

Zeitschrift für Theorie und Praxis in der Beratung
Jahrgang 21, Heft 3/2020

Inhalt

<i>Editorial</i>	2
<i>Margret Fischer, Lea Putz-Erath, Dorothea Kilk & Monika Zimmermann:</i> Wozu soziale Diagnostik? Begriffsverständnis, Annahmen, Forschungsstand und Praxisbezug	4
<i>Sebastian Ertl:</i> Welchen Beitrag die Evaluation von Routinedaten für die Evidenzbasierung psycho-sozialer Interventionen leisten	23
<i>Michael Märtens & Rebecca Pfeiffer:</i> Verantwortung in Beratung und Psychotherapie: Ist Beratung leichter als Psychotherapie?	39
Buchbesprechungen	62
<i>Impressum</i>	77

Editorial

In dieser Ausgabe wird Beratung aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet.

Der Ausgangspunkt professioneller Beratung ist Diagnostik. Dass die Disziplin der Sozialen Arbeit nicht mehr nur über eine eigene Diagnostik verfügen *sollte*, sondern tatsächlich verfügen kann, zeigen Margret Fischer, Lea Putz-Erath, Dorothea Kilk & Monika Zimmermann in ihrem Beitrag *Wozu soziale Diagnostik? – Begriffsverständnis, Annahmen, Forschungsstand und Praxisbezug* auf. Die Autorinnen legen ihrem Verständnis von sozialer Diagnostik ein systemisch-konstruktivistisches Menschenbild zugrunde und gehen von einem dynamischen Diagnostikverständnis aus, das soziale Diagnostik in ein prozesshaftes dialogisches Beratungsgeschehen einbindet.

Mit psychosozialer Arbeit verbindet sich die Herausforderung, die Wirksamkeit bzw. den Erfolg der Arbeit abzubilden, damit Ratsuchende wirklich das bekommen, was sie brauchen und vor allem keine Schädigung erfahren. Entsprechend zugespitzt haben Bühler und Groeger-Roth dies auf dem Präventionstag 2013 formuliert *Brauchen wir eine „Rote Liste Prävention“? Was empfiehlt sich nicht in der Prävention?* Ein Weg der Evaluation kann darin bestehen, Routinedaten nutzbar zu machen. Diese Möglichkeit lotet Sebastian Ertl unter der Frage aus: *Welchen Beitrag kann die Evaluation von Routinedaten für die Evidenzbasierung psycho-sozialer Interventionen leisten? Zum Nutzen von Sekundäranalysen von Daten aus Qualitätssicherungsmaßnahmen in psycho-sozialen Arbeitsfeldern für die Wirksamkeitsforschung Klinischer Sozialarbeit*. Ein solcher Blick auf das Ergebnis psychosozialer Arbeit ist nicht nur unter ethischen Gesichtspunkten bedeutsam. Auch im Hinblick auf Finanzierungsstrukturen und wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn dürfen Fragen nach der Wirksamkeit nicht länger vermieden oder gar ausklammert werden. Nicht zuletzt dürfte es auch für Berater*innen und psychosoziale Fachkräfte einen wichtigen Unterschied machen, ob man selber die eigene Arbeit „ganz gut findet“ oder ob dies durch empirische Daten untermauert werden kann.

Dieses Anliegen wird in dem Beitrag von Michael Märtens & Rebecca Pfeiffer *Verantwortung in Beratung und Psychotherapie: Ist Beratung leichter als Psychotherapie?* wieder aufgegriffen. Denn Beratung wird immer noch viel zu häufig als „kleine Schwester“ der Psychotherapie missverstanden, also als „leichter“ eingeordnet. Anhand einer Fragebogenerhebung finden sich aber keine bedeutsamen Unterschiede in der Wahrnehmung von Belastungen und Herausforderungen bezogen auf Verantwortung. Denn Beratungskontexte reduzieren die Verantwortung nicht! Die gravierenden Unterschiede der Einstellungen erklären sich weniger aus der Profession. Sie müssen eher in Persönlichkeitsmerkmalen, dem Arbeitskontext und der professionellen Sozialisation gesucht werden.

Bei den Buchbesprechungen möchte ich Sie insbesondere auf das Thema *Proxy – dunkle Seite der Mütterlichkeit* hinweisen, dem sich Ulrich Sachsse als Herausgeber widmet.

Viel Freude bei der Lektüre – und vielleicht ist der eine oder andere Impuls für Ihre Professionalität zu finden.

Ihr Rudolf Sanders

Bühler, A. & Groeger-Roth, F. (2013): <https://www.praeventions-tag.de/nano.cms/vortraege/id/2361>

*Margret Fischer, Lea Putz-Erath, Dorothea Kilk
& Monika Zimmermann*

Wozu soziale Diagnostik? Begriffsverständnis, Annahmen, Forschungsstand und Praxisbezug

1. Einführung

Es besteht mittlerweile ein breiter Konsens darüber, dass die Disziplin Soziale Arbeit über eine eigenständige Diagnostik verfügen sollte (Gahleitner, Hahn & Glemser, 2013).

Soziale Diagnostik bezieht sich dabei auf die Erfassung individueller Ressourcen, vorhandener Einschränkungen und Belastungen der Betroffenen – stets vor dem Hintergrund sozialer und ökonomischer Strukturen. Jedoch gibt es nicht die soziale Diagnostik. Soziale Diagnostik muss in der Lage sein, die Gleichzeitigkeit individueller, sozialer, psychischer, medizinischer, ökonomischer sowie politischer Aspekte und darüber hinaus auch deren Wechselwirkungen zu erfassen. Es existiert eine Vielfalt von Konzepten, wobei bis dato kein einheitlicher konzeptioneller Ansatz realisiert werden konnte (Buttner, 2010; Buttner, Gahleitner, Hochuli Freund & Röh, 2018; Fegert & Schrapper, 2004; Gahleitner et al., 2013; Heiner, 2004; Müller, 2012; Pantuček, 2012a).

Die Autorinnen haben im Bachelorstudiengang „Sozialpädagogik & Management“ an der iba | Internationalen Berufsakademie im Modul „Vertiefung Sozialpädagogischen Handelns“ - Teilmodul „Soziale Diagnostik“ ein Lehrkonzept zur Annäherung an die Funktion und Praxisorientierung von sozialer Diagnostik entwickelt, das sich nicht nur inhaltlich an den aktuellen Befunden der Lehr- und Lernforschung orientiert, sondern auch didaktisch Formen des aktiven, partizipatorischen Lernens umsetzt.

Die **iba | Internationale Berufsakademie** ist Deutschlands größte staatlich anerkannte Berufsakademie. Als Tochtergesellschaft der F+U Unternehmensgruppe, ein Bildungsträger mit 40 Jahren Erfahrung im Bildungssektor, zwölf Studienorten mit 3.300 Studierenden deutschlandweit, hochqualifiziertem Lehrpersonal und Professoren/-innen, aktuellen Inhalten sowie einem umfassenden Praxispartnernetzwerk ist die iba der ideale Bildungspartner für ein duales Bachelorstudium.

Im vorliegenden Artikel wird die Basis für das Lehrkonzept ¹gelegt, indem soziale Diagnostik allgemein betrachtet wird, das zugrunde gelegte Begriffsverständnis von sozialer Diagnostik beschrieben sowie der aktuelle Forschungsstand beleuchtet wird.

Lehrkonzepte gehen davon aus, dass der Lernende im Mittelpunkt der Lehre steht. Er soll nicht passiver Empfänger von Lehrangeboten sein, sondern seine eigenen Lernprozesse aktiv mitgestalten. Durch den Sichtwechsel vom Lehren zum Lernen „Shift from teaching to learning“ (Berendt, 2005) ist es Aufgabe der Lehrenden, Lehren auf Lernen zu beziehen, d. h. „lernförderlich zu gestalten“ (Wildt, 2002). Lehren kann daher nicht nur als ein kumulativer und linearer Prozess verstanden werden, welcher durch die Effektivität der Instruktion von Fachkräften gekennzeichnet ist, sondern auch als Aufgabe, eine lernorientierte Lernumgebung für die Studierenden zu schaffen, um das selbstregulierte Lernen zu fördern und optimal zu unterstützen (Bolhuis, 2003). Lernen wird dabei verstanden als „durch Erfahrung fähig(er) zu werden, (etwas zu tun, zu wissen, zu denken)“ (Marton, Dall’Alba & Beaty, 1993, S. 280).

Die zeitliche Erstreckung in eine Phase des Erwerbs und der anschließenden Anwendung des Erworbenen ist ein wesentliches Merkmal aller Lernkonzeptionen. Gerade bei einer Annäherung an das Thema soziale Diagnostik ist dieses Alternieren zwischen theoretischem Input und Anwendung am konkreten Fall in der Praxis und anschließender erneuter Reflexion dieser Anwendung für einen gelingenden Lernprozess unerlässlich.

Im Sinne eines konstruktivistischen Lehr-Lern-Paradigmas entwickeln Studierende ihre eigenen Lernstrategien, um Wissen selbst zu konstruieren (Bolhuis, 2003; Schiefele, Strebblow, Ermgassen & Moschner, 2003). Dabei haben die Lehrenden die Aufgabe die Lernumgebung zu gestalten und die Lernprozesse zu begleiten. Für die Lehrenden ist es wichtig, geeignete neue Methoden zur Aktivierung der Lernenden zu kennen, sie für das Thema begeistern und ihre Eigenständigkeit fördern zu können. Auch ein Wechsel von Lehrmethoden kann die Studierenden aktivieren und motivieren (Young, Robinson & Alberts, 2009). Dazu benötigen die Lehrenden einen breiten Pool unterschiedlicher Methoden, die sie passend zum Fachinhalt einsetzen können. Denn gute Lehre ist durch eine Vielfalt von Lernformen und Lernmethoden geprägt (Macke, Hanke & Viehmann, 2012).

¹ zu Diagnose siehe auch: Gahleitner, S.B. (2016). „Diagnostisches Fallverstehen“ – erfahren und anwenden. In H. Pauls, J. Lohner & R. Viehhauser (Hrsg.), *Didaktische Bausteine und Übungen zur Klinischen Sozialarbeit in der Lehre* (S. 117-129). Weitramsdorf: ZKS Verlag.

2. Stand der Forschung

Erste Ansätze für systematisches Fallverstehen finden sich bereits in den 1920er Jahren in einem der ersten methodischen Lehrbücher zum Thema soziale Diagnosen von Alice Salomon (1926|2004). Seit den 1990er Jahren findet eine Entwicklung statt, die zeigt, dass die fachliche Debatte über Fallrekonstruktionen, Fallverstehen und Diagnostik in der Sozialen Arbeit an Bedeutung gewinnt und „die Notwendigkeit von Diagnostik [...] sichtbarer und plausibler wurde“ (Buttner et al., 2018, S. 17). Harnach und Harnach-Beck schreiben (2007, S. 18): „Diagnostizieren heißt, im Hinblick auf ein angestrebtes Ziel regelgeleitet Informationen zu gewinnen“ und Kreft (2004, S. 86) spricht davon, dass sich die Anforderungen an das Handeln in der Sozialen Arbeit „gewissermaßen von der lange Zeit geduldeten Unverbindlichkeit des Handelns [...] zur regelgeleiteten, überprüfbaren Verbindlichkeit“ entwickelt haben. In den letzten zwei Jahrzehnten haben nicht nur ein theoretische, sondern auch praxisbezogene Auseinandersetzungen im Bereich der sozialen Diagnostik stattgefunden (Buttner et al., 2018; Harnach & Harnach-Beck, 2007; Heiner, 2004; Krumenacker, 2004; Mollenhauer & Uhlendorf, 1992, Müller, 2012; Pantuček, 2011; Schrappner, 2004). Gleichzeitig ist deutlich geworden, dass es die Methode, das Verfahren im Handlungsalltag sozialer Diagnostik nicht gibt und bei der Unterschiedlichkeit der jeweiligen Lebenswelten und Lebenslagen auch nicht geben kann.

In das Lehrkonzept findet der Stand der Forschung insofern Einklang, als dass die Studierenden auf den Praxisorganisationen reichhaltige Erfahrungen mit unterschiedlichsten Methoden und Verfahren mitbringen. Die Studierenden lernen, Alltagstheorien von wissenschaftlich fundierten Theorien zu unterscheiden.

3. Funktion der sozialen Diagnostik

Psychosoziale Diagnostik stellt dabei die Selbstdeutungsmuster der Leistungsempfänger gleichberechtigt neben die Problemdefinition der psychosozialen Fachkräfte. Gegenwärtig fehlt noch an vielen Stellen der empirische Beleg für bereits zahlreiche erprobte Handlungspraxen (Gahleitner & Pauls, 2013, Heiner, 2013). Die Funktion der sozialen Diagnostik kann jedoch allgemein „als ein unentbehrlicher Beitrag zur Strukturierung sozialarbeiterischer und sozialpädagogischer Hilfe verstanden werden“ (Buttner et al., 2018, S. 24). Hier ist (Praxis-) Forschung gefragt, um die bewährten diagnostischen Verfahren und Instrumente stärker zu implementieren (Gahleitner et al., 2013).

Professionelles Handeln in der Sozialpädagogik ist nicht standardisierbar, sondern fall-, aufgaben- und situationsbezogen. Umso wichtiger ist eine nachvollziehbare strukturierte Vorgehensweise. Methoden bieten die Möglichkeit, die Komplexität der Aufgabenstellung in reflektierter Weise zu reduzieren und sie bearbeitbar zu machen. Auf der

einen Seite verhelfen Methoden zu einer gewissen Struktur im Handeln, auf der anderen Seite verlangen sie eine offene und variable Handhabung für je einmalige Situationen (Hochuli Freund & Stotz, 2011). Im Rahmen der Lehre in der Sozialpädagogik kann dies auch im Dialog zwischen Theorie und Praxis geschehen. Die Lehrkonzeption der Autorinnen umfasst neun Termine mit insgesamt 40 Übungseinheiten. In jedem Termin wird nach dem multimethodischen Ansatz gearbeitet, der die Studierenden im Besonderen dazu anregen soll, ihre Praxiserfahrungen in die Theoretischen Konzepte einzuordnen und beides handlungsleitend zu reflektieren.

4. Begriffsverständnis von sozialer Diagnostik

Soziale Diagnostik gehört zum Kern professioneller Arbeit von Sozialpädagogen: Sie begründet jedes auf den einzelnen Betroffenen, auf Paare, Familien, Gruppen oder das Gemeinwesen fokussierte soziale/sozialpädagogische Handeln.

Soziale Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit bedeutet immer Beziehungs- und Lebensweltdiagnose, so wie es Alice Salomon (1926/2004, S. 299) bereits zu Beginn des letzten Jahrhunderts beschrieben hat: „Alles Wissen um den Menschen ist auch ein Wissen um seine Beziehungen zur Umwelt, um die Summe dieser Beziehungen, um seine Anpassung an die Lage, in die das Leben ihn gestellt hat und um die Einwirkungen, die er von der Umwelt erfährt.“

Das didaktische Ziel der vorliegenden Begriffsannäherung ist ein gelingender Theorie-Praxis-Transfer in und durch diverse Ausbildungsformate, der zur Reflexion anregen soll und über eine reine Vermittlung von Inhalten über Methoden und Begriffe weit hinausgeht. Bereits im Studium von Sozialpädagogik/Sozialer Arbeit muss eine spezifische professionelle Haltung ausgeprägt werden, die hilfreiche Diagnostik ermöglicht. Die sozialpädagogische/soziale Diagnostik wird hierfür mit der psychologischen Diagnostik verknüpft, mit dem Ziel, diese beiden disziplinären Zugänge sinnvoll miteinander zu verbinden und die im beruflichen Alltag häufig erlebte Trennung und/oder „Konkurrenz“ und das gegenseitige Unverständnis aufzuheben. In manchen Feldern der Sozialen Arbeit, wie z. B. der sozialpädagogischen Jugend-Wohngemeinschaft, wird eine ganzheitliche Unterstützung der Klientinnen und Klienten nur durch eine enge Zusammenarbeit der beiden Disziplinen Soziale Arbeit und Psychologie möglich. Dem anfänglichen Laienverständnis von Diagnostik im Sinne von medizinischer und ggf. psychologischer Diagnose wird mit dem Lehrkonzept von Beginn an ein professionelles Verständnis sozialer Diagnose hinzugegestellt. Exemplarisch sind folgende zwei Lehrziele aus dem Konzept zu nennen:

1. „Die Studierenden wissen, welche Professionen Diagnosen stellen und lernen grundlegende Unterschiede zwischen

sozialpädagogischer und psychologischer Diagnostik, sowie das spezifische Diagnostikverständnis und jeweilige Grundbegriffe kennen.“

2. „Die Studierenden verstehen, dass die jeweiligen Einrichtungen/Organisationen die Rahmenbedingungen für Soziale Diagnostik definieren. Die Studierenden kennen den Unterschied zwischen der etikettierenden Beschreibung typischer Klientinnen und Klienten und Sozialer Diagnostik.“

5. Epistemologische Grundannahmen

Die Autorinnen legen ihrem Verständnis von sozialer Diagnostik ein systemisch-konstruktivistisches Menschenbild zugrunde. Für das Verständnis sozialer Diagnostik bedeutet dies, dass die Welt immer aus bestimmten Perspektiven der Beobachter gesehen und beschrieben wird. Dies gilt sowohl für das Verständnis von Wissenschaft im Allgemeinen, der Sozialarbeitswissenschaft im Konkreten und der hier explizierten sozialen Diagnostik im Besonderen. Dabei wird nicht nur das System an sich betrachtet, wie z. B. die Person, die Familie, die Gruppe oder das Unternehmen, sondern auch die Wechselwirkungen mit den übergeordneten Systemen, wie z. B. die Gesellschaft oder die globalisierte Welt. Auch „wenn sie [Übertragung systemtheoretischer Konzepte in die Pädagogik – Anmerkung d. Autorinnen] „von außen“ kommt, fokussiert sie immer auf das, was „innen“, also in dem sich über Kommunikation selbst reproduzierenden und operational geschlossenen System, geschieht“ (Schumacher, 2006, S. 309). Ein weiteres wesentliches Kennzeichen des vorliegenden Verständnisses ist, dass besondere Aufmerksamkeit auf Entwicklungen gelegt wird und weniger auf Zustände.

