdeckt wurde (Geissler-Piltz et al., 2005; Ohling & Heekerens, 2004; Pauls, 2004/2013a).

Die Bezeichnung Clinical Social Work (CSW) als explizites fachliches und berufspolitisches Profil tauchte in den USA Ende der 1960er-Jahre auf. 1971 wurde die National Federation of Societies for Clinical Social Work (NFSCSW) gegründet, heute Clinical Social Work Association (CSWA). 1978 erfolgte die Anerkennung der Clinical Social Work durch die National Association of Social Work (NASW) als eigene spezialisierte Profession. Richtlinien für die Ausbildung und die Praxis wurden festgelegt. Es gibt seit 1973 die Fachzeitschrift „Clinical Social Work Journal“. Eine erste allgemeine Definition Klinischer Sozialarbeit in den USA schlug die NFSCSW 1977 vor, 1989 erfolgte eine Einigung mehrerer einflussreicher Organisationen auf eine gemeinsame Gegenstandsbestimmung. Clinical Social Worker müssen in allen fünfzig Bundesstaaten die Anerkennung als ‚Licensed Clinical Social Worker‘ erwerben. Voraussetzung ist die Erfüllung strenger Kriterien hinsichtlich ihrer Aus- und Weiterbildung – einschließlich ihrer Praxiserfahrungen in Form einschlägiger Tätigkeiten in der Gesundheitsversorgung unter mindestens zweijähriger Supervision – *nach* einem Masterabschluss in Social Work mit Klinischer Spezialisierung und einer erfolgreichen Prüfung („CSW Exam“ bei der Association of Social Work Boards). Staatlich lizenziert, werden sie zugelassen zur *Behandlung* (assess, diagnose, and treat) (Graziano, 2006). Sie haben dann umfangreiche, gesetzlich festgelegte Berechtigungen (Barsky, 2017b). Die National Association of Social Work (NASW) veröffentlichte 2005 die „NASW Standards for Clinical Social Work in Social Work Practice“, die ethische Richtlinien und Standards für die Berufspraxis umfassen (NASW, 2005) und für die Entwicklung in Deutschland genutzt werden können.

## 4 Institutionalisation nach der Jahrtausendwende

Auf die in Kapitel 1 skizzierte Aufbruchs- und Gründungsphase der 1990er-Jahre folgte nach der Jahrtausendwende die Konsolidierung der ersten (Modell-) Projekte mit weiterem Ausbau und dauerhafter Etablierung von Einrichtungen mit klinisch-sozialem Profil. Hervorgehoben sei die Rolle der Hochschulen, die mit Einführung der Bachelor- und Masterabschlüsse einen Modernisierungsschub für die Soziale Arbeit in Deutschland bewirkten (Mühlum, 2000), der vonseiten der Klinischen Sozialarbeit umgehend genutzt wurde. Nach dem Start des ersten berufsbegleitenden Masterstudiengangs in Klinischer Sozialarbeit an der Hochschule Coburg 2001 – und dessen Weiterführung und -entwicklung in Kooperation mit der Alice-Salomon-Hochschule Berlin seit 2003 – wurden an weiteren Hochschulen entsprechende Masterstudiengänge gestartet, u. a. in Berlin (Katholische Hochschule), Landshut, Nordhausen, Aachen, Wien, Olten/Schweiz. Sie wurden ab 2004 erfolgreich akkreditiert und immer wieder reakkreditiert (siehe auch Mühlum & Gahleitner, 2010). Im Jahre 2022 können 20 einschlägige, d. h. gesundheits- und fallarbeitsbezogene Masterstudiengänge (auch wenn nicht immer als ‚klinisch‘ bezeichnet) gezählt werden, die ihren Absolventinnen und Absolventen hervorragende Berufschancen eröffnen, vor allem aber die Versorgungslage für sozial benachteiligte Personen und Gruppen verbessern. Nicht unerwähnt bleiben darf, dass von einer Reihe von Hochschulen klinische Vertiefungen im Rahmen von Bachelorstudiengängen eingerichtet sowie Professuren mit klinisch-sozialarbeiterischem Profil geschaffen wurden.

Vor diesem Hintergrund erfolgten weitere Gründungen und Einrichtungen, die insbesondere in ihrer wechselseitigen Bezugnahme und Kooperation zur Institutionalisierung beitragen:

- 2003 – Gründung der „Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)“, mit Unterstützung durch die „Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA)“ und die „Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus“ (heute: „Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Gesundheitswesen – DVSG“).
- 2005 – Erste Fachtagung für Klinische Sozialarbeit in Coburg; zeitgleich Gründung der Zeitschrift „Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung“ als Kooperationsprojekt zwischen der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit im Gesundheitswesen, der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) und der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS).
- 2007 – Gründung des bereits erwähnten „European Center for Clinical Social Work (ECCSW)“, seitdem regelmäßige Fachtagungen und Forschungsprojekte in der Regie beteiligter Hochschulen aus Österreich, der Schweiz

und Deutschland und dem ECCSW sowie der DGSA, Sektion Klinische Sozialarbeit.

- Seit 2010 – hochschulübergreifende Promotionsprojekte mit klinisch-sozialer Thematik, die zur Theorieentwicklung beitragen und die Lehre befruchten (Borde et al., 2021; Schmitt & Liel, 2021).

Von besonderer berufspolitischer Bedeutung ist die Zertifizierung Klinischer Sozialarbeiter:innen, die zunächst von der ZKS und seit 2012 vom ECCSW verantwortet wird – perspektivisch für unterschiedliche Qualifikationsstufen/Ausbildungslevel, die anschlussfähig ans internationale CSW sind (siehe Kapitel 4).

Die zwar noch längst nicht abgeschlossene, aber fortschreitende Institutionalisierung der Klinischen Sozialarbeit zeigt sich nicht nur durch einschlägige Einrichtungen und Aktivitäten, sondern auch in einer zunehmend selbstbewussten Scientific Community, die Lehre und Forschung weiterentwickelt und in regem Austausch steht – wohl wissend, dass die Institutionalisierung Klinischer Sozialarbeit kein Selbstzweck ist, sondern die Voraussetzung einer angemessenen Versorgung für marginalisierte Menschen in prekären Verhältnissen. Es geht um eine ‚integrierte Versorgung‘, die die Erkenntnis der Interdependenz somatischer, psychischer und sozialer Faktoren fachlich *nutzt* – eine ebenso schwierige wie notwendige Aufgabe im medizindominierten Gesundheitswesen.