Ein weiterer didaktischer Fokus liegt auf der konstruktiv-kritischen Auseinandersetzung mit den erlernten Inhalten, Methoden und Instrumenten. Die zentrale Annahme einer Kybernetik 2. Ordnung ist entsprechend dem Konstruktivismus, dass Erkenntnis nicht objektiv sein kann, da bereits die Wahrnehmung durch einen selbstreferenziellen Prozess vom erkennenden Subjekt konstruiert wird (vgl. Foerster, 1981). Unbedingt notwendig für einen verantwortungsvollen Umgang mit der Diagnostik insgesamt ist deshalb das Einnehmen einer Metaperspektive: Dies geschieht über die ständige Vermittlung und Reflexion der Chancen von Diagnostik einerseits und der gleichzeitigen Bewusstmachung der Grenzen andererseits. Was Diagnostik nicht ist, und was sie nicht kann, wird verdeutlicht in der Auseinandersetzung mit den eigenen Urteilsprozessen und der Sensibilisierung für Beurteilungsfehler im diagnostischen Prozess insgesamt. Im Hinblick darauf gilt es, spezifische Anwendungsfragen kritisch zu bewerten und Ergebnisse klientengerecht zurückzumelden. Ziel ist es, die Professionalisierung des beruflichen Rollenverhaltens zu erreichen. Es gilt, ein Bewusstsein

für systemisches Denken zu entwickeln, d. h. das Einnehmen einer Perspektive, in der es keine objektive Wirklichkeit gibt.

6. Systemische Perspektive zum vorliegenden Verständnis

Soziale Diagnostik bekennt sich somit zur Subjektivität und tut nicht so, als ob sie die allein „richtigen“ Aussagen findet. Die Autorinnen gehen davon aus, dass jegliche Diagnostik also auch psychische oder medizinische unter Bedingungen der Subjektivität stattfinden.

Soziale Arbeit entwickelt sich unter verschiedenen Leitparadigmen wie z. B. der Lebensweltorientierung (z. B. Kraus, 2006; Thiersch, 1992) oder der Menschenrechtsorientierung (Briskmann, 2007; Staub-Bernasconi, 1995, 2006a, 2006b, 2010, 2019) weiter. Systemische Orientierungen stellen seit den 1980er Jahren eines unter mehreren Leitparadigmen in der Sozialen Arbeit dar. Systemische Handlungsansätze betrachten als Grundelemente ebenso wie die Theorieansätze der Sozialen Arbeit Individuen. Im absoluten Fokus stehen hier allerdings immer Beziehungsgeflechte und deren Analyse auf mehreren Ebenen. Die Betrachtung der Systemzugehörigkeit eines Menschen sowie die der jeweils vorliegenden Systemstruktur und Systemfunktion ermöglicht eine umfassende Darstellung menschlicher Lebenskontexte und schließt dabei individuelle Aspekte der Klientinnen und Klienten mit ein (Hollstein-Brinkmann, 1993). Heute sind sie Basis für eine eigenständige Theorieentwicklung der Sozialen Arbeit (Putz-Erath, 2015).

„Die systemisch-konstruktivistische Richtung sensu Luhmann gewinnt ihre Perspektiven für die Soziale Arbeit aus dem Grundverständnis sozialer Systeme. [...] Neben der Diskussion um die Bestimmung der gesellschaftlichen Funktion Sozialer Arbeit und um ihre grundlegende Beobachtungspraxis und ihre zentralen Binär-Codierungen (Hilfe/Nicht-Hilfe, Fall/Nicht-Fall usw.) zeichnet sich seit einigen Jahren ein deutlicher Fokus in den Veröffentlichungen ab: die Begriffe „Exklusion“ und „Inklusion“ sind offenbar zur kategorialen Orientierung des systemischen Auftragsverständnisses geworden. Soziale Arbeit findet ihre Funktion im Inklusions-Exklusions-Management“ (Krieger, 2010, S. 145).

Aus diesem Verständnis heraus werden vier wichtige Faktoren als „Systemischer Blick“ festgehalten:

1. Blick auf die gesamte Situation – der Klient/inn/en, des Klientensystems UND des Hilfesystems (Schlippe & Schweitzer, 2016)
2. das Anerkennen mehrerer möglicher subjektiver Wirklichkeiten (vgl. Willke, 2005)
3. die Identifikation von Wechselwirkungen zwischen Einzelteilen und Gesamtzusammenhängen (Willke, 2006)
4. die Aufmerksamkeit auf Entwicklungen

Im Lehrkonzept wird nicht nur der Systemtheorie und dem oben genannten Verständnis ein eigener Lehrtermin gewidmet, vielmehr wird der „Systemische Blick“ in der gesamten Lehrveranstaltung integral eingenommen und methodisch beispielsweise durch Reflexions- und Wahrnehmungsübungen eingeführt.

Soziale Diagnostik stellt ein wichtiges Element der Sozialen Arbeit dar, welches untrennbar mit den Sozialarbeitswissenschaften verbunden ist. Sie ist das Ergebnis einer fortlaufenden Bewertung von Aussagen über „Fakten“², basierend auf deren Beschreibungen, Erklärungen und Prognosen (Geiser, Sagebiel & Vlecken 2009, S. 267). Die Beschreibung und Erklärungen erhalten grundsätzlich durch den Dialog mit den Klientinnen und Klienten ihren subjektiven Sinn.

Die Autorinnen gehen von einem dynamischen Diagnostikverständnis aus, d. h. soziale Diagnostik ist in ein prozesshaftes Beratungsgeschehen eingebunden. Erkenntnisprozesse sind untrennbar mit Beratung, manchmal auch mit Psycho-Education verwoben. Soziale Diagnostik und abgeleitete Interventionen sind untrennbar miteinander verbunden. Die Beobachtung an sich ist Grundlage von Diagnostik und Intervention gleichermaßen: „Ein so verstandener Prozess der Sozialarbeit ist eben nicht durch den aus der Medizin bekannten Dreischritt Anamnese - Beratung - Intervention gekennzeichnet, sondern die Anamnese ist schon Beratung, diagnostische Schritte sind bereits Interventionen und Interventionen treiben die Diagnose voran“ (Pantuček, 2012a, S. 18). Dieses Verständnis schließt nicht aus, dass in der Fallbearbeitung und/oder Lehre die analytische Reflexion der einzelnen Bestandteile getrennt voneinander erfolgt (Müller & Schwabe, 2009).

7. Praxisbezug der sozialen Diagnostik

Die Anwendung von sozialer Diagnostik hängt in hohem Maße vom Wissen, den Kompetenzen und dem Reflexionsgrad der Fachkräfte ab. Das professionelle Selbstverständnis der Fachkräfte liegt hier zugrunde und wird wesentlich an den Hochschulen geprägt. Gleichzeitig stellt die jeweilige Praxisorganisation wichtige Rahmenbedingungen für soziale Diagnostik in Form von zeitlichen Möglichkeiten, der Ressourcenausstattung und einer Konzeption, die soziale Diagnostik wichtig nimmt.

Fachkräfte handeln innerhalb von Organisationen und Teams. In diesen haben sich bestimmte Muster der Praxis entwickelt: „[...] ob und inwiefern überhaupt innerhalb eines Feldes in Form organisationaler Praxis beraten und professionell gehandelt wird, ist mehr eine organisationale als eine professionelle Frage“ (Dewe & Schwarz, 2013, S. 169).

² Fakten im Sinne von Alter, Familienstand, Größe der Wohnung u.ä.

Soziale Diagnostik grenzt sich von Alltagstheorien ab und zählt zur Umsetzung einer professionellen Berufsausübung, die sich in jeder Organisation spezifisch mit organisationstypischen Mustern herausbildet. „Diagnostische Verfahren haben das Potenzial, das Kräfteverhältnis ein wenig zu verschieben. Sie sind Instrumente, die organisationsübergreifend angewendet werden, sind also neutral gegenüber den Entscheidungstraditionen der Organisation. Im günstigen Fall repräsentieren diagnostische Verfahren die Profession bzw. die Disziplin, bringen deren Logik vorerst einmal unabhängig von der Organisation in den Entscheidungsprozess ein. Diagnostische Verfahren sind also ein Instrument, um die Entscheidungen der Fachkräfte von Organisationskonventionen unabhängiger zu machen“ (Pantuček, 2012a, S. 120f).

In Bezug auf die Lehr- und Lernmethoden ergeben sich hier große Vorteile bei Dual-Studierenden, die ihr Erleben in der Organisation als „Material“ für die Lehre mitbringen.

Das vorliegende Diagnostik-Verständnis geht von einer multiperspektivischen Sichtweise und dem Paradigma des Menschen als bio-psycho-soziale Einheit aus (z. B. Obrecht, 2001; Sahle, 2002). Es geht deshalb zunächst darum, die Vermittlung spezifischer Kompetenzen einer diagnostischen Herangehensweise, Verfahrensarten sowie Rahmenbedingungen sozialpädagogischen und psychologischen Diagnostizierens adäquat zu nutzen. Hierzu bedarf es der zusätzlichen Vermittlung von Inhalten, Methoden und Instrumenten der psychologischen Diagnostik. Auf dieser Basis werden Fachkräfte und Studierende befähigt, in der Anwendung eines fundierten Handlungswissens selbstbewusste Fachlichkeit in multiprofessionellen Arbeitszusammenhängen zu verwirklichen.

8. Umsetzung von sozialer Diagnostik

Während in der Medizin und Psychologie seit langem präzise Diagnosekonzepte vorherrschen, die sich am *Konstrukt Krankheit* orientieren, fehlt in der Sozialdiagnostik eine klare Bezugsgröße „zur Bewertung derjenigen Informationen über die soziale Lage von Klienten, die für die Einschätzung der Notwendigkeit, Dringlichkeit und Intensität sozialarbeiterisch/sozialpädagogischer (Nicht-) Intervention benötigt werden“ (Röh, 2013, S. 80-93). Relevante Kriterien sind u. a. die finanzielle, soziale, physische und psychische Situation der Klientinnen und Klienten sowie ihre möglichen Handlungsoptionen. Hierbei wirken zwischen Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter und Klientin/Klient ganz unterschiedliche Kräfte: Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie Interaktion. Meistens herrscht eine komplexe, krisenbehaftete Ausgangslage vor.

In der Regel handelt es sich bei der Erfassung sozialer Merkmale im Rahmen einer sozialen Diagnostik um einen individuellen und situativen Prozess. Dieser Prozess gestaltet sich durch Klientin/Klient und

Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter gleichermaßen mit dem Ziel, dass der Kunde seine soziale Welt verstehen, reflektieren und verändern lernt.

Soziale Diagnostik bietet die Grundlage für die Entscheidung stimmige Interventionen auszuwählen und durchzuführen, sie sollte bei jedem Klienten zu Beginn der Hilfen – Jugendhilfe, EGH, Reha, etc. – angewandt werden. Dabei sollten gewonnene Ergebnisse systematisch erfasst und in die interdisziplinäre Behandlung/Reha integriert werden.

In der Hochschullehre ist das didaktische Ziel der Vermittlung Sozialer Diagnostik ein gelingender Theorie-Praxis-Transfer, der zur Reflexion anregen und über eine reine Vermittlung von Inhalten über Methoden und Begriffe hinausgehen soll. Bereits im Studium muss eine spezifische professionelle Haltung ausgeprägt werden. Das Ziel dabei ist die multiperspektivische Sichtweise und das Paradigma des Menschen als bio-psycho-soziale Einheit verständlich zu machen.

9. Methoden und Techniken

Soziale Diagnostik schöpft aus einer großen Vielfalt an Methoden und Techniken (einen Überblick dazu liefern z. B. Buttner et al., 2018; Galuske, 2011; Heiner, 2004; Pantuček, 2011). Es gibt für verschiedene Settings unterschiedliche Diagnostikinstrumente, die mehr oder weniger Zeit in Anspruch nehmen, partizipativ mit den Klienten eingesetzt werden oder mehr oder weniger alleine von der Fachkraft durchgeführt werden. Soziale Diagnose basiert stets auf einer Problem- und Ressourcenanalyse (Geiser, 2007). Insofern ist soziale Diagnostik, verstanden im systemischen Sinne, immer auch eine Intervention zur Ressourcenaktivierung.

Soziale Diagnostik kann, professionell eingesetzt, Soziale Arbeit wesentlich bereichern, indem sie in strukturierter, systematisierter Weise Datenerhebung ermöglicht. Es geht um eine Erkenntnis, eine Beurteilung von komplexen Sachverhalten. Der Diagnostikprozess selbst kann bereits problemreduzierend wirken, indem er Problemhaltungen aufzeigt, strukturiert und einteilen hilft. Sozialdiagnostik wird von den Autorinnen als Prozess verstanden, nicht als *Endprodukt*. Der Prozess des Verstehens sozialer Probleme wird mit sozialer Diagnostik erweitert bzw. verdichtet und nicht abgekürzt, da es gelingen kann, neue Informationen zu erschließen und mehrere Perspektiven in die Entscheidungsbasis für Interventionen miteinzubeziehen.

Es folgen exemplarisch zwei Methoden (Netzwerkkarte nach Pantuček und Frageschema nach Müller) zum besseren Verständnis. Diese beiden Methoden werden im Lehrkonzept detailliert vorgestellt, die Studierenden an deren Anwendung in der Praxis herangeführt und auch in der Leistungsüberprüfung (schriftliche Fallanalyse durch die

Studierenden) angewendet. Die Auswahl der Methoden erfolgte nach den Gesichtspunkten, dass zwei sehr unterschiedliche Methoden der sozialen Diagnostik erschlossen werden sollen. Darüber hinaus wurden Methoden ausgewählt, die relativ „voraussetzungslos“ in verschiedensten Organisationen der Sozialen Arbeit angewendet werden können.

10. Netzwerkkarte nach Pantuček

Nach Galuske (2013) gehört die Netzwerkarbeit zu den Methoden Sozialer Arbeit und zwar im Sinne praxisorientierter Anleitungen zum erfolgreichen Arbeiten im Rahmen von Konzepten. Die Netzwerkkarte ist ein diagnostisches Instrument, welches relativ einfach die soziale Umgebung einer Person visuell darstellt. Vorteil der Netzwerkkarte ist, dass sie leicht zu interpretieren ist. Bei der Netzwerkkarte wird das unterstützende Soziale Umfeld der Klienten grafisch als Netz dargestellt, in dessen Zentrum als sogenannte Ankerperson der Klient/ die Klientin steht. Die Fläche mit der Ankerperson im Zentrum wird in vier Sektoren eingeteilt, die jeweils einen Grundtypus von Beziehungen darstellen: verwandtschaftlich/familiäre, freundschaftlich/nachbarschaftliche, kollegiale, professionelle (Pantuček, 2012b).

Im Anschluss erfolgt die gemeinsame Interpretation der Netzwerkkarte, in der u. a. über die Möglichkeiten zur Korrektur und Optimierung gesprochen wird. Letztendlich fokussiert man die Möglichkeiten, die zu einer Verbesserung des Lebensfeldes beitragen. Diese Analyse kann entweder kooperativ mit dem Betroffenen stattfinden oder im Rahmen einer Fallbesprechung (Pantuček, 2012b). Eine wichtige und intensive Bezugsperson für den Klienten/die Klientin erkennt man daran, dass sich diese Person nah am Knotenpunkt befindet. Darüber hinaus kann mithilfe der Netzwerkforschung und der Festlegung einer Netzwerkdichte die Untersuchung weiter vertieft werden.

Die Netzwerkkarte kann gut in einen Beratungsprozess eingebaut werden. Außerdem ermöglicht sie durch die Konstruktion von Daten in einem Bild das Erkennen von Zusammenhängen und Änderungsmöglichkeiten, die anders nicht so leicht zugänglich wären. Nach Pantučeks (2005) Erfahrungen gelingt Sozialarbeitenden nach kurzer Einübungszeit auch bald die Anwendung in der Praxis und die Ergebnisse sind bei einem relativ hohen Anteil von Fällen relevant, d. h. sie eröffnen neue Perspektiven für die Fallbearbeitung.

Vorteil dieses Instruments ist die visuelle Darstellung der sozialen Beziehungen des Klienten. Es kann einfach digital mit der kostenlosen Software „EasyNWK“ erstellt werden. Das Netzwerkinterview kann ohne aufwendige Vorbereitung durchgeführt werden.

Diese Methode kann in diversen Situationen eingesetzt werden, wie zum Beispiel in der Fallbesprechung oder in der Supervision. Es dient zu einem besseren Verständnis der sozialen Strukturen in die ein Klient/eine Klientin eingebunden ist der Ableitung von Interventionsmöglichkeiten durch den Sozialarbeitenden und/oder den Klienten und ebenso zur Förderung der Interaktion zwischen ihnen. Die Netzwerkdagnostik eignet sich dazu, zusammen mit dem Betroffenen einen Überblick über sein soziales Umfeld zu erarbeiten und Ressourcen effizient zu nutzen.

Aktuell bedeutet der gesellschaftliche Wandel in Lebens- und Arbeitsformen zwar neue Herausforderungen und Problemkonstellationen, aber nicht automatisch den Wegfall von persönlichen Netzwerken. Er verursacht vielmehr Veränderungen in der Form wie Netzwerke gebildet und aufrechterhalten werden (vgl. Stiehler, 2009, S. 383ff). Die wachsende Flexibilisierung des Arbeitsmarktes und neue Kommunikationsformen wie social media führen nicht automatisch zu einem Kontaktabbruch zu bisherigen Bezugspersonen. Vielmehr eröffnen sich neue Möglichkeiten fernab vom Herkunftsort Kontakte zu knüpfen (vgl. Döring, 2009, S. 651). Insofern ist die Arbeit mit der Netzwerkkarte aktueller denn je.

11. Frageschema nach Müller

Müller (2012) konzipierte ein Frageschema, mit dessen Hilfe eine *Soziale Diagnose* durchgeführt werden kann, die folgende drei Sichtweisen enthält: „Fall von“, „Fall für“ und „Fall mit“. Es werden nicht alle Fragen der Reihe nach abgearbeitet, sie können auch bei vorhandenem Bedarf immer wieder neu erstellt werden – zum besseren Verständnis einer Situation. Das Ziel des Frageschemas ist es, stimmige Entscheidungen für abgeleitete Interventionen zu treffen.

Das Herausfiltern von einzelnen Problemen der verschiedenen Sichtweisen trägt dazu bei, eine Gesamtübersicht über den aktuellen Zustand zu bekommen. Schließlich ist es in der Sozialarbeit in den meisten Fällen schwer und sinnlos, nach einer „objektiven Ursache“ oder einer „objektiven Beschreibung“ eines Problems zu suchen, denn in der Sozialpädagogik geht es nicht um objektive Probleme, sondern um höchst subjektive Zuschreibungen (Büttner-Yu, 2005).

Für die Arbeitsregeln der sozialpädagogischen Diagnose gilt, dass es sich nicht um Handlungsregeln oder ein verallgemeinerndes Handlungskonzept handelt, sondern eher um „Erkenntnisregeln, die benutzt werden können, um unübersichtliche Handlungssituationen (eben ‚Fälle‘) etwas durchsichtiger zu machen“ (Müller, 1993, S. 94). Müller sagt in Bezug auf das Frageschema für die sozialpädagogische Diagnose, „dass es sich nicht um ein schematisches Abarbeiten von Schritten, sondern eher

um ein immer neu zu wiederholendes Stellen von Fragen, die Fallsituationen durchsichtiger machen können“ geht und die helfen sollen zu lernen, „wie man (aus der Praxis) lernt“ (Müller, 1993, S. 106)

Ein Vorteil dieser Fragetechnik ist, dass nicht nur die Beziehungsarbeit zwischen Betroffenen und Sozialpädagogen genau beleuchtet wird, sondern auch die dazugehörigen institutionellen Rahmenbedingungen sowie die komplexen Handlungsbedingungen. Ebenso ist es möglich, mithilfe des Frageschemas, eine Struktur in einen komplizierten Sachverhalt zu bringen, indem die verschiedenen Dimensionen analysiert und aufgearbeitet werden. Bedeutsam für das Gelingen eines Hilfeprozesses ist, dass dem Fragenden die einzelnen Dimensionen bewusst sind, aus deren Sichtweisen er den Fall betrachtet (Müller, 2012).

Schlussendlich liefert die Methode nach Müller keine direkten Interventionsmöglichkeiten. Sie installiert – gemeinsam mit Klienten, wie auch mit für den Fall relevanten Fachleuten - eine Zeitspanne und einen Raum, in welchen Handlungsdruck vermindert, Entscheidungsoptionen in Frage gestellt, Alternativen erwogen werden können.

Das Frageschema nach Müller (2012) bietet eine Checkliste zu beachtender Fragen, Sichtweisen und Dimensionen, die neben einer multiperspektivischen Betrachtung des Falles durch den Sozialarbeiter außerdem sicherstellen, dass alle dem Sozialarbeiter zur Verfügung stehenden Kompetenzen der Deutung zum Einsatz kommen. Durch diesen perspektivischen Wechsel der Fallarbeit gelingt es dem Frageschema die Komplexität eines Handlungsfeldes zu erfassen und damit die Wechselwirkungen zu erkennen. Insofern kann das Frageschema als eines der wichtigen Instrumente Sozialer Diagnostik verstanden werden.

12. Soziale Diagnostik in der Hochschullehre

Das professionelle Handeln und die anzustrebende Handlungssicherheit der Fachkräfte werden wesentlich an den Hochschulen geprägt. Mit dem vorliegenden Beitrag soll eine Auseinandersetzung über das Verständnis von sozialer Diagnostik angeregt werden.

Soziale Diagnostik beinhaltet auch die entsprechende **Lehre**: Die Lehre soll den methodischen Wissensbestand, der durch forschungsbasierte Entwicklung ständig erweitert wird, vermitteln. Gute Lehre vermittelt Wissen, zugleich jedoch auch Fähigkeiten und Kompetenzen. Gute Hochschullehre sollte alles leisten: Ein Studierender der Sozialen Arbeit/Sozialpädagogik sollte nicht nur Lebenssituationen und Lebensgeschichten verstehen, Notwendigkeit und Erfolgsaussichten von Unterstützung und Hilfe einschätzen und begründen können, er sollte auch die Fähigkeit haben, diese zu diagnostizieren, und über die

Kompetenz verfügen, Probleme und Möglichkeiten der Anwendung und Interpretation durchführen zu können.

Soziale Diagnostik grenzt sich von Alltagstheorien ab und zählt zur Umsetzung einer professionellen Berufsausübung, die sich in jeder Organisation spezifisch mit organisationstypischen Mustern herausbildet. „Diagnostische Verfahren haben das Potenzial, das Kräfteverhältnis ein wenig zu verschieben. Sie sind Instrumente, die organisationsübergreifend angewendet werden, sind also neutral gegenüber den Entscheidungstraditionen der Organisation. Im günstigen Fall repräsentieren diagnostische Verfahren die Profession bzw. die Disziplin, bringen deren Logik vorerst einmal unabhängig von der Organisation in den Entscheidungsprozess ein. Diagnostische Verfahren sind also ein Instrument, um die Entscheidungen der Fachkräfte von Organisationskonventionen unabhängiger zu machen“ (Pantuček, 2012a, S. 120f.).

Soziale Diagnostik beschränkt sich nicht auf die Durchführung eines oder mehrerer Testverfahren oder die Katalogisierung menschlicher Besonderheiten/Probleme. „Es geht nicht um ein schematisches Abarbeiten von Schritten, sondern eher um ein immer neu zu wiederholendes Stellen von Fragen, die Fallsituationen durchsichtiger machen können. Man könnte die Arbeitsregeln und das folgende Schema auch eine Checkliste nennen, die helfen soll, zu lernen, wie man (aus der Praxis) lernt. Sie abzuarbeiten ersetzt nicht die Entscheidung, was jeweils zu tun ist. Aber sie kann zu besser überlegten Entscheidungen helfen“ (Müller, 2012, S. 138). Diese wesensimmanente Unabschließbarkeit von sozialer Diagnostik gilt des durch die Fachkräfte zu akzeptieren.

Soziale Diagnostik ist zu verstehen als Begriff für geregelte Verfahren zur Beurteilung der Fallrealität, die dem spezifischen Selbstanspruch der Sozialen Arbeit gerecht werden: lebenswelt- bzw. subjektorientiert, multiperspektivisch und damit partizipativ zu agieren. Diese Verfahren sollen es gewährleisten, dass die objektiven Einschränkungen und Ressourcen der Klienten Sozialer Arbeit, ihr lebensweltlicher Eigensinn wie auch die fachliche Expertise der Fachkräfte zu einem diagnostischen Bild verdichtet werden können, das weiteres Helfehandeln vorläufig begründet, zugleich aber systematisch geöffnet bleibt für Widerlegung und Korrektur.

Auf der Basis einer fallbezogenen sozialen Diagnostik werden Studierende der Sozialpädagogik befähigt, in der Anwendung eines fundierten Handlungswissens selbstbewusste Fachlichkeit in multiprofessionellen Arbeitszusammenhängen zu verwirklichen. Dabei handelt es sich um anwendungsorientierte Forschung mit klarem Bezug zur unmittelbaren Praxis und oftmals ergeben sich die Impulse für solche Forschungsvorhaben aus dem Handlungsfeld der Sozialen Arbeit selbst. Darüber hinaus spielt auch die kritische Funktion von Wissenschaft und Forschung stets eine Rolle.

Die Studierenden sollen ein grundsätzliches Bewusstsein für systemisches Denken entwickeln, d. h. das Einnehmen einer Perspektive, in der es keine objektive Wirklichkeit gibt. Im systemischen Denken

konzentriert sich die Aufmerksamkeit auf die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Einzelteilen und auf die Gesamtzusammenhänge. Dabei wird nicht nur das System an sich betrachtet, wie z. B. die Person, die Familie, die Gruppe oder das Unternehmen, sondern auch die Wechselwirkungen mit den übergeordneten Systemen, wie z. B. die Gesellschaft oder die globale Welt. Ein weiterer wichtiger Unterschied zum üblichen Denken besteht darin, dass eine höhere Aufmerksamkeit auf Entwicklungen gelegt wird als auf Zustände, ein entscheidender Punkt gerade im Zusammenhang mit Diagnostik.

13. Fazit

Eine fundierte Analyse der Ist-Situation gibt Aufschluss über mögliche Lösungsansätze, schafft Vertrauen und kann Soziale Arbeit effizienter gestalten. Wünschenswert wäre eine weitere Ausdifferenzierung der Erfassung sozialer Kriterien über die Koordinaten psychosozialer Diagnostik und Intervention hinaus (vgl. Pauls. 2004/2011) sowie eine Systematisierung in interne und externe Faktoren. Zu den internen Merkmalen zählen u. a. die Persönlichkeit der Betroffenen, Gesundheitszustand, soziale Landkarte sowie psychische Einschätzungen wie Selbstwirksamkeit und Motivation. Diese sind in hohem Maße verantwortlich für eine erforderliche Bereitschaft zur Mitarbeit in der Sozialen Arbeit. Als externe Faktoren lassen sich zum Beispiel die Unterstützung durch Fachkräfte, Fördermöglichkeiten, Arbeitsbeschaffung und gute Umgebungsbedingungen nennen.

Dieser Artikel macht deutlich, dass die Durchführung einer sozialen Diagnostik viele Vorteile zur Folge hat. Es wurden Potenziale aufgezeigt, die sowohl in der praktischen Anwendung als auch in der Lehre zu fundiertem Handlungswissen führen. Erfolgreiche Hochschullehre sollte sich weg von der reinen Vermittlung fachspezifischen Wissens hin zu einem Angebot von Lerngelegenheiten zum Erwerb geforderter Kompetenzen entwickeln (Braun & Hannover, 2011). Dadurch kann eine selbstsichere Fachlichkeit in multiprofessionellen Arbeitszusammenhängen verwirklicht werden. Soziale Diagnostik braucht neben einer Systematik und Methodik auch die professionelle Urteilskraft.

Zusammenfassung

Seit zwei Jahrzehnten erfolgt theoretisch und praxisbezogen eine verstärkte Beschäftigung mit sozialer Diagnostik – auch oder gerade im Bereich der Hochschullehre, wobei wissenschaftliche Belege für deren Wirksamkeit kaum vorhanden sind. Die Autorinnen legen ihrem Verständnis von sozialer Diagnostik ein systemisch-konstruktivistisches Menschenbild zugrunde, und gehen von einem dynamischen

Diagnostikverständnis aus, in welchem soziale Diagnostik in ein prozesshaftes dialogisches Beratungsgeschehen eingebunden ist.

Der Einsatz von sozialer Diagnostik wird bestimmt durch das Wissen, die Kompetenzen und die Reflexionsfähigkeit des Sozialarbeitenden, wobei professionelles Handeln in der Sozialpädagogik wenig standardisierbar, sondern fall-, aufgaben- und situationsbezogen ist. Bereits in Ausbildung und Hochschullehre sollte dies entsprechend Berücksichtigung finden, damit der Klient/die Klientin seine soziale Welt verstehen, reflektieren und verändern kann.

Schlüsselworte: Soziale Arbeit, soziale Diagnostik, soziale Diagnose, Sozialdiagnostik

Abstract

In the last two decades, there has been an increasing theoretical and practical focus on social diagnostics – not least in university teaching. Nonetheless there is a lack of empirical evidence of its effectiveness. The authors base their understanding of social diagnostics on a systemic constructivist conception of humanity. In addition, a dynamic understanding of diagnostics is assumed, within which social diagnostics is integrated into a process-oriented consulting process.

The use of social diagnostics is determined by the knowledge, skills and reflectivity of the social worker. Moreover, professional activity in social pedagogy cannot be standardized, but is specific to the case, task and situation at hand. This should be taken into account in vocational and higher education, so that the client can understand, reflect on and change his social world.

Key words: social work, social diagnostics, social diagnosis

Literatur

- Berendt, B. (2005). The shift from teaching to learning – mehr als eine „Redewendung“: Relevanz – Forschungshintergrund – Umsetzung. In U. Welbers & O. Gaus (Hrsg.), *The shift from teaching to learning: Konstruktionsbedingungen eines Ideals* (S. 35-41). Bielefeld: Bertelsmann.
- Bolhuis, S. (2003). Towards process-oriented teaching for self-directed lifelong learning: a multidimensional perspective. *Learning and Instruction*, 13(3), 327-347.
- Braun, E. & Hannover, B. (2011). Gelegenheiten zum Kompetenzerwerb in der universitären Lehre. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 43(1), 22-28.
- Briskmann, L. (2007). Menschenrechte und Soziale Arbeit. Eine globale Perspektive. In L. Wagner & R. Lutz (Hrsg.), *Internationale Perspektiven Sozialer Arbeit* (S. 95-110). Frankfurt a. M.: IKO-Verlag für Interkulturelle Kommunikation.

- Büttner-Yu, B. (2005). *Diagnostisches Fallverstehen in der Jugendhilfe*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Evangelische Fachhochschule Berlin.
- Buttner, P., Gahleitner, S. B., Hochuli Freund, U. & Röh, D. (2018). *Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Buttner, P. (2010). Diagnostische Ansätze, Verfahren und Instrumente. Eine Orientierung für die Soziale Arbeit. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit: Vierteljahresheft zur Förderung von Sozial-, Jugend- und Gesundheitshilfe*, 41(4), 4-13.
- Dewe, B. & Schwarz, M. (2013). *Beraten als professionelle Handlung und pädagogisches Phänomen*. Hamburg: Dr. Kovač.
- Döring, N. (2009). Mediatisierte Beziehungen. In K. Lenz & F. Nestmann (Hrsg.), *Handbuch Persönliche Beziehungen*. Weinheim: Juventa.
- Fegert, J. M. & Schrappner, C. (Hrsg.). (2004). *Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation*. Weinheim: Juventa.
- Foerster, H. v. (1981). On Cybernetics of Cybernetics and Social Theory. In G. Roth & H. Schwegler (Hrsg.), *Self-Organizing Systems* (S. 102-105). Frankfurt a. M.: Campus Verlag.
- Gahleitner, S. B., Hahn, G. & Glemser, R. (Hrsg.). (2013). *Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 5*. Köln: Psychiatrie.
- Gahleitner, S. B. & Pauls, H. (2013). Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung. Ein variables Grundmodell. In S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 5* (S. 61-78). Köln: Psychiatrie.
- Galuske, M. 2013. *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (10. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Galuske, M. (2011). *Methoden der sozialen Arbeit. Eine Einführung* (9. Auflage). Weinheim: Juventa.
- Geiser, K. (2007). *Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung* (3. Auflage). Luzern: interact.
- Geiser, K., Sagebiel, J. & Vlecken, S. (2009). Problem- und Ressourcenanalyse. Voraussetzungen für das Erstellen eines sozialarbeitswissenschaftlich begründeten Befunds (Diagnose). In P. Pantuček & D. Röh (Hrsg.), *Perspektiven Sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung vom Verfahren und Standards*. Münster: LIT.
- Harnach, V. & Harnach-Beck, V. (2007). *Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Grundlagen und Methoden für Hilfeplan, Bericht und Stellungnahme* (3. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Heiner, M. (2013). Wege zu einer integrativen Grundlagendiagnostik in der Sozialen Arbeit. In S. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik*. Köln: Psychiatrie.
- Heiner, M. (Hrsg.). (2004). *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Hochuli Freund, U. & Stotz, W. (2011). *Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Hollstein-Brinkmann, H. (1993). *Soziale Arbeit und Systemtheorien*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Kraus, B. (2006). Lebenswelt und Lebensweltorientierung – eine begriffliche Revision als Angebot an eine systemisch-konstruktivistische Sozialarbeitswissenschaft. Kontext. *Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie*, 37(2), 116–129.
- Kreft, D. (2004). Moden, Trends und Handlungsorientierungen in der sozialen Arbeit seit 1945. *Archiv für Wissenschaft und Praxis in der sozialen Arbeit*, 35(4), 68-89.
- Krieger, W. (2010). *Die Pluralität systemischer Ansätze in der Sozialen Arbeit. Grundlagen, historische Linien, Entwicklungsprozesse und Forschungsperspektiven*. In S. B. Gahleitner, H. Effinger, B. Kraus, I. Miethe, S. Stövesand & J. Sagebiel (Hrsg.), *Disziplin und Profession Sozialer Arbeit. Entwicklungen und Perspektiven* (S. 139–154). Nummer 1 von Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit e.V. Opladen & Farmington Hills: Budrich.
- Krumenacker, F.-J. (Hrsg.). (2004). *Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Erfahrungen und Perspektiven*. Weinheim: Juventa.
- Macke, G., Hanke, U. & Viehmann, P. (2012). *Hochschuldidaktik. Lehren – vortragen – prüfen – beraten. Mit Methodensammlung „Besser lehren“*. Weinheim: Beltz.
- Marton, F., Dall'Alba, G. & Beaty, E. (1993). Conceptions of learning. *International Journal of Educational Research*, 19(3), 277-300.
- Mollenhauer, K. & Uhlendorf, U. (1992). *Sozialpädagogische Diagnosen. Über Jugendliche in schwierigen Lebenslagen, Bd. 1*. Weinheim: Juventa.
- Müller, B. (1993). *Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Müller, B. (2012). *Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit* (7. Aufl.). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Müller, B. & Schwabe, M. (2009). *Pädagogik mit schwierigen Jugendlichen. Ethnografische Erkundungen zur Einführung in die Hilfen zur Erziehung*. Weinheim: Juventa.
- Obrecht, W. (2001). Das Systemtheoretische Paradigma der Disziplin und der Profession der Sozialen Arbeit. Eine transdisziplinäre Antwort auf das Problem der Fragmentierung des professionellen Wissens und die unvollständige Professionalisierung der Sozialen Arbeit. *Zürcher Beiträge zur Theorie und Praxis Sozialer Arbeit*, 4,
- Pantuček, P. (2011). *Soziale Arbeit generell und speziell. Tiefenbohrungen in der österreichischen Landschaft*. In B. Kraus, H. Effinger, S. B. Gahleitner, I. Miethe & S. Stövesand (Hrsg.), *Soziale Arbeit zwischen Generalisierung und Spezialisierung. Theorie, Forschung und Praxis Sozialer Arbeit* (S. 43-58). Leverkusen: Budrich.
- Pantuček, P. (2012a). „Soziale Diagnostik“ Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit (3. Aufl.). Wien: Böhlau Studien Bücher.
- Pantuček, P. (2012b). *Netzwerkkarten*. In P. Pantuček (Hrsg.), „Soziale Diagnostik“ Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit (S. 189-202). Wien: Böhlau Studien Bücher. Zugriff am 04.11.2019 unter http://www.easynwk.com/images/download/pantucek_netzwerkkarte-manual.pdf
- Pantuček, P. (2005). *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit*. Wien: Böhlau.

- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Grundagentexte Soziale Berufe* (2. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Putz-Erath, L. (2015). „Hier Herinnen...“ - *Stellvertretende Inklusion in Arbeit in einer Organisation der Sozialen Arbeit* (Dissertation). Halle-Wittenberg: Martin-Luther-Universität. Zugriff am 04.11.2019 unter <http://digital.bibliothek.uni-halle.de/ul-bhalhs/urn/> urn:nbn:de:gbv:3:4-15172
- Röh, D. (2013). Klassifikationen in der Sozialen Arbeit – Vorschlag eines gegenstands- und funktionsbasierten Rahmens. In S. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Psychosoziale Diagnostik* (S. 80-93). Bonn: Psychiatrie.
- Sahle, R. (2002). Alltägliche Lebensführung. Alltag als Arrangement von Tätigkeiten. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 149 (2), S. 45ff.
- Salomon, A. (2004 [1926]). *Soziale Diagnose*. In A. Salomon (Hrsg.), *Frauenemanzipation und soziale Verantwortung*. Ausgewählte Schriften (S. 255-314). Neuwied: Luchterhand.
- Schiefele, U., Streblov, L., Ermgassen, U. & Moschner, B. (2003). Lernmotivation und Lernstrategien als Bedingungen der Studienleistung. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 17(3/4), 185-198.
- Schlippe, von A. & Schweitzer, J. (2016). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundlagenwissen* (3. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schrappner, C. (2004). (Hrsg.). *Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven*. Weinheim: Juventa.
- Schumacher, B. (2006). *Die Balance der Unterscheidung. Zur Form systemischer Beratung und Supervision*. Heidelberg: Carl Auer.
- Staub-Bernasconi, S. (1995). Das fachliche Selbstverständnis Sozialer Arbeit – Wege aus der Bescheidenheit. Soziale Arbeit als Human Rights Profession. In: W. R. Wendt (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Wandel ihres Selbstverständnisses – Beruf und Identität* (S. 57-104). Freiburg i. Br.: Lambertus Verlag.
- Staub-Bernasconi, S. (2006a). Der Beitrag einer systemischen Ethik zur Bestimmung von Menschenwürde und Menschenrechten in der Sozialen Arbeit. In: S. Dungs u. a. (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Ethik im 21. Jahrhundert. Ein Handbuch* (S. 267-289). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.
- Staub-Bernasconi, S. (2006b). *Soziale Arbeit: Dienstleistung oder Menschenrechtsprofession? Zum Selbstverständnis Sozialer Arbeit in Deutschland mit einem Seitenblick auf die internationale Diskussionslandschaft*. Uni Siegen. Zürich. Zugriff am 19.06.2019 unter <https://www.uni-siegen.de/zpe/projekte/menschenrechte/staubbethiklexikonutb.pdf>
- Staub-Bernasconi, S. (2010). Geleitwort. Vier Zugänge zu einer menschenrechtsbasierten, internationalen Sozialen Arbeit im 21. Jahrhundert. In H. Walz, I. Teske & E. Martin (Hrsg.), *Menschenrechtsorientiert wahrnehmen – beurteilen – handeln. Ein Lese- und Arbeitsbuch für Studierende, Lehrende und Professionelle der Sozialen Arbeit* (S. 16-33). Luzern: interact.
- Staub-Bernasconi, S. (2019). *Menschenwürde, Menschenrechte und Soziale Arbeit. Die Menschenrechte vom Kopf auf die Füße stellen. Soziale Arbeit und Menschenrechte, Bd. 1*. Opladen: Budrich.
- Stiehler, S. (2009). *Männerfreundschaften. Grundlagen und Dynamiken einer vernachlässigten Ressource*. Weinheim: Juventa.

- Thiersch, H. (1992). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel*. Weinheim: Juventa.
- Wildt, J. (2002). Ein hochschuldidaktischer Blick auf Lehren und Lernen. Eine kurze Einführung in die Hochschuldidaktik. In B. Berendt, J. Wildt & H.-P. Voss (Hrsg.), *Neues Handbuch Hochschullehre. Lehren und Lernen effizient gestalten*. Stuttgart: Raabe, Loseblattsammlung, A, 1.
- Willke, H. (2005). *Systemtheorie II: Interventionstheorie. Grundzüge einer Theorie der Intervention in komplexe Systeme* (4. Aufl.). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Willke, H. (2006). *Systemtheorie I: Grundlagen. Eine Einführung in die Grundprobleme der Theorie sozialer Systeme* (7. Aufl.). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Young, M. S., Robinson, S. & Alberts, P. (2009). Students pay attention! Combating the vigilance decrement to improve learning during lectures. *Active Learning in Higher Education*, 10(1), 41-55.

Dr. Margret Fischer, Dipl.Volksw., MSc of Communications, Freiberuflicher Business Coach, Coach-Ausbilderin, Managementberaterin, Supervisorin, Organisationsentwicklung, Führung von echt.® coaching, Lehrsupervisorin, Forschungstätigkeit in den Bereichen Coaching und Entrepreneurship, Lehre in Ökonomie, Kommunikationswissenschaft und Sozialpädagogik, systemische Beraterin/Therapeutin; Wissenschaftsexpertin im Fachausschuss Forschung des Deutschen Bundesverbandes Coaching, 1. Vorsitzende der Deutschen Coaching Gesellschaft e.V.
Gervinusweg 7/2, D-69124 - Heidelberg, Internet: www.coaching-heidelberg.de
E-Mail: info@coaching-heidelberg.de

MMag.(FH) Dr. Lea Putz-Erath, Geschäftsführerin femail FrauenInformationszentrum Vorarlberg (AT), Lehrende an der Fachhochschule Vorarlberg (AT) im Studiengang Soziale Arbeit. Sozialarbeiterin, Betriebswirtin
Marktgasse 6, A-6800 - Feldkirch, Internet: www.femail.at
E-Mail: lea.putz-erath@femail.at

Prof. Dr. Dorothea Kilk, wissenschaftliche Leiterin der Internationalen Berufsakademie der F+U Unternehmensgruppe gGmbH für den Studiengang Physiotherapie; wissenschaftliche Studienortleitung der Studienorte Darmstadt und Heidelberg; wissenschaftliche Leiterin der Internationalen Berufsakademie der F+U Unternehmensgruppe gGmbH für den Studiengang Angewandte Therapiewissenschaften – Schwerpunkt Ergotherapie; wissenschaftliche Studienortleitung Darmstadt; Diplom-Psychologin, Mediatorin, Team Management Trainer ©, Supervisorin
Poststraße 4-6, D-64293 Darmstadt, Internet: www.ibaDual.com
E-Mail: dorothea.kilk@internationale-ba.com

Prof. Dr. Monika Zimmermann, Mitglied der Geschäftsführung und Wissenschaftliche Leitung der Internationalen Berufsakademie der F+U Unternehmensgruppe gGmbH; Vorstandsmitglied der Sektion Rhein-Neckar, Landesverband Baden-Württemberg, Wirtschaftsrat der CDU e.V.; Senior Coach, Wissenschaftsexpertin, Sachverständige, Gutachterin und Mitglied im Fachausschuss Forschung im Deutschen Bundesverband Coaching e.V. (DBVC); Personal & Business Coach und Systemische Beraterin/Therapeutin (Internationale Gesellschaft für systemische Therapie – igst)
Kurfürstenanlage 64-68, D-69115 Heidelberg, Internet: www.ibaDual.com
E-Mail: monika.zimmermann@internationale-ba.com

Sebastian Ertl³

Welchen Beitrag die Evaluation von Routinedaten für die Evidenzbasierung

psycho-sozialer Interventionen leisten

Zum Nutzen von Sekundäranalysen von Daten aus Qualitätssicherungsmaßnahmen in
psycho-sozialen Arbeitsfeldern
für die Wirksamkeitsforschung Klinischer Sozialarbeit

1. Einleitung

Psycho-soziale Interventionen richten sich an Menschen, deren individuelles Leid durch das komplexe Zusammenspiel dysfunktionaler Erlebens- und Verhaltensmuster und krankmachender situativer Lebenslagen charakterisiert ist. Einerseits sollen krankmachende bzw. störungsrelevante Aspekte in den Lebenslagen einer Person verändert werden, andererseits geht es um die Bearbeitung dysfunktionaler Verhaltens- und Erlebensmuster. Klinische Sozialarbeit ist die Teildisziplin, die ausgehend von einer Person-in-Environment Perspektive, ihr Methodenrepertoire an diesem doppelten Fokus ausrichtet (Pauls, 2013). Psycho-soziale Beratung ist im Rahmen Klinischer Sozialarbeit einerseits als eigenständige Methode zu sehen. Auf der anderen Seite ist sie Bestandteil verschiedener Interventionsformen Klinischer Sozialarbeit (z.B. Case Management). Das Arrangement eines beraterischen Gesamtprozesses sowie die Anwendung einzelner Interventionsmethoden wird sich in der Praxis aufgrund der Heterogenität von Zielgruppen und Interventionskontexten (z.B. ambulant, teilstationär, stationär) in den Arbeitsfeldern Klinischer Sozialarbeit höchst spezifisch gestalten. Trotz dieser Spezifität in der konkreten Umsetzung, basieren klinisch-sozialarbeiterische Interventionen auf Basiskompetenzen und Fähigkeitsdimensionen, wie sie von Pauls und Reicherts (2013) formuliert wurden. Bei der Frage nach Effekten klinisch-sozialarbeiterischer Interventionen, geht es im Kern darum, ob und in welcher Weise ein Arrangement der angesprochenen Kompetenzdimensionen unter den spezifischen Kontextbedingungen im praktischen Feld wirkt. Für die Evidenzbasierung psycho-sozialer Interventionen in Tätigkeitsfeldern Klinischer Sozialarbeit ergeben sich folgende Probleme:

³Universität Regensburg, Abteilung für Psychosomatische Medizin. Diese Arbeit ist im Rahmen des Bayerischen Wissenschaftsforums (BayWISS) im Verbundpromotionskolleg Gesundheit entstanden und wird vom Bayerischen Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst gefördert.

1.1. Generalisierung empirischer Befunde

Empirische Befunde zur Wirksamkeit von Interventionen aus klinisch-sozialarbeiterischen Arbeitsfeldern lassen sich wegen unterschiedlicher Kontextbedingungen nicht zwingend 1:1 übertragen. Selbst bei annähernd gleichen konzeptuellen Interventionskontexten, kann nicht von einer Übertragbarkeit gefundener Effekte ausgegangen werden, wenn sich wesentliche Parameter unterscheiden (z.B. Altersstruktur der Klientel).

1.2. Übertragbarkeit von Wirkprinzipien aus Bezugsdisziplinen

Dieser Punkt betrifft in besonderer Weise das interaktionelle Methodenrepertoire psycho-sozialer Beratung, das, wenn auch eklektisch ausgerichtet, sich im Wesentlichen an psychotherapeutischen Methoden orientiert (Mayer, 2018; McLeod, 2014; Wälte & Borg-Laufs, 2018). Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen wird unter den Kontextbedingungen psychotherapeutischer Versorgung untersucht. Gefundene Wirkmechanismen psychotherapeutischer Interventionen lassen sich aufgrund anderer Rahmenbedingungen und Zielstellungen nur eingeschränkt auf psycho-soziale Interventionen übertragen.

1.3. Experimentelle und quasi-experimentelle Studiendesigns sind nur bedingt auf den Gegenstandsbereich Klinischer Sozialarbeit anwendbar

In der klinischen Forschung sind randomisierte und kontrollierte Studien (RCTs – „randomised controlled trials“) der Goldstandard, um die Wirkung therapeutischer Maßnahmen zu untersuchen (Kabisch, Ruckes, Seibert-Grafe & Blettner, 2011). Mit dem Ziel, kausale Aussagen über die Wirkung einer Therapie zu treffen, werden in RCTs (mindestens) eine zufällig gebildete Interventions- und eine Kontrollgruppe untersucht. Ist eine Randomisierung, also die zufällige Zuweisung eines Untersuchungsobjekts zu einer der Gruppen, nicht möglich, handelt es sich um ein quasi-experimentelles Design. In beiden Studientypen wird auf interne Validität fokussiert: Indem designbedingt externe Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis kontrolliert werden, sind Effekte auf der abhängigen Variablen (z.B. Symptome einer Erkrankung) auf Variationen in der unabhängigen Variablen zurückzuführen (Therapie vs. keine Therapie; Döring & Bortz, 2016). Baumgartner und Hüttemann (2015) verweisen für die Untersuchung von Effekten klinisch-sozialarbeiterischer Interventionen auf die nur eingeschränkte Anwendbarkeit experimenteller bzw. quasi-experimenteller Studiendesigns. Als Grund hierfür werden ethische Probleme und reziproke Wechselbeziehungen zwischen personen- und umweltbezogenen Merkmalen gesehen.

Eine selektive Durchsicht bisheriger Forschungsarbeiten zur Wirkungsorientierung klinisch-sozialarbeiterischer Interventionen zeigt, dass es sich hier überwiegend um longitudinale, nicht-experimentelle

Studien mit Primärdatenerhebung handelte. Es wurden sowohl qualitative als auch quantitative Analysen angewandt (Baumgardt, Mayer, Wiese, Nauerth & Röh, 2017; Rademaker & Lenz, 2017; Schulz-Behrendt & Völler, 2017). Im Gegensatz dazu, geben Arnold und Macsenaer (2015) mit der bundesweiten und einrichtungsübergreifenden Evaluation erzieherischer Hilfen (EVAS) ein Beispiel dafür, wie eine standardisierte sozialpädagogische Leistungs- und Entwicklungsdiagnostik dazu beiträgt, einerseits Daten für die Qualitätssicherung von Jugendhilfeeinrichtungen und andererseits Forschungsdaten zu generieren. Wesentliche Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität werden über eine Verlaufsdocumentation mit standardisierten Instrumenten erhoben, wodurch einrichtungs- und trägerübergreifende Vergleiche möglich sind. Als Sekundärdaten stehen die primär zum Zweck der Qualitätssicherung erhobenen Daten für wissenschaftliche Untersuchungen zur Verfügung. Hoffmann und Glaeske (2017) sprechen in diesem Zusammenhang von Routinedaten, die im Rahmen einer Sekundäranalyse – losgelöst von ihrem eigentlichen Erhebungszweck – ausgewertet werden (Döring & Bortz, 2016).

Während bisherige methodische Auseinandersetzungen der Wirkungsforschung in der Klinischen Sozialarbeit vom Paradigma der Primärdatenerhebung und -analyse auszugehen scheinen, stellt sich die Frage, welche Rolle der Analyse von Routinedaten in der Evidenzbasierung psycho-sozialer Interventionen in Arbeitsfeldern Klinischer Sozialarbeit zugesprochen werden kann. Um sich einer Klärung dieser Frage anzunähern, verfolgt dieser Beitrag folgende Ziele:

- a) Am Beispiel der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung soll die Rolle von Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Generierung von Routinedaten dargestellt werden. Im Fokus stehen Basisdokumentationssysteme aus der fachpsychotherapeutischen Versorgung.
- b) Mit dem Ziel eine hohe Datenqualität sicherzustellen, sollen aus Sicht der Evaluationsforschung Aspekte herausgearbeitet werden, die bei der Generierung von Routinedaten besonders beachtet werden sollten.
- c) Es soll ein methodischer Rahmen für die Erhebung und Analyse von Routinedaten aufgespannt und auf das Feld Klinischer Sozialarbeit hin skizziert werden. Qualitätssicherung und Routinedaten

2. Qualitätssicherung und Routinedaten

2.1 Notwendigkeit zur Qualitätssicherung in Arbeitsfeldern Klinischer Sozialarbeit

Als beratende und behandelnde Fachsozialarbeit im Sozial- und Gesundheitswesen ist Klinische Sozialarbeit – wie auch andere Professionen in diesen Bereichen – aus verschiedenen Perspektiven heraus

zur Qualitätssicherung (QS) aufgerufen. Die Notwendigkeit zur QS ergibt sich zunächst durch gesetzliche Vorgaben in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern Klinischer Sozialarbeit. So sind z.B. Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung nach §135a SGB V zur Qualitätssicherung verpflichtet. Auch im Bereich der Jugendhilfe (§§ 78 a-g, SGB VIII) oder der Rehabilitation (§37 SGB IX) besteht die gesetzliche Verpflichtung zur QS. Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätssicherung (QS) werden innerhalb der Sozialen Arbeit oft kritisch gesehen und stehen in Verdacht, Ökonomisierung und Kontrolle durch Leistungsträger Vorschub zu leisten (für eine kritische Auseinandersetzung siehe z.B. Beckmann, Otto, Richter & Schrödter, 2004). Trotz dieser sicherlich berechtigten Kritik ist die Verpflichtung zur QS auch losgelöst von gesetzlichen Vorgaben zu sehen. Eine fortwährende Evaluation ist ein wesentlicher Bestandteil psycho-sozialer Interventionen und selbst als Qualitätskriterium zu sehen. Der Umgang mit Unsicherheit, resultierend aus der Struktur der Anforderungen Sozialer Arbeit, ist ein Merkmal professionellen Handelns (klinischer) Sozialer Arbeit. Daraus folgt eine starke Gewichtung von Aushandlungsprozessen mit den an einer Problemlösung beteiligten Akteuren (Leistungsträger, Klienten/Klientinnen, Institutionen). Evaluation ist vor diesem Hintergrund ein Mittel, um durch Reflexion Handlungssicherheit in einem Feld herzustellen, das im Einzelfall nur begrenzt routinehandeln zulässt (Merchel, 2015; Müller-Kohlenberg & Münstermann, 2000). Die systematische Evaluation von Fallverläufen trägt dazu bei, Klienten und Klientinnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Dies geschieht einerseits durch fortwährende Diagnostik und Therapiezielkontrolle, mit der Absicht, auf Störungen im Beratungsablauf adäquat zu reagieren. Andererseits wird eine differentielle Planung von Interventionsmaßnahmen im Vorfeld ermöglicht. Evaluation dient darüber hinaus der beruflichen Weiterentwicklung der beratenden Fachkraft und ermöglicht es, das professionelle Handeln gegenüber Leistungsträgern und KlientInnen zu legitimieren (Wälte & Borg-Laufs, 2018).