## 5 Fachlich-inhaltliche Entwicklung

Die fachlich-inhaltliche Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit wurde und wird neben den Bedarfen der Praxis von theoretischen Überlegungen und empirischen Befunden getragen, die die herausragende Bedeutung von (psycho-)sozialen Faktoren auf Gesundheits- und Krankheitsprozesse untermauern (seinerzeit bereits nachdrücklich eingefordert von der World Health Organization [WHO], 2001; Röh, 2020; zusammenfassend für die gesundheitspolitische Bedeutung: Rutz & Pauls, 2017/2020; auch Sting & Zurhorst, 2000).

### 5.1 Biopsychosozialer Ansatz

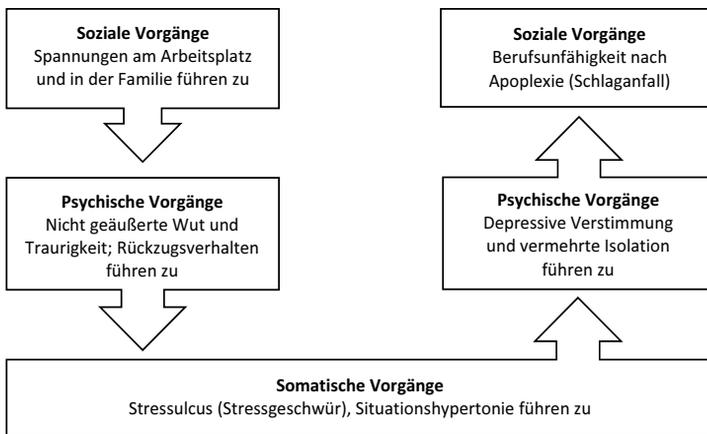
Von Anfang an war das biopsychosoziale Grundverständnis systematisch Bestandteil Klinischer Sozialarbeit in den verschiedensten Arbeitsfeldern mit besonderen Gesundheitsproblematiken (siehe Kapitel 7). Eine fundierte wissenschaftstheoretische Grundlegung des biopsychosozialen Modells generell und speziell für die Soziale Arbeit ist Obrecht (2005) zu verdanken. Fundamental

geht es um die Einbeziehung der Sozialarbeitsprofession in die Gesundheitsversorgung mit dreifacher Perspektive:

- Merkmale der Umwelt bzw. Lebenswelt der Menschen (sozial, sozioökologisch),
- Merkmale der individuellen, persönlichen Erfahrung (psychologisch) und
- Merkmale der Körperlichkeit (biologisch),

vor allem aber fokussiert auf die Interaktion zwischen den dreien (vertiefend Gahleitner et al., 2013; Pauls, 2013b, 2021; Schaub, 2008) (siehe Abbildung 1).

Abb. 1: Exemplarische biopsychosoziale Wechselwirkungen



(Darstellung in Anlehnung an Schaub, 2008, aus Pauls 2019, S. 7)

Dieses biopsychosoziale Grundverständnis (Engel, 1977) verweist auch darauf, dass neben den biomedizinischen und psychologisch-psychotherapeutischen Zugängen zur Gesundheitsversorgung in vielen Problemfällen der Primärzugang durch einen sozialen Dienst erfolgt, der nicht selten auch die Behandlungsführung übernehmen muss oder der zu einer sekundären Beteiligung von Klinischer Sozialarbeit an der Behandlung führt (vgl. Ortman & Röh, 2012; Pauls, 2004/2013; Wendt, 1995). Ein primär biologisch-somatisch geprägtes Verständnis von Krankheit und Störung, wie es in der Medizin und der Psychiatrie vorherrscht, wird so in einen soziopsychobiologischen Kontext transformiert. Ohne das Arsenal an Diagnose- und Interventionsmethoden der Klinischen Sozialarbeit wird die soziale Dimension in der Gesundheitsversorgung nur unterkomplex wahrgenommen und tatsächlich wurde sie in der psychiatrischen Behandlung wie auch in der Gesundheitsversorgung insgesamt unterschätzt (Kröger, 2020).

## 5.2 Forschung und Publikationen

Die Anerkennung sozialer und soziopsychobiologischer Wirkfaktoren bei Genese, Ausprägung, Verlauf, Prävention und Behandlung (einschließlich Rehabilitation) von Erkrankungen und insbesondere psychischen Störungen findet im biopsychosozialen Gesundheitsverständnis der WHO (schon 2001, spezifisch vertieft im Rahmen der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2005; vgl. auch Dettmers, 2017) und in den interprofessionellen Handlungsansätzen der modernen Psychiatrie ihren Ausdruck (Egger, 2005; Sommerfeld, 2019; Sommerfeld et al., 2016). Wendt betonte bereits in seinem Plädoyer für ein sozialklinisches Profil (Wendt, 1995) die Kompetenz der Sozialen Arbeit, bei der Behandlung psychischer und somatischer Krankheiten und Störungen nicht nur mitzuwirken, sondern im Rahmen dieser (Mit-)Behandlung *selbstständig* zu handeln. Auf theoretischer Ebene gehören neben dem biopsychosozialen Modell insbesondere Sozialisierungstheorien, Bindungstheorie, Theorien der Identitätsentwicklung, der Sozialen Unterstützung sowie der psychosozialen Beratung, Sozialtherapie, Sozialpsychiatrie und der Psychotherapie zu den Grundlagen. Zentrale Inhalte sind:

- an Gesundheit und Krankheitsprozessen (Pathogenese und Salutogenese) beteiligte Merkmale der ökonomischen Benachteiligung und Armut, der sozialen Diskriminierung sowie der Soziogenese und Sozialpathologie von Erkrankungen im Rahmen eines erweiterten, in der Lebenswelt verankerten Gesundheits- und Krankheitsverständnisses (Ortmann & Röh, 2012),
- die soziale, soziopsychische und sozialtherapeutische Beratung (vgl. Pauls & Stockmann, 2013), Intervention und Mitbehandlung durch die Klinische Sozialarbeit im Zusammenhang (dys)funktionaler und struktureller Merkmale der Lebenssituation von Menschen (Lebensführung, Lebenslage, Teilhabe, Lebensplanung).