2.2 Generierung von Routinedaten am Beispiel von Dokumentationssystemen aus der fachpsychotherapeutischen Versorgung

Unter der Voraussetzung einer standardisierten Dokumentation ist eine routinemäßige Evaluation von Fallverläufen als Teil der QS zu sehen und in ein umfassenderes Qualitätsmanagement eingebettet (Piechotta, 2008). Laireiter (2000, 2003) verweist für das Feld psychotherapeutischer Behandlung auf eine enge formale Beziehung zwischen Dokumentation, Diagnostik und Evaluation. Mittels diagnostischer Instrumente werden Daten generiert. Eine standardisierte Dokumentation dieser Diagnostikdaten zu unterschiedlichen Zeitpunkten einer Behandlung ermöglicht eine Evaluation des Behandlungsverlaufs. Erfolgt die Datenerhebung und deren Dokumentation nach festgelegten Algorithmen, wird von Dokumentationssystemen gesprochen.

Laireiter (ebd.) unterscheidet zwischen Basis- und Verlaufsdokumentationssystemen. Im Rahmen von Basisdokumentationen werden auf Grundlage konsensueller Vereinbarungen Daten zu Vor- und Ausgangsbedingungen, dem Verlauf und den Ergebnissen einer Behandlung erhoben. Verlaufsdokumentationen verfolgen hingegen das Ziel einer differentiellen Anpassung von Interventionen in Abhängigkeit zum therapeutischen Prozess (siehe z.B. Köck & Lutz, 2012; Tschitsaz-Stucki & Lutz, 2009). Demgegenüber stellen sich Basisdokumentationssysteme hinsichtlich ihrer Datenerfassung und -auswertung statischer dar, stießen aber in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungslandschaft auf breite Resonanz (z.B. Psy-BaDo-PTM oder DGPPN-BaDo; Heymann & Tritt, 2018; Spiessl, 2009). Trotz bereichsspezifischer Unterschiede gleichen sich die Systeme in ihrer Struktur. Es werden soziodemographische Daten sowie relevante anamnestische und diagnostische Daten erfasst. Obligatorisch werden Daten zu Therapiebeginn und -ende erhoben, wobei bestimmte Variablen als Indikatoren für die Prozess- und Ergebnisqualität herangezogen werden. Hinsichtlich der Erfassung der Ergebnisqualität zeigen sich Basisdokumentationen flexibel in Bezug auf den Einsatz von Instrumenten und die Erfassungslogik. Es stehen Möglichkeiten einer prä-post Analyse (indirekte Ergebnismessung) durch standardisierte psychodiagnostische Instrumente (z.B. *ICD-10-Symptom Rating* (ISR); K. Tritt et al., 2009) oder Zielerreichungsanalysen ebenso zur Verfügung (*Goal Attainment Scaling* (GAS)), wie Verfahren zur direkten Veränderungsmessung (z.B. *Vergleichsfragebogen zum Verhalten und Erleben* (VEV-K); Kriebel et al. 2001).

Janssen (2009) verweist darauf, dass Routinedaten im Gesundheitswesen zwar aus verschiedenen Quellen (z.B. administrative Behandlungsdaten) heraus generiert werden können, von besonderem Interesse aber diejenigen Daten sind, die unmittelbar aus der Routinebehandlung einer Patientin oder eines Patienten resultieren. Diesen Anspruch erfüllen Basisdokumentationssysteme (BaDo), da in ihnen Behandlungsdaten in systematisierter Form zusammengefasst sind (Weinmann, 2009). Die aus den BaDo-Daten gebildeten Indikatoren erlauben es, den Behandlungsverlauf und das Behandlungsergebnis zu quantifizieren, was eine interindividuelle Vergleichbarkeit zwischen Patienten und Patientinnen ermöglicht.

3. Evaluation von Routinedaten

3.1 Evaluation im Rahmen von Qualitätssicherung

Wie bereits dargestellt, ist Evaluation ein Bestandteil professionellen Handelns Klinischer Sozialarbeit. Wie ist aber nun Evaluation im Rahmen der Qualitätssicherung zu verstehen? Auf individueller Ebene werden Daten zu verschiedenen behandlungsrelevanten Indikatoren erhoben. Die auf Einzelfallebene vorliegenden Daten werden in einem nächsten Schritt gruppenbezogen – also auf alle in einem Zeitraum

behandelten Patienten und Patientinnen oder bezogen auf interessierende Teilgruppen – ausgewertet. Evaluation bezieht sich im klinischen Kontext zuvorderst auf die Überprüfung und Bewertung von Interventions- und Behandlungsmaßnahmen. Nach Kromrey (2000, S. 26) lassen sich Evaluationen im Rahmen der Qualitätssicherung am ehesten dem „Kontrollparadigma“ zuordnen. Allerdings ist Kontrolle in diesem Zusammenhang nicht zwingend als „Kontrolle von außen“ z.B. durch Leistungsträger zu verstehen, sondern vielmehr als Kontrolle des professionellen Handelns durch die Professionellen selbst. Qualitätssicherung hat zwar immer die Dimension der Rechtfertigungsfunktion inne, diese steht aber hier nicht im Zentrum.

Evaluationen mit Bezug zur Qualitätssicherung zeigen sich hinsichtlich zu untersuchender Fragestellungen und Hypothesen oder in Bezug auf Bewertungskriterien, anders als Forschungsevaluationen, nicht a priori definiert. Hauptcharakteristikum ist die prozesshafte Einbindung des Evaluationsprozesses in den Gesamtprozess des Qualitätsmanagements einer Einrichtung (formative Evaluation). Anders als in Forschungsprojekten, in denen Daten i.d.R. innerhalb eines festen Zeitfensters erhoben werden, ist der Datenerhebungsprozess bei Evaluationen mit Bezug zur Qualitätssicherung zeitlich offen angelegt (Döring & Bortz, 2016; Kromrey, 2000).

Grundsätzlich ist zwischen interner und externer Qualitätssicherung zu unterscheiden. Bei der internen Qualitätssicherung werden die Maßnahmen durch die Einrichtung selbst evaluiert. Im Gegensatz dazu findet bei einer externen Qualitätssicherung die Evaluation außerhalb der eigenen Einrichtung statt. Im Rahmen des stationären psychosomatischen Versorgungssektors werden z.B. Daten einrichtungsübergreifend ausgewertet und die Kliniken hinsichtlich verschiedener Qualitätsindikatoren miteinander verglichen (sog. Benchmarking; Karin Tritt, Götz, Loew & Heymann, 2007).

Eine Unterscheidung muss zwischen Evaluation und Evaluationsforschung getroffen werden. Evaluationsforschung impliziert den Bewertungsaspekt von Evaluation, erweitert diesen aber um die wissenschaftliche Fundierung (Moosbrugger & Schweizer, 2002). Konkret heißt dies, dass von Evaluationsforschung dann gesprochen wird, wenn Wirksamkeitsüberprüfungen auf der Anwendung empirischer Forschungsmethodik basieren. Die Beurteilung und Optimierung von Maßnahmen (resp. Interventionen und Behandlungen) wird also durch ein empirisch datengestütztes Vorgehen begründet (Döring & Bortz, 2016; Farin & Bengel, 2003; Moosbrugger & Schweizer, 2002). Ein entscheidender Punkt, um mit Dokumentationssystemen generierte Routedaten Evaluationsforschung betreiben zu können, ist also, dass sie forschungsmethodische Kriterien erfüllen müssen.

3.2 Evaluationsforschung mit Routinedaten aus der Qualitätssicherung – Impulse aus der psychotherapeutischen Versorgungsforschung

Ein grundsätzliches Problem, das es im Rahmen von Evaluationsforschung zu lösen gilt, ist die Entsprechung von Maßnahme (resp. Intervention; unabhängige Variable) und Wirkkriterium (abhängige Variable). Das Ziel einer Intervention und das Wirkkriterium müssen zueinander in einem symmetrischen Verhältnis stehen. Dies setzt eine möglichst genaue Explikation der Ziele einer Interventionsmaßnahme voraus. Auf dieser Grundlage werden dann Kriterien definiert, entlang derer die Wirksamkeit einer Intervention beurteilt wird. Hierfür ist die Bestimmung aussagekräftiger Indikatoren notwendig, die reliable und valide Daten über die Zielerreichung von Interventionen liefern (Döring & Bortz, 2016).

Im Kontext der psychotherapeutischen Versorgung gibt das methodische Vorgehen der Psychotherapieforschung wichtige Impulse, wie eine hohe Datenqualität bei Routinebehandlungen sichergestellt werden kann (Hiller, Bleichhardt & Schindler, 2009). Zunächst werden relevante Qualitätsdimensionen psychotherapeutischer Behandlung benannt (z.B. Reduktion der psychischen Symptomatik) und Indikatoren (z.B. Fragebogen zur psychischen Symptomatik) zu deren Operationalisierung bestimmt. In einem nächsten Schritt wird definiert, zu welchen Zeitpunkten und mit welchen Instrumenten Messungen durchgeführt werden. Anders als in Forschungstherapien müssen – entsprechend des formativen Evaluationsansatzes in der Qualitätssicherung – Zeitpunkte festgelegt werden, zu denen eine routinemäßige Evaluation stattfindet (Evaluationszyklen). Wegen der im Rahmen von Routinebehandlungen zu erwartenden Stichprobenfluktuationen sollte auch eine Entscheidung darüber getroffen werden, wie in der Evaluation mit Drop-Outs umgegangen wird. Um Überschätzungen der Therapieeffekte zu vermeiden verweisen Hiller, Bleichhardt und Schindler (2009) darauf, Completer-Analysen ebenso durchzuführen wie Intention-to-Treat Analysen (ITT). In der Festlegung von Bewertungskriterien, also wann von erfolgreichen Behandlungen gesprochen werden kann, erscheint eine Orientierung an in der Forschung gängigen Effektgrößen wegen der Heterogenität der untersuchten Stichproben wenig zielversprechend.

Hier bieten Ansätze, wie das bereits angesprochene Benchmarking (Karin Tritt et al., 2007) einen wichtigen Bezugspunkt, da Behandlungseffekte einer Einrichtung mit dem Behandlungskontext in Bezug gesetzt werden.

4. Die Analyse von Routinedaten als angewandte Versorgungsforschung

4.1 Effektivitäts-Studien unter naturalistischen Bedingungen als methodischer Rahmen evidenzbasierter psycho-sozialer Interventionen

Ziel der Analyse von Routinedaten ist die Sicherstellung einer hohen Repräsentativität der untersuchten Stichprobe(n) in Bezug auf wesentliche Charakteristika der Patienten und Patientinnen, der Behandler sowie Art und Umfang der Interventionen (Leichsenring & Rüger, 2004). Da Routinedaten im Rahmen von Sekundäranalysen ausgewertet werden, liegen i.d.R. keine a-priori definierten Interventions- und Kontrollgruppen vor. Routinedatenanalysen, wie sie hier skizziert werden, sind daher als retrospektive Beobachtungsstudien zu klassifizieren und lassen aufgrund ihrer geringen internen Validität keine Aussage über kausale Ursache-Wirkungszusammenhängen zu. Kromrey (2000) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass Interventionen zum einen nicht trennscharf auf einen intendierten Effekt wirken und andererseits Interventionsziele nicht ausschließlich auf eine spezifische Intervention rückführbar sind. Eine Möglichkeit die interne Validität zu erhöhen besteht darin, die Dokumentation als Eingruppen-Pretest-Posttest-Plan zu konzipieren. In diesem Fall kann die Veränderung eines Symptoms oder Problems über die Zeit hinweg beobachtet (resp. gemessen) und Effekte der Intervention zugerechnet werden.

Während bei RCTs die Überprüfung von Wirkungshypothesen einer Intervention im Fokus stehen (Efficacy), erlauben Routinedatenanalysen Aussagen über die Wirksamkeit von Interventionen unter den Bedingungen der Versorgungsrealität. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von nicht-randomisierten Effectiveness-Studien. Eine methodisch höhere Bewertung von RCTs gegenüber naturalistisch angelegten Studien, wie sie aktuell noch im Rahmen der Evidence-based Medicine (EbM) vertreten wird, erscheint wenig zielführend, da sich beide Designs auf unterschiedliche Anwendungsbereiche beziehen (Leichsenring & Rüger, 2004; Karin Tritt et al., 2005). Pieper (2017) verweist vielmehr auf die komplementäre Beziehung zwischen Efficacy- und Effectiveness-Forschung und die Notwendigkeit Ergebnisse aus beiden Strängen systematisch zusammenzuführen. Die Sicherstellung einer hohen internen Validität muss daher bei der Untersuchung von Routinedaten nicht zwingend im Zentrum stehen. Gleichzeitig führen naturalistische Untersuchungsbedingungen nicht automatisch zu einer hohen externen (ökologischen) Validität, wenn die Repräsentativität der Stichprobe nicht gewährleistet ist (Kordy, 2008).

4.2 Notwendigkeit eines Rahmenmodells für die Festlegung von Outcome-Indikatoren klinisch sozialarbeiterischer Interventionen

Um zu Aussagen über die Wirksamkeit einer Intervention zu kommen, muss definiert sein, auf welchen Dimensionen sich in Abhängigkeit der intendierten Ziele der Interventionsmaßnahme Effekte zeigen sollen. In einem nächsten Schritt muss bestimmt werden, welche Indikatoren zur Messung der Effektivität herangezogen und entlang welcher Kriterien eine Bewertung erfolgen soll. In Arbeitsfeldern Klinischer Sozialarbeit stellt die Bestimmung geeigneter Indikatoren sowie deren Messung wegen komplexer Wechselbeziehungen zwischen Interventionen und Kontextbedingungen ein besonderes Problem dar. Insbesondere auch deshalb, weil eine Beeinflussung von Kontextbedingungen gerade auch ein Ziel der Interventionen Klinischer Sozialarbeit darstellt.

Ausgehend von einem bisher fehlenden konzeptuellen Rahmen zur Untersuchung von Wirkfaktoren in der (klinischen) Sozialen Arbeit schlagen Hüttemann, Solèr, Süsstrunk und Sommerfeld (2017) mit dem „AkteurInnen im Lebenswelt- und Interventionskontext, Mechanismen und Entwicklungsverläufe-Konfigurationen“ (ALIMEnt) ein Modell vor, in dem Kontextbedingungen, Wirkfaktoren und Outcome miteinander in Bezug gesetzt und in einen theoretischen Zusammenhang gestellt werden (Abbildung 1). In diesem Modell wird eine analytische Trennung aus personenbezogenen Interventionen (Interventionskontext) und dem Lebensweltkontext – bestehend aus unterschiedlichen Lebensführungssystemen (Sommerfeld, Dällenbach, Rügger & Hollenstein, 2016) – vorgenommen. Wirkungsmechanismen psycho-sozialer Interventionen sind im ALIMEnt-Modell im intermediären Bereich aus Interventions- und Lebensweltkontext angesiedelt.

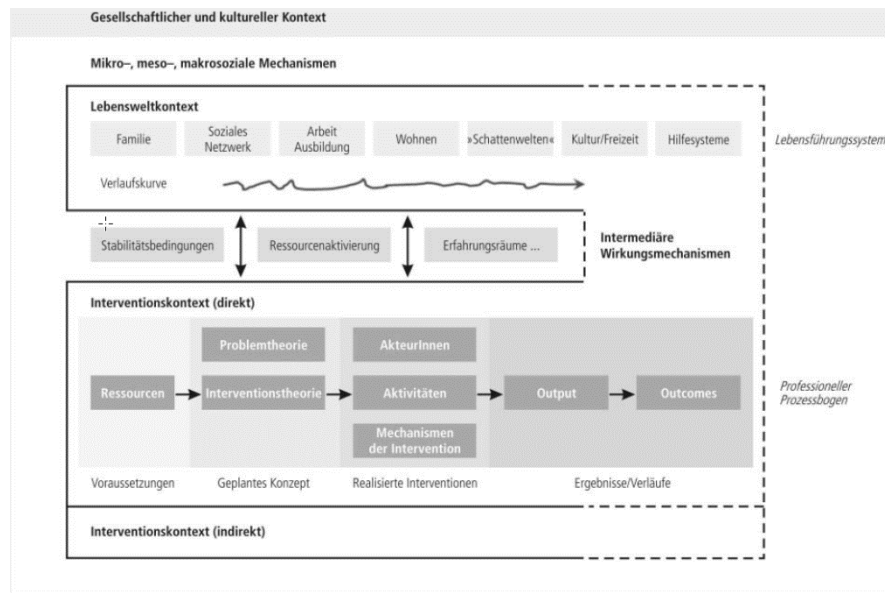


Abbildung 1: Modellierung von ALIMent-Konfigurationen (AkteurInnen im Lebenswelt- und Interventionskontext, Mechanismen und Entwicklungsverläufe; Hüttemann et al., 2017)

Um die Wirksamkeit psycho-sozialer Interventionen mittels Routinedaten zu untersuchen, müssen Dokumentationssysteme Informationen über den Interventionskontext, wie z.B. Interventionsdauer sowie Art und Kombinationen unterschiedlicher Interventionen erheben. Genauso entscheidend ist aber eine möglichst adäquate Abbildung des Lebensführungssystems. Diesem kommt in der Erfassung eine doppelte Rolle zu. Auf der einen Seite sind Variablen über das Lebensführungssystem bedeutsame Kontrollvariablen, auf der anderen Seite können sie auch wichtige Variablen zur Outcome Messung sein. Eine Entscheidung darüber, muss vor dem Hintergrund der Programmziele bzw. der Ziele einer Intervention getroffen werden. In Bezug auf die Auswahl geeigneter Bewertungsstandards, stellt der oben dargestellte Benchmarking-Ansatz auch für Arbeitsfelder Klinischer Sozialarbeit eine brauchbare Möglichkeit dar. Auf diese Weise können unter Berücksichtigung struktureller Unterschiede zwischen den Einrichtungen Potentiale und Schwächen aufgedeckt und die Versorgung der Klientel einrichtungsintern, aber auch einrichtungsübergreifend verbessert werden.

Gelingt es, wesentliche Variablen des ALIMent-Modells im Rahmen von Dokumentationssystemen zu berücksichtigen, wären Analysen auf hohem Niveau möglich. Im Rahmen der Datenanalyse wäre z.B. die

„Simulation“ eines quasi-experimenteller Untersuchungsplan ex-post vorstellbar. Strukturgleiche Interventions- und Kontrollgruppen könnten durch ein Matching mittels Propensity-Score-Analyse gebildet werden (Hoffmann, van den Berg & Glaeske, 2017). Theoretisch angenommene Wirkzusammenhänge könnten mit Strukturgleichungsmodellen (Kline, 2016) untersucht werden. Das Potential dieses Analyseansatzes für die Untersuchung sozialarbeiterischer Fragestellungen liegt in der Möglichkeit Wechselwirkungen zu modellieren und zu testen. Die hierfür benötigten großen Stichprobengrößen dürften mit Routinedaten leichter zu erzielen sein als im Rahmen isolierter Forschungsprojekte.

4.3 Analyse von Routinedaten als angewandte Versorgungsforschung Klinischer Sozialarbeit

Die aufgezeigten Merkmale der Analyse von Routinedaten zeigen durch Outcome-Orientierung und die Untersuchung der Wirksamkeit von Interventionen unter Realbedingungen eine Parallele zur Versorgungsforschung (Schrappe & Pfaff, 2017). Kontextfaktoren werden im Rahmen der Versorgungsforschung als aktive Einflussgröße gesehen. Gleichzeitig werden Interventionen als komplexe Interventionen modelliert. Dies bedeutet, dass mehrere (Teil-)Interventionen auf einen zu untersuchenden Gegenstand wirken. Für die Analyse von Wirkfaktoren müssen Interdependenzen zwischen Kontextbedingungen und komplexen Interventionen angenommen werden. Da beide Faktoren rekursiv aufeinander bezogen sind und sich durch ein nicht-lineares Wirkprinzip charakterisieren, sprechen Schrappe und Pfaff (ebd.) in diesem Zusammenhang von doppelter Komplexität.

Mit dem Prinzip der doppelten Komplexität lässt sich auch das Wesen klinisch-sozialarbeiterischer Interventionen beschreiben. Da die psycho-sozialen Interventionen an einer Person-in-Environment Perspektive ausgerichtet sind, ergeben sich komplexe Wechselwirkungen zwischen dem Interventionskontext und dem sozialen Kontext mit seinen Lebensführungssystemen. Da hierzu auch Helfersysteme zählen, ist von komplexen Interventionen auszugehen. Parallel zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung (Tritt et al., 2005), die sich ebenfalls durch Anwendungsorientierung und dem Fokus auf die Realversorgung charakterisiert, könnte die Analyse von Routinedaten als klinisch-sozialarbeiterische Versorgungsforschung gesehen werden. Eine Konsequenz dieser Sichtweise läge darin, einen spezifisch klinisch-sozialarbeiterischen Blick auf die Versorgungsrealität zu richten. Die Perspektive Klinischer Sozialarbeit würde auf diese Weise in der Bewertung der Versorgungsstrukturen Berücksichtigung finden. Dies wiederum würde zu einer Optimierung der Versorgung der Klientel Klinischer Sozialarbeit führen. Andererseits könnten methodische Zugänge der Versorgungsforschung Impulse für die Forschungspraxis Klinischer Sozialarbeit liefern.

5. Zusammenfassung und Ausblick

In dieser Arbeit konnte am Beispiel von (Basis-)Dokumentationssystemen in den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie aufgezeigt werden, dass Dokumentation einerseits eine Qualitätssicherungsmaßnahme ist und andererseits eine wichtige Datenquelle zur Überprüfung der Behandlungsqualität darstellt. Die Anwendung empirischer Forschungsmethodik ermöglicht die Sicherstellung einer Datenqualität, die für Effektivitäts-Studien unter naturalistischen Bedingungen vorausgesetzt wird. Besonderer Wert muss hierbei auf die Symmetrie zwischen Programmzielen und der Operationalisierung von Evaluationskriterien gelegt werden. Am Beispiel psychotherapeutischer Versorgungsforschung konnte die Festlegung fester Evaluationszyklen und die Formulierung angemessener Bewertungsstandards aufgezeigt werden.

Ausgehend von der Annahme einer formalen Beziehung zwischen Dokumentation und Qualitätssicherung, wurde in dieser Arbeit die Auffassung vertreten, dass die Generierung von Routinedaten mittels Dokumentationssystemen grundsätzlich auch für Arbeitsfelder Klinischer Sozialarbeit übernommen werden kann. Auf diese Weise wäre eine systematische Erforschung der Wirksamkeit klinisch-sozialarbeiterischer Interventionen einrichtungsübergreifend innerhalb eines Arbeitsfeldes möglich. Um angemessene Wirkkriterien zu bestimmen, wurde eine Orientierung am ALIMEnt-Modell von Hüttemann et al. (2017) vorgeschlagen. Unabhängig vom Forschungsdesign, hält dieses Modell Dimensionen und Annahmen über Interdependenzen vor, die bei der Auswahl von Outcome-Indikatoren zu berücksichtigen sind. Entsprechend der Programmziele und auf Grundlage theoretischer Wissensbestände Klinischer Sozialarbeit müssten die Dimensionen des Modells auf die jeweils spezifischen Bedingungen innerhalb eines Arbeitsfeldes Klinischer Sozialarbeit hin operationalisiert werden. Der Lebensweltkontext müsste gleichzeitig als Wirkgröße und Einflussgröße modelliert werden. Hierin zeigt sich eine Parallele zur Versorgungsforschung, in deren Rahmen neben dem Fokus auf der Effektivität unter Alltagsbedingungen, besonders auch die doppelte Komplexität aus Kontextbedingungen und komplexen Interventionen in den Blick genommen wird. Effektivitäts-Studien Klinischer Sozialarbeit können vor diesem Hintergrund als angewandte Versorgungsforschung verstanden werden.

Einschränkend ist zu sagen, dass dieser Beitrag ausschließlich auf die Erhebung und Analyse quantitativer Daten fokussierte. In welcher Form qualitative Evaluationsansätze in der skizzierten Systematik Berücksichtigung finden könnten, müsste noch geklärt werden. Die aufgeführten Beispiele aus der psychotherapeutischen Versorgungsforschung wurden gewählt, um Potentiale und Vorgehensweisen zur Routinedatenerhebung aufzuzeigen. Eine Übernahme der gezeigten Systematik in Arbeitsfelder Klinischer Sozialarbeit ist vorstellbar, ein besonderes Problem bleibt aber die Bestimmung und Operationalisierung

angemessener Indikatoren, die reliabel und valide Auskunft über die Wirksamkeit einer Intervention geben. Der skizzierte Ansatz ist ferner als ein Baustein in der Evidenzbasierung klinisch sozialarbeiterischer Interventionen zu sehen und macht andere Zugänge der Wirksamkeitsforschung nicht obsolet. Vielmehr ist von einer komplementären Beziehung unterschiedlicher Ansätze auszugehen.

Mit dem Ziel, Routinedaten für methodisch hochwertige Effektivitätsstudien zu qualifizieren, ergeben sich für die Profession Klinischer Sozialarbeit zwei zentrale Herausforderungen: Auf der einen Seite müssen diagnostische Instrumente entwickelt werden, die eine reliable Erfassung einer Problematik und deren Veränderung unter Beachtung der Person-Kontext-Interaktionen ermöglichen. Auf der anderen Seite müssten für verschiedene Arbeitsfelder Klinischer Sozialarbeit Merkmalsbereiche und Indikatoren ausgewählt werden, die Effekte klinisch-sozialarbeiterischer Interventionen adäquat in Dokumentationssystemen abbilden. Neben der Entwicklung eigener Systeme wäre es in interdisziplinären Arbeitsfeldern das Ziel, professionseigene Merkmalsbereiche in bereits bestehende Dokumentationssysteme zu integrieren. Voraussetzung einer standardisierten und einrichtungsübergreifenden Datenerhebung ist ein breiter Konsens der professionellen Akteure über Qualitätsindikatoren und relevante Merkmale innerhalb eines spezifischen Arbeitsfeldes Klinischer Sozialarbeit.

Zusammenfassung

Ziel dieses Beitrags ist es, die Analyse von Routinedaten in Arbeitsfeldern Klinischer Sozialarbeit zu skizzieren und ihr Potential für Wirksamkeitsnachweise klinisch-sozialarbeiterischer Interventionen unter Realbedingungen aufzuzeigen. Am Beispiel von Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie wird gezeigt, wie mittels Basisdokumentationssystemen (BaDo) Evaluationsdaten generiert werden. Diese Daten stehen einerseits für Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verfügung, können im Rahmen von Sekundäranalysen aber auch für Effectiveness-Studien herangezogen werden. Für die Bestimmung von Outcome-Indikatoren bei klinisch-sozialarbeiterischen Interventionen wird eine Orientierung am ALIMEnt-Modell von Hüttemann et al. (2017) vorgeschlagen. Es kann gezeigt werden, dass der in dieser Arbeit skizzierte Weg zur Nutzung von Routinedaten einen Bezug zur Versorgungsforschung aufweist. Die Versorgungsforschung wiederum bietet einen methodischen Zugang für die Evidenzbasierung klinisch-sozialarbeiterischer Interventionen.

Schlüsselwörter: Routinedaten – Sekundäranalysen – Klinische Sozialarbeit – Effektivitäts-Studien – Beobachtungsstudien – Dokumentation

Abstract

Objective of this paper is to outline the analysis of routine data in fields of clinical social work and to show its potential for evidence-based interventions of clinical social work under real conditions. Using psychiatry, psychosomatic and psychotherapy as examples, it is shown how evaluation data are generated using basic documentation systems (BaDo). These data are available for quality assurance measures, but can also be used in the context of secondary analysis for effectiveness studies. For the determination of outcome indicators in clinical social work interventions, an orientation towards the ALIMEnt model of Hüttemann et al. (2017) is proposed. It can be shown that the way of using routine data outlined in this paper has a connection to health services research, which in

turn, offers a methodological approach to proof the evidence of clinical-social work interventions.

Key words: routine data - secondary analyses - clinical social work - effectiveness studie – observational data – documentation

Literatur

- Arnold, J. & Macsenaere, M. (2015). Anwendungsmöglichkeiten und Rahmen der Evaluation erzieherischer Hilfen (EVAS) am Beispiel von Hilfen bei dissozial auffälligen jungen Menschen. In G. Hahn & M. Hüttemann (Hrsg.), *Evaluation psychosozialer Interventionen. Klinische Sozialarbeit Band 7* (Klinische Sozialarbeit - Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 7, S. 76–88). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Baumgardt, J., Mayer, G., Wiese, A., Nauerth, M. & Röh, D. (2017). Wirkungsforschung in der Sozialen Arbeit: das Forschungskonzept des Hamburger BAESCAP-Projekts. *Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 13(3), 7–8.
- Baumgartner, E. & Hüttemann, M. (2015). Herausforderungen experimenteller und quasi-experimenteller Evaluationsdesigns. In G. Hahn & M. Hüttemann (Hrsg.), *Evaluation psychosozialer Interventionen. Klinische Sozialarbeit Band 7* (Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 7, S. 31–46). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Beckmann, C., Otto, H.-U., Richter, M. & Schrödter, M. (Hrsg.). (2004). *Qualität in der Sozialen Arbeit. Zwischen Nutzerinteresse und Kostenkontrolle*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Farin, E. & Bengel, J. (2003). Qualitätssicherung, Evaluationsforschung und Psychotherapieforschung: Abgrenzungen und Zusammenwirken. In M. Härter, H. W. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden, Anwendung* (S. 47–70). Göttingen: Hogrefe.
- Heymann, F. v. & Tritt, K. (2018). *Psy-BaDo-PTM. Version 4.13*. Zugriff am 24.06.2020. Verfügbar unter <https://www.iqp-online.de/downloads/>
- Hiller, W., Bleichhardt, G. & Schindler, A. (2009). Evaluation von Psychotherapien aus der Perspektive von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57(1), 7–22.
- Hoffmann, F. & Glaeske, G. (2017). Analyse von Routinedaten. In M. Schrappe, E. Neugebauer, G. Glaeske, H. Pfaff, M. Rothmund & W. Schwartz (Hrsg.), *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung* (2. Aufl., S. 122–127). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Hoffmann, W., van den Berg, N. & Glaeske, G. (2017). Versorgungsepidemiologische Methoden und analytische Studiendesigns. In M. Schrappe, E. Neugebauer, G. Glaeske, H. Pfaff, M. Rothmund & W. Schwartz (Hrsg.), *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung* (2. Aufl., S. 72–76). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Hüttemann, M., Solèr, M., Süsstrunk, S. & Sommerfeld, P. (2017). Wirkungsforschung und Evaluation in der Klinischen Sozialen Arbeit. *Klinische Sozialarbeit - Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 13(3), 4–6.
- Janssen, B. (2009). Routinedaten und Qualitätssicherung. In W. Gaebel, T. Becker & H. Spiessl (Hrsg.), *Routinedaten in der Psychiatrie. Sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung* (S. 49–52). Heidelberg: Steinkopff.
- Kabisch, M., Ruckes, C., Seibert-Grafe, M. & Blettner, M. (2011). Randomisierte kontrollierte Studien. Teil 17 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(39), 663–668. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0663>

- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (Methodology in the social sciences, Fourth edition). New York: The Guilford Press.
- Köck, K. & Lutz, W. (2012). Therapieverlaufs- und Ergebnismessung im Rahmen einer patientenorientierten Psychotherapieforschung. *PID - Psychotherapie im Dialog*, 13(01), 10–16. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1298924>
- Kordy, H. (2008). Psychosoziale Versorgungsforschung. *Psychotherapeut*, 53(4), 245–253. <https://doi.org/10.1007/s00278-008-0612-z>
- Kromrey, H. (2000). Die Bewertung von Humandienstleistungen. Fallstricke bei der Implementations- und Wirkungsforschung sowie methodische Alternativen. In H. Müller-Kohlenberg & K. Münstermann (Hrsg.), *Qualität von Humandienstleistungen. Evaluation und Qualitätsmanagement in Sozialer Arbeit und Gesundheitswesen* (S. 19–58). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Laireiter, A.-R. (2000). Dokumentation. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 441–458). Wien: Springer.
- Laireiter, A.-R. (2003). Dokumentation in der Psychotherapie. In M. Härter, H. W. Linsinger & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden, Anwendung* (S. 71–96). Göttingen: Hogrefe.
- Leichsenring, F. & Rüger, U. (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM): Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien - Gibt es nur einen Goldstandard? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50(2), 203–217.
- Mayer, M. (2018). Professionalisierungswege und Charakteristika psycho-sozialer Beratung. *Beratung Aktuell*, 19(3), 52–65. Zugriff am 11.12.2019. Verfügbar unter <http://beratung-aktuell.de/wp-content/uploads/2019/01/BA-3-2018.pdf>
- McLeod, J. (2014). *Counselling - eine Einführung in Beratung* (Beratung, Bd. 1, 2. Auflage). Tübingen: dgvt Verlag, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Merchel, J. (2015). Evaluation: Motivlagen zwischen Legitimation und Weiterentwicklung einer professionellen Praxis in der Sozialen Arbeit. In G. Hahn & M. Hüttemann (Hrsg.), *Evaluation psychosozialer Interventionen. Klinische Sozialarbeit Band 7* (Klinische Sozialarbeit - Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 7, S. 16–30). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Moosbrugger, H. & Schweizer, K. (2002). Evaluationsforschung in der Psychologie. *Zeitschrift für Evaluation*, (2), 19–37. Zugriff am 20.03.2020. Verfügbar unter http://www.zfev.de/fruehereAusgabe/ausgabe2002-1/download/moosbrugger_schweizer.pdf
- Müller-Kohlenberg, H. & Münstermann, K. (Hrsg.). (2000). *Qualität von Humandienstleistungen. Evaluation und Qualitätsmanagement in Sozialer Arbeit und Gesundheitswesen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Auflage). Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.
- Pauls, H. & Reicherts, M. (2013). Allgemeine Basiskompetenzen für sozialtherapeutische Beratung. Ein Konzept zur Systematisierung. In H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Sozialtherapeutische Beratungskompetenzen. Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 57–78). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Piechotta, B. (2008). *PsyQM. Qualitätsmanagement für psychotherapeutische praxen*. Heidelberg: Springer.
- Pieper, D. (2017). Evidenzsynthese. In M. Schrappe, E. Neugebauer, G. Glaeske, H. Pfaff, M. Rothmund & W. Schwartz (Hrsg.), *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung* (2. Aufl., S. 140–144). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Rademaker, A. L. & Lenz, A. (2017). Wirkungsorientierung zwischen Goldstandard und Forschungsrealität: das Projekt „Kinder schützen durch Stärkung der Eltern“. *Klinische Sozialarbeit - Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 13(3), 9–11.