Die beiden Dimensionen bilden Schwerpunkte der Forschungs- und Publikationsaktivitäten, die seit 2000 in großer Zahl erfolgten, hier eine *unvollständige* Auswahl:

- *Monografien und Sammelbände* (in der Reihenfolge ihrer Erstausgabe): Zurhorst, 2000; Dörr, 2002; Gödecker-Geenen & Nau, 2002; Pauls, 2004/2013; Geißler-Plitz et al., 2005; Gahleitner & Hahn, ab 2008 als Herausgeber von sieben Bänden der Buchreihe „Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung“; Schaub, 2008; Ortmann & Röh, 2008; Deloie, 2011; Franzkowiak et al., 2011; Ningel, 2011; Pauls et al., 2013; Hahn & Pauls, 2015; Sommerfeld et al., 2016; Gahleitner, 2017; Lammel & Pauls, 2017/2020; Ortmann,

- 2018; Dettmers & Bischkopf, 2019; Bösel & Gahleitner, 2020; Gahleitner, 2020; Giertz et al., 2021; Große & Gahleitner, 2021; Steiner & Erhard, 2021.
- *Zeitschriftenbeiträge*: seit 2005 erschienen in bisher 60 Ausgaben der Zeitschrift *Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung* sowie in anderen Zeitschriften eine große Zahl von Fachartikeln und zahlreiche wissenschaftliche Forschungsarbeiten; wiederum nur beispielhaft seien erwähnt: Zurhorst, 2005; Ortmann, 2006; Mühlum & Gahleitner, 2010; Nestmann, 2008; Binner et al., 2010; Gahleitner et al., 2013; Reicherts & Pauls, 2015; Pauls, 2018; Ortmann & Röh, 2014, 2017; Ortmann et al., 2017; Gahleitner & Pauls, 2019; Buttner et al., 2018; Ohling, 2020; Röh, 2020; Wunderer, 2020; Giertz et al., 2021; Zurhorst, 2010; Gahleitner, 2022.
  - Eine Bestandsaufnahme der empirischen Wirkungsforschung zur Klinischen Sozialarbeit wurde jüngst von Gahleitner (2022) sowie von Rademaker und Röh (2017) publiziert. Zwar hat sich die Praxisforschung gut entwickelt, allerdings lässt der insgesamt beachtliche Forschungsstand ausgerechnet bezüglich der Wirksamkeit noch zu wünschen übrig (Lehmann, 2017/2020; Röh, 2020). Ermutigende Beispiele sind jedoch die klinisch orientierte Jugendhilfeforschung (z. B. Pauls & Reicherts, 2015) und auch die sich in den letzten 20 Jahren entwickelnde Traumapädagogik, die eine starke Verankerung in der Klinischen Sozialarbeit hat.

## 6 Ausblick

Die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit ist eine Erfolgsgeschichte, die zum großen Teil den hier erwähnten Personen und Einrichtungen in Praxis, Lehre und Forschung zu verdanken ist. Nun wird es vom Engagement der nächsten Generation von Praktiker:innen und Wissenschaftler:innen abhängen, wie die Entwicklung weitergeht. Einige kritische Ansatzpunkte sind bekannt:

Auf die noch unzureichende Anerkennung der klinisch-sozialarbeiterischen Kompetenz und Leistungsfähigkeit im Gesundheitswesen wies Röh (2020) hin. Eine wichtige perspektivische Herausforderung, diese Leistungsfähigkeit unter Beweis zu stellen, ist u. a. in der Soziotherapie nach § 37a SGB V oder der Integrierten Versorgung nach den §§ 140a SGB V zu suchen (vgl. Liessem, 2017/2020). Daher sollte weiterhin Priorität haben, die Anstellungsträger und die Gesundheitspolitik von der Bedeutung einer spezialisierten klinisch-sozialen Fachlichkeit zu überzeugen. Daran wird sich auch entscheiden, ob die Bemühungen um eine heilberufsrechtliche Regelung für Klinische Sozialarbeit im Sinne der Expertenschaft für biopsychosoziale Beratung, Behandlung und Intervention/Treatment erfolgreich sein werden. Der Weiterentwicklung würde auch eine organische Verknüpfung von Praxis und Theorie dienen, etwa durch An-Institute und Ambulanzen an Hochschulen, wo Best-Practice-Modelle

systematisch erprobt, erforscht und gelehrt werden können (vgl. „IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit“, Coburg). Überhaupt sollte dort die Relevanz klinisch-sozialer Expertise und des klinischen Profils von Disziplin und Profession betont werden. Notwendig wäre zudem eine strategisch angelegte Lobbyarbeit, die durch Absolventinnen und Absolventen dieser Studiengänge unterstützt werden sollte, deren aktive Beteiligung an einschlägigen Initiativen bis hin zur Mitgliedschaft in der Sektion Klinische Sozialarbeit und im ECCSW wünschenswert ist – auch, um das Bewusstsein der Fachöffentlichkeit für sozial-klinische und sozialtherapeutische Kompetenz und Zuständigkeit zu fördern (Ohling, 2022; Romanowski, 2012), vor allem im Hinblick auf eine Verankerung des Profils im sozial- und gesundheitspolitischen Raum. Von fundamentaler professionspolitischer Bedeutung ist schließlich eine fortschreitende fachliche Vertiefung, die in den Q-Levels schon angelegt ist, aber für eine Fachsozialarbeit auf Augenhöhe mit anderen Professionen wie Facharzt und Fachanwalt noch erheblicher Anstrengungen bedarf.

## Literatur

- Abbott, E. (1931). *Social welfare and professional education*. The University of Chicago press.
- Bärwald, C. (2014). *Bedeutung Klinischer Sozialarbeit für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Hausarbeit. Grin.
- Barsky, A. (2017a). Ethics Alive! Ethics and the Clinical/Nonclinical Distinction. *The New Social Worker*. [www.socialworker.com/feature-articles/ethics-articles/ethics-alive-ethics-and-clinical-nonclinical-distinction](http://www.socialworker.com/feature-articles/ethics-articles/ethics-alive-ethics-and-clinical-nonclinical-distinction)
- Barsky, A. (2017b). Ethics Alive! The 2017 NASW Code of Ethics: What's New? *The New Social Worker*. [www.socialworker.com/feature-articles/ethics-articles/the-2017-nasw-code-of-ethics-whats-new](http://www.socialworker.com/feature-articles/ethics-articles/the-2017-nasw-code-of-ethics-whats-new)
- Binner, U., Ortman, K. & Röh, D. (2010). Sozialtherapie als zentrale Methode Klinischer Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit*, 6(3), 12. [www.eccsw.eu/download/klinsa\\_2010-6-3\\_fulltext.pdf](http://www.eccsw.eu/download/klinsa_2010-6-3_fulltext.pdf)
- Bösel, M. & Gahleitner, S. B. (Hrsg.) (2020). *Soziale Interventionen in der Psychotherapie. Interdisziplinär und interprofessionell denken und handeln* (Reihe: Curriculum Psychotherapie). Kohlhammer.
- Borde, T., Gahleitner, S. B., Hartmann, J. & Höppner, H. (2021). Promotionen anregen, begleiten und begutachten. Ein Engagement mit Hindernissen. In B. Völter, A. Bessler, S. B. Gahleitner, G. Piechotta-Henze & A. Voss (Hrsg.), *Systemrelevant. 50 Jahre angewandte SAGE-Wissenschaften an der Alice Salomon Hochschule Berlin* (Reihe: Soziale Arbeit spezial – Schriftenreihe zur Theorie und Praxis; S. 73–76). DZI. [www.dzi.de/wp-content/uploads/2021/10/SozArb\\_Spezial-ASH\\_2021-webneu.pdf](http://www.dzi.de/wp-content/uploads/2021/10/SozArb_Spezial-ASH_2021-webneu.pdf)
- Brandell, J. R. (Hrsg.) (1997). *Theory and Practice in Clinical Sozial Work*. The Free Press.
- Buttner, P., Gahleitner, S. B., Hochuli Freund, U. & Röh, D. (2018). *Handbuch Soziale Diagnostik: Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit*. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. Lambertus.
- Deloie, D. (2011). *Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit: Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden*. Psychosozial-Verlag.

---

# Kapitel 3

## Prozessualität in der Klinischen Sozialarbeit: Diagnostik, Intervention, Evaluation

Ursula Hochuli Freund

Klinische Sozialarbeit ist befasst mit Menschen, die unter komplexen Problemen leiden und deren Leben oftmals geprägt ist von einer hohen und oft multiplen Belastung. Entsprechend anspruchsvoll ist das Gestalten einer Hilfe. Sie soll meist einen doppelten Fokus haben: die Lebenssituation verbessern und zugleich die individuellen Bewältigungsstrategien erweitern. Diese Hilfe ist verbunden mit vielfältigen Prozessen und gekennzeichnet durch das Prinzip der Prozessualität.

### 1 Soziale Prozesse, unübersichtliche Bedingungen und methodisches Handeln

Der Begriff ‚Prozesse‘ wird in vielen Disziplinen verwendet und impliziert meist die Möglichkeit, mittels Steuerung ein vorab bestimmtes Ziel zu erreichen. In der Klinischen Sozialarbeit jedoch geht es insbesondere um soziale Prozesse, also um Prozesse, die das Zusammenleben von Menschen betreffen, und so bietet sich hier eine soziologische Definition an. Ein sozialer Prozess wird verstanden als zeitliche Entität, die aufgrund von sozialen Handlungen existiert (Jansen, 2015). Nun ist es für soziale Handlungen wesentlich, dass sie vorsätzlich ausgeführt werden und eingebettet sind in ein Netz von Wünschen und Absichten (ebd.). Soziale Prozesse hingegen mögen zwar auf ein Resultat ausgerichtet sein, allerdings sind sie nicht intentional steuerbar; sie gehen – anders als Handlungen – stets mit Veränderungen einher. Soziale Prozesse entstehen also stets aus Handlungen, können selbst aber nicht direkt und zielgerichtet gesteuert werden. Für soziale Handlungen hingegen können sich klinische Sozialarbeiter:innen bewusst entscheiden. Arendt (1972/2020) hat es als die Besonderheit von jeglichem Handeln beschrieben, dass damit jeweils etwas Neues in die Welt gebracht werden könne; zugleich aber hat sie betont, dass sich die Folgen einer Handlung der Kontrolle der Handelnden entzögen und stets offenbleibe, was daraus folgt. Dass Handlungen in einem Bezug zueinander stehen, gemeinsam einen sozialen Prozess generieren und eine Dynamik entfalten, wird als Prinzip der Prozessualität bezeichnet. Prozesse in der Sozialen

Arbeit seien „verschlungen und vielfach wenig durchsichtig“, so Preis (2013, S. 176), sie würden sich auszeichnen durch Vielschichtigkeit und Komplexität.

### 1.1 Kontext des Handelns

Dieser anspruchsvolle Kontext professionellen Handelns wurde in der Literatur vielfach beschrieben. Schütze hat ‚Paradoxien des Handelns‘ (Schütze, 1992, 2021) in der Sozialen Arbeit beschrieben, Galuske (1998/2013) sowie Hochuli Freund und Stotz (2011/2021) benennen ‚spezifische Strukturbedingungen‘, die ein „widersprüchliches Gewirr von Handlungsansprüchen und Handlungs(un)möglichkeiten“ implizieren (so Galuske & Müller, 2002/2013, S. 607). Professionelles Handeln finde grundsätzlich unter der ‚Bedingung von Ungewissheit‘ statt (Preis, 2013). Dies hängt auch damit zusammen, dass bei sozialen Problemen eindeutige Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge fehlen. Luhmann und Schorr haben hierfür den Begriff ‚strukturelles Technologiedefizit‘ geprägt (Luhmann & Schorr, 1982, S. 14). Professionelles kann keiner ‚Herstellungslogik‘ (Arendt, 1972/2020, S. 262) folgen, wie etwa handwerkliche Tätigkeiten, da sich soziale Situationen und Personen nicht zielgerichtet und planmäßig verändern lassen. Auch ‚Methoden‘ professionellen Handelns werden in der Klinischen Sozialarbeit deshalb nicht als Ziel-Mittel-Technologien verstanden, sondern – in einem offenen, weiten Methodenverständnis – als „schematisierend-ordnendes Moment im Handeln“ (Thiersch, 1993, S. 24, ähnlich Galuske, 1998/2013, S. 31). Viele Autor:innen (u. a. von Spiegel, 1998/2021; Stimmer, 2000/2012) bevorzugen denn auch anstelle von ‚Methode‘ den prozessorientierten Begriff ‚methodisches Handeln‘ und verwenden oft Wege- und Landkarten-Metaphern, um deutlich zu machen, dass es dabei um eine „Orientierung in einem unübersichtlichen Gelände“ geht (Possehl, 2009, S. 27; ähnlich auch Müller, 1993/2017, S. 204; Preis, 2013, S. 184; Stimmer, 2000/2012, S. 25) (siehe Abschnitt [IV](#)).

### 1.2 Vielfältige Prozesse

Es sind viele unterschiedliche Prozesse, die in der Klinischen Sozialarbeit parallel stattfinden, miteinander verflochten sind und zu Komplexität und Unübersichtlichkeit beitragen. Dazu gehören soziale wie auch individuelle, intrapsychische Prozesse, sie betreffen einerseits das Klient:innen-, andererseits das Hilfesystem oder es sind Interaktionsprozesse, an denen beide beteiligt sind:

- *Bildungsprozesse von Klient:innen:* Auf der individuellen Ebene geht es in der Klinischen Sozialarbeit darum, Bildungsprozesse von Klient:innen anzuregen. Bildungsprozesse zeichnen sich aus durch eine „Transformation und Welt- und Selbstreferenz“ (Marotzki, 1990, S. 52, zit. n. Rotzetter, 2019, S. 40). Sie können nicht ‚verordnet‘ werden, sondern erfolgen nach einer

eigenen inneren Logik, die allenfalls von außen ‚verstört‘ werden kann (von Schlippe & Schweitzer, 2007/1996, S. 51).