- Schrappe, M. & Pfaff, H. (2017). Einführung in Konzept und Grundlagen der Versorgungsforschung. In M. Schrappe, E. Neugebauer, G. Glaeske, H. Pfaff, M. Rothmund & W. Schwartz (Hrsg.), *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung* (2. Aufl., S. 2–68). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Schulz-Behrendt, C. & Völler, H. (2017). Sozialarbeiterische Intervention in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. *Klinische Sozialarbeit - Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 13(3), 12–14.
- Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rüeegger, C. & Hollenstein, L. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis* (2016. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Spiessl, H. (2009). Von der BADO zum sektorenübergreifenden Datenset. In W. Gaebel (Hrsg.), *Routinedaten in der Psychiatrie. Sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung*. [Berlin]: Steinkopff.
- Tritt, K., Zaudig, M., Klapp, B. F., Loew, T., Söllner, W. & Heymann, F. v. (2009). Kennwerte des Fragebogens ICD-10-Symptom-Rating (ISR). *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 59(02). <https://doi.org/10.1055/s-0029-1208202>
- Tritt, K., Götz, K., Loew, T. & Heymann, F. v. (2007). Qualitätssicherung mit Benchmarking in der stationären Psychosomatik. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 8(1), 74–78. <https://doi.org/10.1055/s-2006-951988>
- Tritt, K., Loew, T., Joraschky, P., Bidmon, R. K., Heymann, F. v. & Nickel, M. (2005). Psychotherapeutische Versorgungsforschung aus Anwendungsfach. Eine konzeptuelle und methodische Betrachtung. In T. Loew, K. Tritt & P. Joraschky (Hrsg.), *Stationäre Behandlung in der Psychosomatik - wer, wann, wie?* (Schriftenreihe Schriften zur medizinischen Psychologie, Bd. 14). Hamburg: Kovač.
- Tschitsaz-Stucki, A. & Lutz, W. (2009). Identifikation und Aufklärung von Veränderungssprüngen im individuellen Psychotherapieverlauf. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38(1), 13–23. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.38.1.13>
- Wälte, D. & Borg-Laufs, M. (Hrsg.). (2018). *Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention* (Grundwissen Soziale Arbeit, Band 24, 1. Auflage). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Weinmann, S. (2009). Routinedaten und Versorgungsleitlinien. In W. Gaebel, T. Becker & H. Spiessl (Hrsg.), *Routinedaten in der Psychiatrie. Sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung* (S. 58–70). Heidelberg: Steinkopff.

Sebastian Ertl, Dipl. Soz.-Päd. (FH); M.A., Klinischer Sozialarbeiter und approbierter Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut; Berufliche Tätigkeiten im Bereich der Kinder- u. Jugendhilfe sowie in der Diagnostik und Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, aktuell in einer kinder- u. jugendpsychiatrischen Institutsambulanz tätig, Verschiedene Lehrtätigkeiten an Hochschulen im Bereich (Klinischer) Sozialer Arbeit, Vorstandsmitglied des European Centre for Clinical Social Work (ECCSW). Aktuell berufsbegleitende Promotion zum Thema Qualitätssicherung an der Abteilung für Psychosomatische Medizin der Universität Regensburg in Kooperation mit der Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg.
E-Mail: ertl.sebastian@gmx.de

Michael Märtens & Rebecca Pfeiffer
**Verantwortung in Beratung und Psychotherapie:
Ist Beratung leichter als Psychotherapie?**

1. Einleitung

Das Thema Verantwortung hat aktuell durch die Coronapandemie noch eine andere Tragweite bekommen. Wie verantworten Experten ihr Handeln und was muss der Einzelne, das Individuum tun und verantworten? Die Verantwortung ist in diesen Zeiten eine Doppelte: Wie schütze ich mich vor einer Infektion, die möglicherweise tödlich sein kann, und wie verhindere ich, dass ich andere gefährde?

Fühlen sich Psychotherapeuten oder psychosoziale Berater verantwortlicher für das was sie tun? Haben es Psychotherapeutinnen schwerer und Beraterinnen leichter, weil man Beratung als „die kleine Schwester der Psychotherapie“ betrachtet? Unterscheiden sich die Berufsgruppen, wenn es darum geht, welche Verantwortung sie tragen oder spüren? Wie äußert sich die Gestaltung und Handhabung von Verantwortung in der Praxis, wenn man das Phänomen untersucht und berücksichtigt, dass in beiden Formaten ein vielschichtiges Wechselspiel zwischen Eigenverantwortung der Ratsuchenden und Verantwortungsübernahme auf professioneller Seite vorliegt?

2. Die Rahmenbedingungen

Verantwortungsübernahme und Abgabe bewegt sich im Spannungsfeld individueller und kollektiver Verantwortung (Heidbrink, Langbehn & Lohn 2017).

Beratung und Psychotherapie zeichnen sich in Deutschland durch ein vielschichtiges Klientel aus (vgl. Albani 200, 281). Das flexible Reagieren auf mehrschichtige Problemlagen, fremde Kulturkreise und Herausforderungen in der Lebensspanne beherrschen beide Disziplinen gleichermaßen (vgl. Schrödter 1997, 73). Unterschiede bestehen weiterhin in der Nomenklatur (bspw. „Patient“ versus „Klient“, „helfen“ versus „heilen“, Kodierungen nach ICD etc.). Die Psychotherapie wird in Deutschland weitgehend als Krankenkassenleistung finanziert (vgl. Rauchfleisch 2001, 37; Gieseke & Nittel 2016, 11; Nestmann, Engel & Sickendieck 2004a, 36f.). Beratung ist eher eine soziale Dienstleistung, die unter anderem Sozialleistungsträger sicherstellen (vgl. Belardi u.a. 2011, 229). Mehr oder weniger unterschiedlich gestaltet werden in Beratung und Psychotherapie das Setting, die Dauer und das Ausmaß der Thematisierung des Lebenslaufs, insbesondere wenn es um Belastungen oder psychische Störungen geht (vgl. Dewe & Winterling 2016, 65). Die Beziehung, die positive Entwicklung und die Selbstbestimmung des Gegenübers stehen in beiden Disziplinen im Fokus der Bemühungen (vgl. Rauchfleisch 2001, 23ff.). Um dies zu erreichen, schöpfen

Beraterinnen und Psychotherapeutinnen gleichermaßen aus einem äquivalenten Methoden- und Interventionsrepertoire (vgl. Beushausen 2016, 26ff.; Rauchfleisch 2001, 40).

Beushausen und Schrödter betonen, dass Gesundheit und Krankheit in Deutschland sozial(-politisch) konstruiert sind und damit als Gegenstand nur Konstrukte und keine Gegebenheiten sind. Die ganzheitliche Betrachtung des Menschen wird allgemein als notwendig erachtet und der Mensch als Experte seines eigenen Lebens postuliert (vgl. Beushausen 2016, 19; Schrödter 1997, 78f.). Etwaige Abgrenzungsversuche sind ferner aus Amerika bekannt (vgl. Nestmann 1997, 161ff.). In der deutschen Praxis bestehen für Beratung und Psychotherapie eher „fließende Übergänge“ (Belardi u.a. 2011, 43) (vgl. Barabas 2003, 122ff.; Nestmann, Engel & Sickendiek 2004a, 36; Stumm & Pritz 2009, 35). In England werden die Interessen im Bereich Counseling und Psychotherapie von einem Fachverband vertreten. Schrödter stellt zum Wunsch nach klarer Abgrenzung vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes fest: „Berufspolitisches Interesse mag einer solchen Denkweise entgegenkommen, für die Praxis bleiben sie leer und theoretisch fragwürdig“ (Schrödter 1997, 78). Deshalb ergibt sich bis heute immer noch die Herausforderung die unterschiedlichen Wirklichkeitskonstruktionen zu berücksichtigen und mit ihren Auswirkungen zu erfassen.

3. Verantwortung aus rechtlicher Sicht

Die Verantwortung wird hinsichtlich rechtlicher Normen in Beratung und Therapie nicht gleichbehandelt. Mit der Zusicherung der Menschenwürde und der Freiheit der Person begründet letztendlich das Grundgesetz die Rahmenbedingungen für Beratung. Dabei wird Chancengleichheit und Eigenverantwortung angestrebt und unterstützt (vgl. Barabas 2013, 41ff.; Fasselt 2016, 50f.). Durch den Sozialstaat ergibt sich die Möglichkeit, Beratung zu Alltags- und Lebenskompetenzen zu erhalten (Aufklärung über soziale Rechte, Sorge- und Umgangsrechte, Beratung zu Erziehungsfragen, Familienprobleme etc.) (vgl. Belardi u.a. 2011, 229). Zudem verpflichtet sich der Staat zu schützen (bspw. Schwangerschaftskonflikt, Fragen zum Kinderschutz etc.). Hier entstehen Besonderheiten, Berater befinden sich in einer Doppelrolle (Wächteramt vgl. Schleicher 2014, 269) oder in Zwangskontexten (bspw. durch gerichtliche Anordnung, Auflage des Jugendamts etc.). Neben der Hilfe zur Selbsthilfe kann und muss Beratung auch feststellen, kontrollieren, vermitteln und an gesellschaftliche Standards anpassen (vgl. Conen & Cecchin 2009, 61; Fasselt 2016, 50; Schleicher 2014, 269). In diesen Kontexten sind die Vorgehensweisen verantwortungsvoll so zu gestalten, dass sie für die Klientinnen Transparenz und Kalkulierbarkeit aufweisen (vgl. Heiner 2010, 172). Sie wirken sich außerdem auf die Machtverhältnisse und die damit verbundene Verantwortungsverteilung aus (vgl. Conen & Cecchin 2009, 61; Nikles 2008, 123;

Schleicher 2014, 269). Ein ethisch verantwortungsvolles Abwägen beider Verpflichtungen, das heißt Gemeinwohl versus Klientenwohl, ist gefordert, „Professionelle Helfer sollten Verantwortung für ihre Rolle übernehmen“ (Conen & Cecchin 2009, 109). Fasselt formuliert weiterhin: Beratung ist das rechtliche „Bindeglied zwischen der individuellen Freiheit und sozialer Teilhabe“ (Fasselt 2016, 50). Hier tut sich ein vielschichtiges Feld an Anforderungen auf, die eine ständige Beachtung und Verantwortungsübernahme erfordern.

Für verantwortungsvolle Psychotherapie liegen etliche ethisch-rechtliche Anforderungen vor, die in den deutschsprachigen Ländern unterschiedlich ausfallen (Laireiter 2019). Wird ausschließlich die Berufsgruppe der approbierten Psychotherapeutinnen in Deutschland fokussiert, ist das deutsche Psychotherapiegesetz verbindliche Richtschnur. Das Psychotherapiegesetz nutzt nicht die Begrifflichkeit der Verantwortung, sondern betont lediglich die Eigenverantwortlichkeit: „Die selbständige Ausübung der Psychotherapie besteht in der eigenverantwortlichen Ausführung der im Abs. 1 umschriebenen Tätigkeiten“ (§1 Abs.1 PsychThG). Psychotherapie gehört damit zu den freien Berufen. Des Weiteren wird Verantwortung bundesweit in den zwölf Landeskammern (Mitgliedschaftspflicht) unterschiedlich erwähnt. Die Bundesländer Hessen und Bremen beschreiben die Verantwortung in einem separaten Paragrafen, Hessen formuliert die Verantwortung hierbei am detailliertesten aus. Ein Zusammenhang zwischen der Verantwortung, der Autonomie und der zugrunde liegenden therapeutischen Haltung, wird beschrieben (vgl. Landeskammern für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). Stumm und Pritz (2009) betonen die Eigenverantwortung der Psychotherapeutinnen, die rechtlich gesehen für freie Berufe typisch ist. Etwaige Folgen des psychotherapeutischen Handelns sind selbst einzuschätzen. Die Verantwortung für potentielle Psychotherapieschäden obliegt ebenfalls den Psychotherapeutinnen (Stumm & Pritz 2009, 634, Märten & Petzold 2002, 34 f.).

Für Psychotherapeuten wurden rechtlich durch das Patientenrechtegesetz und die 2013 stattgefundenene Neugestaltung des § 630 im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) umfangreiche Vorgaben von Pflichten und Rechte ausformuliert. Unter anderem sind hier spezifische Aufklärungspflichten festgelegt. Die Psychotherapeuten haben die Verpflichtung Therapieabläufe sichtbar zu machen, auf Nebenwirkungen, Alternativmethoden sowie Heilungschancen umfassend hinzuweisen (Märten & Liegl 2013). Dies soll für Transparenz sorgen, Sicherheit vermitteln, Handlungsspielräume eröffnen und die Patientenposition stärken. Die Akteneinsicht ist fast uneingeschränkt. Risiken, die durch die Persönlichkeit der jeweiligen Psychotherapeuten entstehen, werden allerdings rechtlich nicht thematisiert. Ziel ist die Stärkung der Klientenautonomie von Anfang an und auch Verantwortungsübernahme im kooperativen Prozess. Die Patientin soll durch die persönliche

Entscheidungsfreiheit ein höheres Maß an Selbstwirksamkeit erfahren können. Dem Gefühl der Hilflosigkeit wird rechtlich entgegengewirkt und Gleichberechtigung sowie Teilhabe gestärkt.

Die rechtlichen Überschneidungen in beiden Berufsgruppen sind erheblich. Die Rechtsnormen des Datenschutzes, Schweigepflicht, Zeugnisverweigerungsrechte, strafrechtlicher Schutz des Vertrauensverhältnisses, Ansprüche auf Schadensersatz sowie Aufklärungspflichten gelten für beide Berufsgruppen (vgl. Barabas 2003, 185ff.; Fasselt 2016, 50ff.).

Diese rechtlichen Rahmenbedingungen stehen allerdings nicht im Zentrum der Fragestellung. Der Fokus der Fragestellung zielt auf den emotionalen und kognitiven Umgang mit Verantwortung in der täglichen Praxis.

4. Verantwortung als Kompetenz und Last

Um Verantwortung formal und emotional übernehmen zu können, bedarf es eines beruflichen Kompetenzerlebens (vgl. Curcio 2008, 50). Sich kompetent zu fühlen und Fähigkeiten zu entwickeln – was sich wechselseitig bedingt – ist aber für Klienten genauso zentral im Verlauf einer erfolgreichen Beratung und Psychotherapie. Verantwortung zu übernehmen, oder übernehmen zu können, ist damit auch oft ein Zeichen von persönlichem Wachstum und damit erfolgreicher Therapie und Beratung.

Sich verantwortlich zu fühlen, kann zunächst eine positive Ressource repräsentieren. Ständig gefordert zu sein, anderen Menschen neue Beziehungserfahrungen zu ermöglichen und dafür verantwortlich zu sein, kann auch eine Überforderung werden (vgl. Höffe 1997, 259; Rauchfleisch 2001, 23ff.; Rogers 2014, 92).

Beraterinnen und Psychotherapeutinnen brauchen für ihre Arbeitsmotivation zumindest hin und wieder Bestätigung ihrer Kompetenz und Erfolgsgefühle. Fehlende Wahrnehmungen der Inkompetenzgrenzen können die Kehrseite überzogener Kompetenzgefühle sein (vgl. Hafke 1998, 17ff.; Hutter-Krisch 2007, 242ff., Leitner et al. 2014, Franke et al. 2015). „Jemand kann nur Verantwortung übernehmen, wenn er über handlungsrelevantes und hinreichendes Wissen verfügt, damit bereits bei der Planung der Handlung die Folgen abgeschätzt werden können“ (Curcio 2008, 50). Übertragen auf die Beratung und Psychotherapie gilt dies für alle Beteiligten, aber in unterschiedlicher Ausprägung (vgl. Curcio 2008, 50; Hafke 1998, 17ff.; Hutter-Krisch 2007, 242ff.).

Verantwortung ist besonders gefordert, wenn es darum geht, Verantwortung dafür zu übernehmen, wenn die eigenen Kompetenzen für ein effektives Weiterarbeiten (Strauß & Geyer 2008) nicht ausreichen oder die Beziehung zum Klienten zu schlecht ist (Willutzki, Reinke-Kapfenstein & Hermer 2013, Märrens 2018).

Bestätigen seltene Überweisen hohe Kompetenz oder eher, dass ungern die Verantwortung abgegeben wird, obwohl das sinnvoll gewesen wäre? Die Beweggründe für unterschiedliche Überweisungsraten im Feld sind kaum geklärt. Ebenfalls offen ist, in welchem Maße Berater und Psychotherapeuten ihre Überweisungen angemessen kritisch betrachten oder sich hierzu Rückmeldung holen.

5. Operationalisierung

Die Begrifflichkeit „Verantwortung“ wird in der Ethik, der Philosophie, der Soziologie und der Psychologie verwendet (vgl. Heidbrink & Langbehn 2017, 5). Das erschwert die konkrete Operationalisierung. Der Autonomiebegriff von Kant (1785) umfasst Selbstständigkeit und Unabhängigkeit. So wird beispielsweise im Lexikon der Ethik Autonomie mit Freiheit gleichgesetzt (vgl. Höffe 1997, 19). Die Verantwortung „liegt dem Gesagten zumeist nur implizit zugrunde“ (Loh 2017, 35). Sie lässt sich nicht eindeutig definieren oder beobachten und ist mehrdimensional sowie kontextabhängig. Verantwortung wird als Konstrukt bezeichnet, das einen positiven Zustand bewirken soll (vgl. Curcio 2008, 73; Riedler-Singer 2007, 154). Eine mögliche Operationalisierung:

Verantwortung ist ein individuelles Konstrukt, das durch wahrgenommene Gefühle und interpretierte Situationen Entscheidungen zum Handeln oder Nicht-Handeln auslöst, um einen positiven Zustand zu erreichen.

Das bedeutet für die hier untersuchten Arbeitskontexte weiterhin, dass gleichzeitig Klientinnen in ihrer Eigenverantwortung bestärkt werden sollen und auch für die Folgen ihres Tuns verantwortlicher werden können (vgl. Belardi u.a. 2011, 82; Conen & Cecchin 2009, 24). „In der Psychotherapie wird - wie in der Medizinethik - das Prinzip der Autonomie (neben den Prinzipien der Nichtschädigung, der Fürsorge und Gleichheit) verantwortungsvollem psychotherapeutischem Handeln zugrunde gelegt“ (Hutterer-Krisch 2007, 25). Beraterinnen und Psychotherapeutinnen haben „die Aufgabe, die Fähigkeiten der Ratsuchenden zu eigenständiger Problemlösung zu fördern“ (Belardi u.a. 2011, 82). Sie unterstützen „das Individuum darin, auf möglichst vielen Handlungsebenen die gesellschaftliche Partizipation zu sichern“ (Gieseke & Nittel 2016, 16). Bewusst werden Klienten Entscheidungen zugemutet, die psychotherapieschulen spezifisch sind. Die Zumutungen und Herausforderungen sind nicht beratungs- oder therapiespezifisch (vgl. Schiersman 2016, 72ff.; Gieseke & Nittel 2016, 16). Beraterinnen/Psychotherapeutinnen schätzen gleichermaßen die Klientinnen mit ihren Wünschen, Anliegen, Zielen und Plänen wert, selbst wenn diese zunächst moralisch verwerflich, wenig rational oder abwegig erscheinen.

Fremdbestimmung wird für Klienten grundsätzlich nicht als förderlich betrachtet. Klienten wird von Anfang an Verantwortung abverlangt. Sie sollen sich beispielsweise vorab über das gewählte Verfahren und über die Arbeitsweise informieren. Zu Beginn des Prozesses haben die Klientinnen oft Autonomie verloren. Hieraus ergibt sich ein Wandel der Verantwortungsverteilung im Prozess (vgl. Hafke 1998, 30f.; Hutterer-Krisch 2007, 25). Ziel ist, dass die Klienten ihr Leben verantworten oder diese Fähigkeit wieder erwerben. In der Abbildung 1 zeigen sich die genannten Aspekte im Überblick.

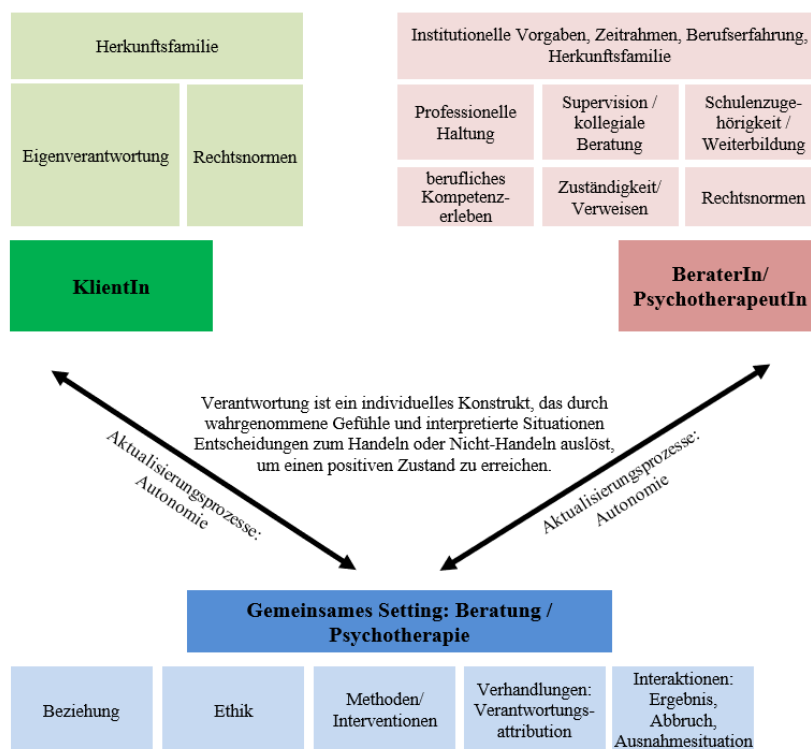


Abbildung 1: Eine Operationalisierung der Verantwortung (eigene Darstellung)

6. Stichproben

Es handelte sich um eine selektierte Stichprobe bei freiwilliger Teilnahme. Die Erhebung bezog sich auf die deutsche ambulante Beratung und Psychotherapie. Stationäre Tätigkeitsfelder wurden nicht einbezogen. Die Stichprobe setzte sich aus Beratern und Psychotherapeuten aus ganz Deutschland zusammen. Die Rekrutierung fand über das Internet statt (vgl. Schneider 2013, 90). Angeschrieben wurden 200

psychosoziale Beraterinnen mit akademischem Grad und 23 Studentinnen des Masterstudiengangs „psychosoziale Beratung und Recht“ in Frankfurt am Main. Die Studenten befanden sich im sechsten Semester und hatten die zu absolvierenden Prüfungen bestanden (Ausnahme: Masterarbeit). Als Vergleichsgruppe wurden 200 approbierte Psychotherapeutinnen kontaktiert, die eine therapeutische Ausbildung in Verhaltenstherapie, Psychoanalyse oder tiefenpsychologischer Psychotherapie vorwiesen.

Die *Ausschlusskriterien* waren: kein akademischer Grad in Sozialer Arbeit, (Sozial-)Pädagogik oder Counseling, Diplom-Psychologen ohne Approbation. Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten wurden nicht einbezogen. Durch die Arbeit mit unterschiedlichen Altersgruppen und der Triangulierung (Eltern-Kind-Professionelle) erschien die Menge der zu berücksichtigenden intervenierenden Variablen zu heterogen für die Befragung.

Insgesamt haben 143 Personen an der Studie teilgenommen. Von diesen mussten 53 Personen ausgeschlossen werden, da die Teilnahme unvollständig war (35 Personen) oder die Einschlusskriterien nicht erfüllt waren (18 Personen). Es ergab sich eine Gesamtstichprobe von 90 Probanden (64% weiblich). Von diesen waren 57 Berater (67% weiblich) und 33 Psychotherapeuten (61% weiblich). Die Rücklaufquote betrug somit 34% (inklusive frühzeitiger Abbruch und Ausschlusskriterien).

Das mittlere Alter war bei den Beraterinnen 47 Jahre (Altersspanne 24-66 Jahre) und bei den Psychotherapeutinnen 46 Jahre (Altersspanne 30-62 Jahre). Im Durchschnitt wiesen beide Berufsgruppen eine Berufserfahrung von 17 Jahren auf. 100% der Psychotherapeuten verfügen über eine Approbation sowie 21% der Berater. 66% der Berater wiesen eine, beziehungsweise mehrere Weiterbildungen auf, 19% befanden sich derzeit in ihrer ersten Weiterbildung und 14% hatten keine Weiterbildung abgeschlossen. Die Berater fühlten sich hauptsächlich dem systemisch-lösungsorientierten Ansatz (58%) zugehörig und arbeiteten meist in Beratungsstellen. Die Psychotherapeutinnen identifizierten sich am häufigsten mit der Verhaltenstherapie (30%) und arbeiteten größtenteils in ambulanten Praxen für Psychotherapie.

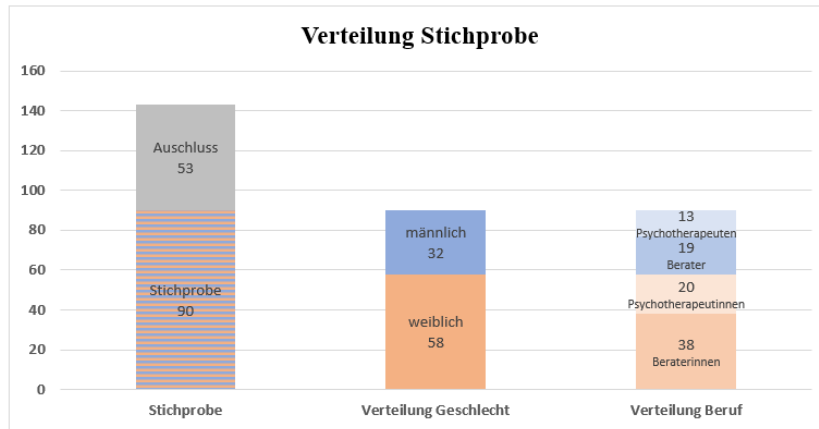


Abbildung 2: Verteilung Stichprobe (eigene Darstellung)

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung im Feld sind Männer leicht überrepräsentiert.

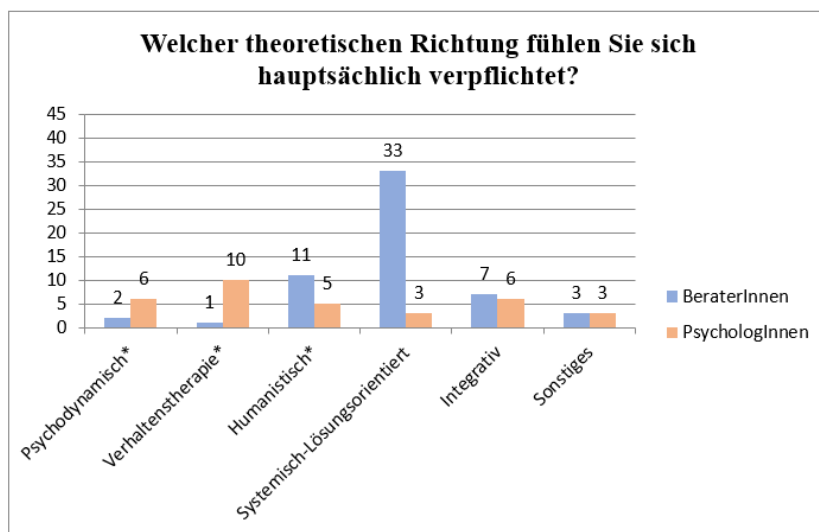


Abbildung 3: Welcher theoretischen Richtung fühlen Sie sich hauptsächlich verpflichtet? (eigene Darstellung)

Interessant ist hierbei, dass bei den Psychotherapeuten auch andere als die Richtlinienverfahren als Orientierung angegeben wurden. Damit könnte eher die tatsächliche Arbeitsweise klassifiziert worden sein, als

durch das abgerechnete Verfahren. Die systemisch-lösungsorientierte Ausrichtung könnte bei den Beraterinnen auch überrepräsentiert sein oder einen aktuellen modischen Trend widerspiegeln.

7. Ergebnisse

Berater nahmen im Jahr durchschnittlich 12,2 und die Psychotherapeuten 8,5 Supervisionen in Anspruch. Bei den weiteren Fragen handelt es sich um eine klassische Einstellungsuntersuchung (Bortz, 1989). Die Antworten geben also Überzeugungen und Einstellungen wieder und lassen keine Rückschlüsse auf tatsächliches Verhalten zu (Petermann 1980). Übereinstimmungen und Unterschiede in den Antworten erlauben keine Aussagen über das tatsächliche Verhalten in der Praxis von Beratern und Psychotherapeuten. In manchen Antworten zeigen sich Tendenzen zu Unterschieden in den Einstellungen. Sie werden aber, auch schon wegen der geringen Stichprobengröße, kaum signifikant. Bis auf wenige der erfassten Einstellungen wird das ganze Spektrum von völliger Zustimmung (100%) bis zu völliger Ablehnung (0%) genutzt. Allein schon aufgrund der Verteilung der Antworten wird offensichtlich, dass sich innerhalb der Befragtengruppe der Psychotherapeutinnen und Beraterinnen gleichermaßen oft auch konträre Einstellungen finden. Die Zugehörigkeit zu einer Profession bestimmt die Einstellung offensichtlich wenig. Hier spielen andere Variablen eine Rolle. In welchem Umfang eine schulenspezifische Sozialisation ins Spiel kommt, wäre naheliegend, konnte hier aber nicht weiterverfolgt werden.

Verantwortung in Beratung und Therapie:

Das Verantwortungsgefühl in beiden Gruppen verändert sich im Verlauf etwas. Beide Gruppen fühlten sich am Ende des Prozesses weniger für ihre Klienten verantwortlich. Dennoch blieb das Verantwortungsgefühl bis zum Ende moderat ausgeprägt. Überraschend ist, dass einzelne Befragte aus beiden Gruppen diesen Gedanken abwegig finden und Verantwortung als Konstrukt ablehnen und/oder sich nicht verantwortlich fühlen. Für den erfolgreichen Abschluss und den Abbruch fühlten sich beide Gruppen moderat verantwortlich. Unter den Beraterinnen taucht auch die Möglichkeit auf, dass eine erfolgreiche Beratung letztendlich nichts mit den Bemühungen der Beraterin zu tun haben könnte. Etwas häufiger ziehen Psychotherapeuten in Betracht, dass Abbrüche mehr mit den Patientenvariablen zu tun haben.

Beide Gruppen fühlten sich für die Beziehung sehr verantwortlich. In beiden Gruppen wird die dem Klienten angebotene Beziehung als zentrale Leistung betrachtet. Die Klienten können sich insbesondere durch die Möglichkeit einer neuen Beziehungserfahrung entwickeln (vgl. Höffe 1997, 259; Rauchfleisch 2001, 23ff.; Rogers 2014, 92).

Die Antworten nach der Hauptverantwortung legen nahe, dass von beiden Gruppen ein Modell der geteilten Verantwortung weit verbreitet

ist. Allerdings zeigt auch hier wieder die Verteilung der Antworten, dass sich im Mittelwert sogar konträre Einstellungsausprägungen aufgelöst haben, die sicherlich eine weitere Exploration nötig machen würden. Wann sollten Einstellungen hinterfragt und/oder in die Supervision eingebracht werden, um einerseits abhängig machende Fürsorge oder Verantwortungslosigkeit auf der anderen Seite zu klären?

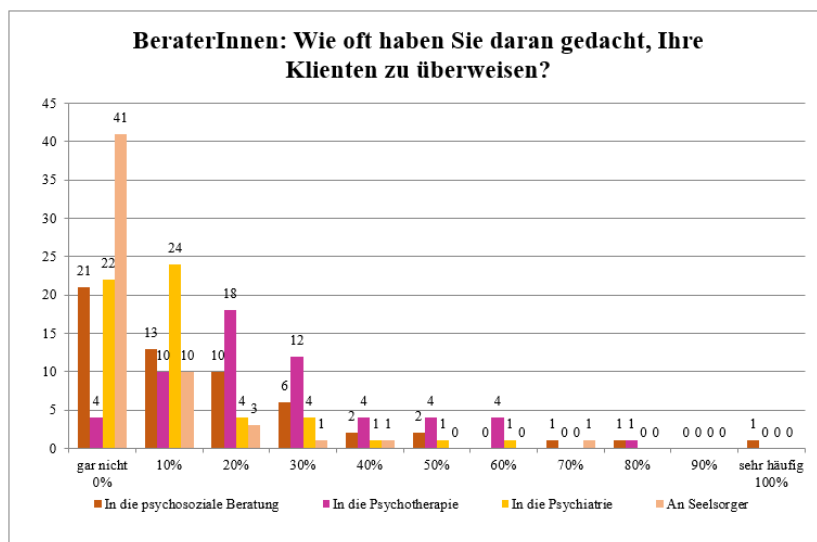


Abbildung 4: Berater: Wie oft haben Sie daran gedacht, Ihre Klienten zu überweisen? (eigene Darstellung)

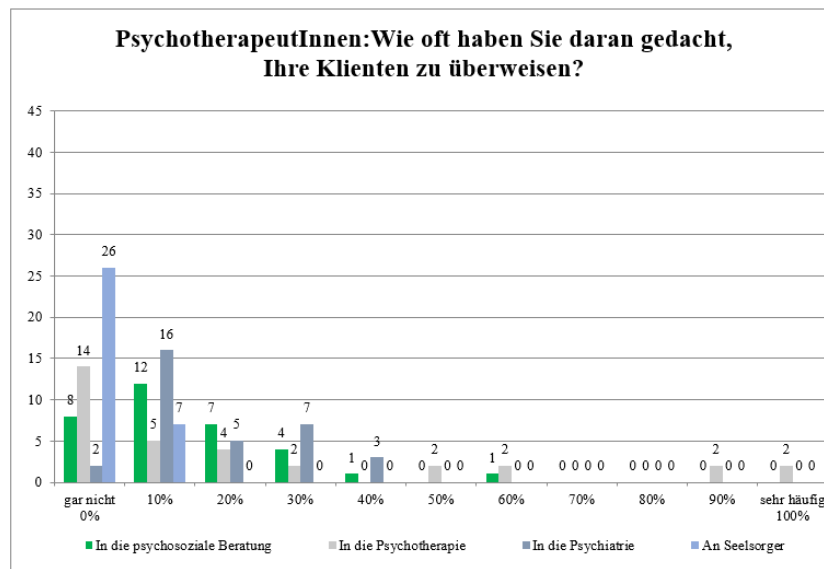


Abbildung 5: Psychotherapeuten: Wie oft haben Sie daran gedacht, Ihre Klienten zu überweisen? (eigene Darstellung)

Beide Gruppen denken insgesamt gar nicht bis selten daran, an Kolleginnen zu verweisen. An dieser Stelle könnte selbstkritisches Nachdenken über einen Delegationswiderstand sinnvoll sein. Beide Berufsgruppen könnten ihre eigenen Kompetenzgrenzen stärker wahrnehmen und mehr an die Kompetenzen anderer Kolleginnen im Feld denken. Zu ausgeprägte Verantwortlichkeit für die Klienten behindert die Autonomieentwicklung und führt zur Symptomaufrechterhaltung. Die Beratung/Psychotherapie verlängert sich, weil die Beraterinnen oder Psychotherapeutinnen sich selbst nicht überflüssig machen (vgl. Kanfer & Schmelzer 2001, 111) und eine aktivere Rolle zur Trennung oder Delegation erforderlich ist (Hilsenroth 2017). Ein Mangel an Trennungskompetenz (Rieber-Hunscha, 2005, Müller-Ebert 2001) kann hier vermutet werden. Klienten, denen nicht geholfen wird, trennen sich eher von ihren Beratern und Therapeuten. Klienten, denen allerdings geschadet wird, bleiben am längsten an ihre professionellen „Helfern“ gebunden, die sie nicht loslassen wollen und oft das Leiden verschlimmern (Leitner et al. 2003). An diesen Punkten kann Verantwortung noch weiter übernommen und spezifische Kompetenzen entwickelt werden.

In der Aussage „Ich fühle mich in meiner Arbeit kompetent“ wurde das Spektrum von beiden Gruppen ausgeprägt nicht ausgeschöpft. Übereinstimmend mit anderen Untersuchungen (Okiishi, Lambert, Nielsen 2003), mangelt es in beiden Berufsgruppen nicht an

selbsteingeschätzter Kompetenz. Der „Lake Wobegan-Effekt“ zeigt sich auch hier ausgeprägt (Walfish et al. 2010, 2012). Mehr als 99% der Befragten schätzen ihre eigenen Fähigkeiten als überdurchschnittlich ein. Neben der gesundheitsfördernden Wirkung von Kompetenzerfahrungen und ihrer Bedeutung für die Arbeitsmotivation muss auch daran gedacht werden, dass mit dieser Einschätzung oft negative Entwicklungen bei Klienten (Lilienfeld 2007, Märtens & Petzold 2002) übersehen werden und es klare Hinweise gibt, dass Zweifel an den eigenen Fähigkeiten bei erfahrenen Therapeuten mit besserem Outcome verbunden sind (