- *Denk-/Reflexionsprozesse von Professionellen*: Ebenfalls auf individueller Ebene finden bei den Sozialarbeiter:innen kognitive Prozesse rund um das eigene Handeln statt (Hochuli Freund, 2017). Diese laufen üblicherweise sehr schnell ab (auf der Basis von ‚skilled intuition‘, so Kahneman, 2011, S. 185), in schwierigeren Situationen auch langsamer und explizit.
- *Soziale Interaktionsprozesse innerhalb eines Klient:innensystems*: Sie laufen eigendynamisch ab (bspw. in der Herkunftsfamilie, einem Paar), allenfalls können von Professionellen Impulse für eine andere produktivere Dynamik gesetzt werden.
- *Soziale Prozesse in sozialen Netzwerken (siehe Kapitel 10 und 22) von/für Klient:innen*: Diese Interaktionsgeflechte gilt es bei Bedarf zu initiieren und zu unterstützen, sind sie doch eine wichtige Ressource in der Klinischen Sozialarbeit (vgl. Kupfer & Nestmann, 2018).
- *Soziale Prozesse der Interaktion und Kooperation zwischen Fachkraft und Klient:in*: Sie zu gestalten, gehört zu den Kernaufgaben einer Sozialen Arbeit, insbesondere wenn diese als Beziehungsprofession (Gahleitner, 2017; siehe Kapitel 9 und 17) verstanden wird.
- *Soziale Prozesse auf der Fachebene (intra- und interprofessionell)*: Sie sind ausgerichtet auf die Reflexion, die Ausgestaltung und die Koordination von Hilfeleistungen (vgl. Hochuli Freund & Amstutz, 2015/2019).
- *Organisationale Prozesse der Fallbearbeitung*: Sie sind im Gegensatz zu den bisher genannten Prozessen steuerbar. Organisationale Prozessabläufe in Bezug auf das Erbringen von Hilfeleistungen dienen u. a. der Transparenz, der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit und der Qualitätssicherung (vgl. Preis, 2013).

### 1.3 Prozessualität

In Hinblick auf die Klinische Sozialarbeit ist festzuhalten, dass über intentionale Handlungen von Fachkräften versucht wird, Einfluss zu nehmen insbesondere auf soziale Prozesse, an denen sie selbst direkt beteiligt sind. Im Fokus des Nachdenkens über professionelles Handeln stehen deshalb die Kooperationsprozesse mit Klient:innen(systemen), individuelle und soziale Prozesse auf der Fachebene sowie Netzwerkprozesse. Gefragt sind Hilfsmittel für die ‚Modellierung‘ oder ‚Gestaltung‘<sup>1</sup> dieser Prozesse sowie für die organisationalen Prozessabläufe bei

---

1 Während sich der Begriff der Prozessmodellierung (Sommerfeld et al., 2016) eher auf eine abstrakte, vorausschauende Denkleistung bezieht, fokussiert der Begriff ‚Prozessgestaltung‘ (Hochuli Freund & Stotz, 2011/2021) neben dieser kognitiven Ebene auch die Handlungsebene in der Berufspraxis selbst. Nachteil beider Begriffe ist, dass sie eine Plan- und Steuerbarkeit analog zu technischen Prozessen nahelegen könnten.

der Erbringung und Koordination von Hilfeleistungen. Diese methodischen Hilfsmittel sollen die Prozessualität des gesamten sozialen Geschehens berücksichtigen. In Anlehnung an das methodologische Prinzip der Prozessualität in der qualitativen Sozialforschung – wonach Erkenntnisse in stetiger Auseinandersetzung mit den erhobenen Daten in einem iterativen, spiralförmig gedachten hermeneutischen Prozess gewonnen werden (z. B. Kruse, 2014/2015) – soll ein solches Hilfsmittel für die Gestaltung des Handelns in der Berufspraxis einen iterativen, zyklischen Denk- und Handlungsprozess ermöglichen.

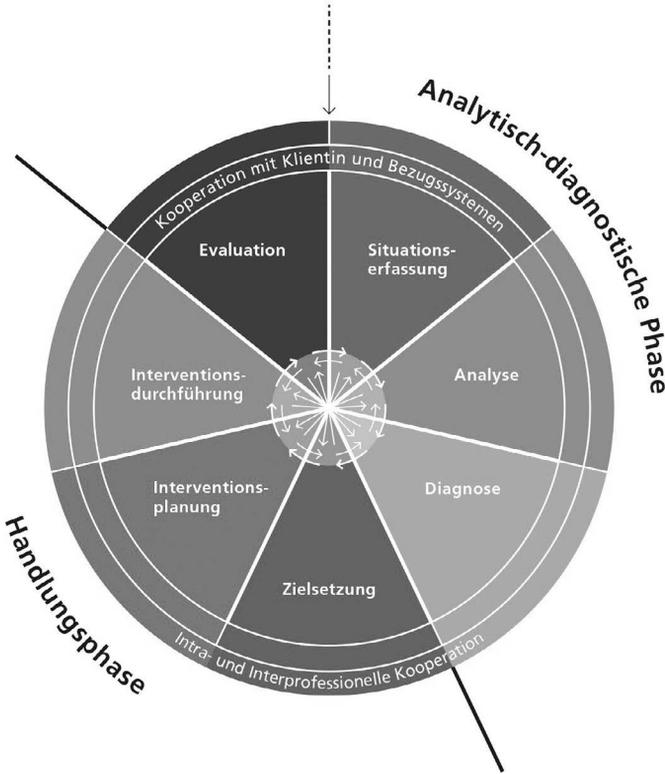
## 2 Prozessmodelle als Orientierungsrahmen

Um die Prozesse rund um professionelles Handeln fassen und strukturieren zu können, werden in der Sozialen Arbeit häufig Phasen- oder Prozessmodelle als Orientierungshilfen verwendet (vgl. Hochuli Freund & Stotz, 2011/2021). Diese dienen als ‚Koordinatensysteme‘ und legen eine stufenförmige Strukturierung von Handlungsabläufen nahe, so Preis (2013, S. 184); die Anzahl der Sequenzen sei sekundär, es gebe eher einfache wie auch sehr differenzierte Phasenmodelle: „Wichtig ist, dass sie in eine logische und zeitliche Abfolge gebracht werden“ (Preis, 2013, S. 183). Oft sehen die Modelle zwei Phasen vor – eine Analyse-/ Diagnose-Phase und eine Handlungs-/Interventions-Phase – und unterscheiden darüber hinaus weitere Schritte (manchmal auch als Phasen bezeichnet). Damit verbinden die Modelle explizit die Ebene kognitiver Vorgänge mit der Ebene des konkreten Handelns (vgl. Possehl, 2009). Sie entsprechen auch genau jener Struktur, die Schön (1983) professionsübergreifend zum Vorgehen (‚reflection-in-action‘) von geübten Praktiker:innen gefunden hat: Problembestimmung – Untersuchung/Fallverstehen (inquiry) – Problemlösungsvorschläge.

Eines der ersten und bekanntesten Modelle in der Sozialen Arbeit ist das „Allgemeine Modell professioneller Fallarbeit“ von Müller (1993/2017), das vier Schritte – Anamnese, Diagnose, Intervention, Evaluation – vorsieht. Die Methodiken von Cassée (2007/2019) unterscheiden einen ‚Diagnostischen Prozess‘ mit vier Schritten (Intake, Analyse, Diagnose/Fallverstehen, Indikation) und einen ‚Interventionsprozess‘ mit ebenfalls vier Schritten (Hilfeplan, Intervention, Verlaufsdiagnostik/Monitoring, Abschluss/Evaluation). In Anlehnung an Stimmer (2000/2012) unterscheidet der ‚Zirkuläre Beratungsprozess‘ von Stimmer und Ansen (2016) sechs Phasen, wobei in der Mitte des Modells ‚Beratung als prinzipiengeleiteter Gestaltungsprozess‘ notiert ist. Das methodische Grundmodell von Wendt (2015/2017) sieht eine Abfolge von sechs Schritten vor; neben ‚Analyse‘, ‚methodische Klärung‘, ‚Realisierung‘ und ‚Evaluation‘ wird hier – mit den Phasen ‚Kontakt‘ und ‚Aushandlung‘ – der Fokus insbesondere

auf die Kooperation mit Klient:innen gelegt. Explizit auf die Kooperationsebene ausgerichtet ist das Modell des Beziehungsprozesses von Gahleitner (2017), das fünf Schritte vorsieht, von ‚Beziehungsorientiertem Verstehen‘ über ‚schützende Inselerfahrungen‘ bis zur Schaffung von ‚vertrauensvollen professionellen Umgebungsmilieus‘ auf allen Netzwerkebenen. Das Konzept ‚Kooperative Prozessgestaltung‘ von Hochuli Freund und Stotz (2011/2021) unterscheidet eine analytisch-diagnostische Phase – mit den Prozessschritten ‚Situationserfassung‘, ‚Analyse‘, ‚Diagnose‘ sowie später ‚Evaluation‘ – und eine Handlungsphase, mit den Schritten ‚Zielsetzung‘, ‚Interventionsplanung‘, ‚Interventionsdurchführung‘ (siehe Abbildung 1). Die beiden darum herumlaufende Kreise verweisen auf die beiden Kooperationsebenen – mit Klient:innen(systemen) und der Fachebene – und auf die Notwendigkeit der Verschränkung von Arbeitsbeziehung und methodisch strukturiertem Handeln.

Abb. 1: Prozessmodell



(leicht ergänzt nach Hochuli Freund & Stotz, 2021, S. 144)

Die Pfeile im Modell (Abbildung 1) zeigen an, dass es idealtypisch um einen zirkulären Prozess geht, der Schlaufen und auch Schritte zurück beinhaltet. Hochuli Freund und Sprenger-Ursprung betonen, ein Prozessmodell sei „ein Hilfsmittel zur Reduktion der Komplexität auf wesentliche Elemente und Zusammenhänge“ (Hochuli Freund & Sprenger-Ursprung, 2017, S. 187). Damit lasse sich „zugleich das situativ-kreative wie das strukturell-verstetigende Moment von Handlungssituationen erfassen“, so Preis (2013, S. 184), es ermögliche das „kunstfertige und kreative Anwenden von spezifischen Methoden“ (Stimmer, 2012, S. 25). Ein solches Denkmodell kann als Orientierungsrahmen für fallbezogene fachliche Reflexionsprozesse, für die Gestaltung von Kooperationsprozessen sowie für die Steuerung organisationaler Prozessabläufe bei der Erbringung und Koordination fallbezogener Hilfeleistungen genutzt werden.

### 3 Methodisches Handeln bei Diagnostik, Intervention und Evaluation

Im Folgenden wird auf die in allen Modellen als wesentlich bezeichneten Prozessschritte und Aufgaben eingegangen werden: Diagnostik, Intervention und Evaluation.

#### 3.1 Diagnostik

Der Begriff ‚Diagnose‘ stammt aus dem Griechischen und lässt sich übersetzen mit ‚unterscheidende Beurteilung und Erkenntnis‘, mit ‚durch und durch Erkennen‘ oder ‚Durchblick‘ (vgl. Müller, 1993/2017, S. 74), der Begriff Diagnostik bezeichnet den gesamten Prozess sowie die Lehre dazu. Im Diskurs wird neben dem Begriff ‚Diagnostik‘ oft auch der Begriff ‚Fallverstehen‘ verwendet.<sup>2</sup> Diagnostik und Fallverstehen haben in den letzten beiden Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung gewonnen (vgl. Buttner et al., 2018a, 2020; siehe Abschnitt III). Gerade in interprofessionellen Zusammenhängen gilt Soziale Diagnostik als wichtiges Mittel zur Profilierung der Profession mit ihrer spezifischen Kompetenz, die soziale Dimension in einem Fall auszuleuchten.

Der Begriff Fall wird dann verwendet, wenn Professionelle mit einer Situation konfrontiert sind, die sie bearbeiten müssen, wo es etwas zu tun gibt. Zu einem Fall gehören immer ein:e Klient:in bzw. ein Klient:innensystem, etwas, das problematisch ist, sowie Professionelle, die damit befasst sind (vgl. Pantuček, 2013). Müller (1993/2017) hat mit seiner Unterscheidung von Sachaspekten („Fall von“), Zuständigkeit („Fall für“) und Kooperation mit Klient:innen („Fall

---

2 Die beiden Begriff verweisen auf eine unterschiedliche theoretische Verortung, werden mittlerweile jedoch weitgehend synonym verwendet (siehe Buttner et al., 2018b).

mit<sup>6)</sup> die unterschiedlichen Aspekte einer Fallkonstitution und -konstruktion erhellt und deutlich gemacht, dass es sich bei jeder Fallbearbeitung um eine einzigartige Angelegenheit handelt. Die Klinische Sozialarbeit hat es meist mit sehr komplexen Fällen zu tun. In einem diagnostischen Prozess die Problematik(en) und Dynamik(en) zu erfassen und zu erhellen, gilt als grundlegende Voraussetzung für eine gelingende Hilfeplanung. Der Sozialen Diagnose kommt eine Vermittlungsfunktion zwischen Verstehen und Handeln zu (Kobelt, 1999).

Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von diagnostischen Konzepten (Buttner et al., 2018a; siehe Kapitel 14). Das diagnostische Vorgehen wird darin teilweise in weitere Prozessschritte unterteilt, oft sind hierfür Arbeitsregeln oder Standards formuliert und diagnostische Instrumente vorgesehen. Sie ermöglichen das Eruiieren verschiedener Perspektiven und das Erfassen der Fallkomplexität. Neben dem Fallverstehen auf der Fachebene kommt auch dem diagnostischen Suchprozess gemeinsam mit Klient:innen eine wichtige Bedeutung zu (Hochuli Freund & Stotz, 2011/2022; siehe Kapitel 15). Wichtig ist aber auch die Komplexitätsreduktion und das fokussierte Herausarbeiten einer Sozialen Diagnose. Diese hat stets Hypothesencharakter, dient als Basis, um passgenaue fallspezifische Interventionen zu entwickeln und wird später in der Evaluation überprüft (siehe Kapitel 13).

### 3.2 Intervention

Etymologisch kommt ‚Intervention‘ vom lateinischen Wort ‚intervenire‘ und bedeutet ‚dazwischenkommen‘, ‚dazwischentreten‘. Müller (1993/2017) interpretiert Intervention deshalb als vermittelndes Dazwischentreten zwischen eine Person und ihr Problem. Der Begriff ‚Intervention‘ wird als Oberbegriff für geplantes, zielgerichtetes Handeln verwendet, allerdings in unterschiedlichen Bedeutungszusammenhängen.

In interprofessionellen Zusammenhängen wird er ab und an als Begriff für das Beiziehen der Klinischen Sozialarbeit an sich verwendet (d. h. Klinische Sozialarbeit ist die Intervention). Auch die sogenannten ‚drei klassischen Methoden‘ – Soziale Einzelfallhilfe, Soziale Gruppenarbeit, Gemeinwesenarbeit – können als sehr allgemeine Interventionsformen auf dieser Ebene eingeordnet werden (vgl. u. a. Kreft & Müller, 2010). Manchmal werden in Lehrbüchern auch einzelne Methoden/Konzepte als Interventionen gefasst, wie etwa bei Galuske (1998/2013), der u. a. Case Management, Erlebnispädagogik, Streetwork so einordnet, oder Stimmer (2000/2012), der – unter dem Titel ‚Situationsinterventionen‘ – Klientenzentrierte Gesprächsführung, Soziometrie, Netzwerkförderung und andere mehr nennt (siehe Abschnitt IV). Die Klinische Sozialarbeit verfügt demnach über verschiedenste Methoden, die zunächst unabhängig von den fallspezifischen Bedingungen einsetzbar sind. Ein weiterer Zugang zum Interventionsbegriff findet sich bei Müller; er führt

drei Interventionsmodi ein – Eingriff, Angebot und gemeinsames Handeln – sowie vier Interventionstypen: In einer Vier-Felder-Karte werden bei Angeboten einerseits situations- und personenbezogenen Interventionen, andererseits materielle Ressourcen und immaterielle Dienstleistungen unterschieden (Müller, 1993/2017).<sup>3</sup>

In neueren Konzepten für Fallbearbeitung wird der Begriff Intervention deutlich spezifischer genutzt, nämlich für fallbezogene Interventionen, die auf der Basis diagnostischer Erkenntnisse entwickelt werden. Im Ansatz Evidenzbasierte Praxis (EBP) wird hierfür mittels einer Literaturrecherche nach Interventionen gesucht, die sich in ähnlichen Fällen bewährt haben (Mullen et al., 2007). Hochuli Freund und Stotz (2011/2021) schlagen ein vier Schritte umfassendes methodisches Vorgehen vor, wie Interventionen noch fallspezifischer, unter Bezugnahme auf die bisher erarbeiteten Erkenntnisse und das persönliche Wissen beteiligter Akteur:innen entwickelt werden und ein kohärenter Übergang von Diagnose zu Intervention möglich wird.

### 3.3 Evaluation

Etymologisch wird der Begriff ‚Evaluation‘ abgeleitet aus dem lateinischen ‚ex valor‘, einen Wert ziehen aus etwas. Evaluation bedeutet also Auswertung, Bewertung, Beurteilung. „Der Handlungsbereich der Evaluation bezieht sich auf die fachöffentliche Nachprüfbarkeit des methodischen Handelns und dessen Wirkungen“, so von Spiegel (1998/2021, S. 143), und Müller (1993/2017, S. 171) benennt ihren Kern prägnant mit „Was hat’s gebracht?“ Gemäß König (2000/2007) beinhaltet jede Evaluation drei Aufgaben: Informationen zu sammeln, diese zu analysieren und dann zu interpretieren, um Konsequenzen für Verbesserungen zu ziehen.

Die in den letzten drei Jahrzehnten gewachsene Bedeutung von Evaluation und Evaluationsforschung hängt mit der Ökonomisierung der Sozialen Arbeit und dem Legitimationsdruck von außen hinsichtlich Ressourceneinsatz und Effektivitätsnachweis zusammen, aber auch mit der Diskussion um Qualitätsentwicklung und fachliche Standards innerhalb der Profession (z. B. Merchel, 2010/2015). Ähnlich wie der Diagnostik kommt der Evaluation eine wichtige Funktion zu für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit. „Die Zukunft der Sozialen Arbeit liegt in der Evaluation der Sozialen Arbeit“, hat Harald (2007/2009, S. 338) konstatiert.

Eine Evaluation kann sich auf verschiedene Ebenen beziehen – die Angebote der Klinischen Sozialarbeit für eine bestimmte Zielgruppe in einer Region; Umfang und fachliche Qualität der Leistungen einer Organisation;

---

3 Das wohl wichtigste Angebot der Klinischen Sozialarbeit, die Beratung, ist eine personenbezogene immaterielle Dienstleistungen.

Fallarbeit – und sie kann auf unterschiedliche Funktionen ausgerichtet sein, wie Kontrolle, Aufklärung, Qualifizierung, Optimierung, Innovation und Legitimierung (u. a. Galuske, 1998/2013; Heiner, 1994/1998). Das Vorgehen bei der Evaluation einer Einrichtung oder eines spezifischen Angebots entspricht demjenigen bei jedem Forschungsvorhaben und es können alle Methoden der empirischen Sozialforschung genutzt werden (u. a. König, 2000/2007; Merchel, 2010/2015). Eine solche Evaluation wird meist von Wissenschaftler:innen als unabhängige Evaluation ‚von außen‘ realisiert. Bei der Fallarbeit hingegen erfolgt sie als Selbstevaluation der Professionellen. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Handeln sei „ein integraler Bestandteil des methodischen Handelns“, betonen Stimmer und Ansen (2016, S. 340). So enthalten denn auch alle oben erwähnten Prozessmodelle als letzte Phase die Evaluation.

Für eine methodisch strukturierte fallbezogene Evaluation gilt es Kriterien festzulegen. Hier greifen viele Autor:innen (u. a. Galuske, 1998/2013; Stimmer, 2000/2012) auf die von Heiner bereits 1994/1998 formulierten Evaluationskriterien für Interventionen zurück: Wirksamkeit/Effektivität, Wirtschaftlichkeit/Effizienz, Verträglichkeit und andere mehr. Auch für die diagnostische Phase und die Kooperation stehen Kriterien zur Verfügung (Hochuli Freund & Stotz, 2011/2021). Fallbezogene Evaluation erfolgt überwiegend als formative Prozessevaluation, die zu Rückkopplungsschleifen führt (etwa noch einmal zur Diagnose, wenn sich die dort formulierte Hypothese als unvollständig erweist). Gemäß Müller bedeutet Selbstevaluation „genaues und ehrliches zugänglich machen von empfindlichen Punkten“ (Müller, 1993/2017, S. 173), und so ist ein Klima von Vertrauen für ihn die wichtigste Voraussetzung für das Gelingen. Dies gilt auch für die Evaluation mit Klient:innen, die ein wichtiger Teil einer jeden fallbezogenen Evaluation ist, wie Hochuli Freund und Stotz (2011/2021) betonen. Last but not least ist es das Ziel jeder Evaluation, Folgerungen für die Weiterarbeit abzuleiten und damit Lernen zu ermöglichen.

## 4 Kompetent mit Prozessualität umgehen

Mit Prozessualität umgehen zu können, ist eine zentrale Anforderung an professionelles Handeln. Dank einer guten Ausbildung auf dem Stand des aktuellen Wissens sind klinische Sozialarbeiter:innen heute in der Lage, sich im unübersichtlichen Gelände der mannigfaltigen und miteinander verflochtenen Prozesse zu bewegen. Sie können ein Prozessmodell für das eigene Denken und für die Gestaltung der Kooperation – mit den Klient:innen, auf der Fachebene und in Netzwerken – als Orientierungsrahmen nutzen und dabei insbesondere ihr Wissen und ihre Kompetenzen zu sozialer Diagnostik, zu fallbezogener Interventionsplanung und kriteriengeleiteter Evaluation mit allen wichtigen Akteur:innen nutzen. Wenn sie sich darüber hinaus bewusst sind,

dass sie lediglich ihre eigenen Handlungen intentional steuern können, sowie offen und interessiert sind für das Handeln der anderen und für die Dynamik, die sich immer wieder neu daraus ergibt, dann sind sie in der Lage, einen wertvollen Beitrag zu leisten zur Verbesserung der Lebenssituation und -weise von Menschen, die oft mit multiplen komplexen Problemen belastet sind.

## Literatur

- Arendt, H. (2020). *Vita activa oder Vom tätigen Leben*. Piper (Erstaufl. erschienen 1972).
- Buttner, P., Gahleitner, S. B., Hochuli Freund, U. & Röh, D. (Hrsg.) (2018a). *Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit*. DV.
- Buttner, P., Gahleitner, S. B., Hochuli Freund, U. & Röh, D. (2018b). Soziale Diagnostik. Eine Einführung. In P. Buttner, S. B. Gahleitner, U. Hochuli Freund & D. Röh (Hrsg.), *Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit* (S. 11–31). DV.
- Buttner, P., Gahleitner, S. B., Hochuli Freund, U. & Röh, D. (Hrsg.) (2020). *Soziale Diagnostik in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit*. DV.
- Cassée, K. (2019). *Kompetenzorientierte Methodiken. Handlungsmodelle für „gute Praxis“ in der Jugendhilfe* (3., vollständ. überarb. u. erw. Aufl.). Haupt (Erstaufl. erschienen 2007).
- Gahleitner, S. B. (2017). *Soziale Arbeit als Beziehungsfprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen*. Beltz Juventa.
- Galuske, M. (2013). *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (bearbeitet von K. Bock und J. Fernandez Martinez; 10. Aufl.). Juventa (Erstaufl. erschienen 1998).
- Galuske, M. & Müller, C. W. (2012). Handlungsformen in der Sozialen Arbeit. Geschichte und Entwicklung. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl.; S. 587–610). VS Verlag für Sozialwissenschaften (Erstaufl. erschienen 2002).
- Harald, C. (2009). Evaluation. In B. Michel-Schwartz (Hrsg.), *Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis* (2., überarb. u. erw. Aufl.) VS Verlag für Sozialwissenschaften (Erstaufl. erschienen 2007).
- Heiner, M. (1998). Reflexion und Evaluation methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. Basisregeln, Arbeitshilfen, Fallbeispiele. In M. Meinhold, H. von Spiegel, S. Staub-Bernasconi (Hrsg.), *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit* (4. überarb. Aufl.; S. 138–219.) Lambertus (Erstaufl. erschienen 1994).
- Hochuli Freund, U. (2017). Denken und Handeln. Eine transdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Konzept Kooperative Prozessgestaltung. In U. Hochuli Freund (Hrsg.), *Kooperative Prozessgestaltung in der Praxis. Materialien für die Soziale Arbeit* (S. 51–70). Kohlhammer.
- Hochuli Freund, U. & Amstutz, J. (2019). Multiperspektivität in der Kooperation. In J. Amstutz, U. Kaegi, N. Käser, U. Merten & P. Zängel (Hrsg.), *Kooperation kompakt. Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit. Ein Lehrbuch* (2. erw. und erg. Aufl.; S. 111–132). Barbara Budrich (Erstaufl. erschienen 2015).
- Hochuli Freund, U. & Sprenger-Ursprung, R. (2017). Variationen zum Prozessgestaltungsmodell. Spielmöglichkeiten und Klärungen. In U. Hochuli Freund (Hrsg.), *Kooperative Prozessgestaltung in der Praxis. Materialien für die Soziale Arbeit* (S. 179–190). Kohlhammer.
- Hochuli Freund, U. & Stotz, W. (2021). *Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen*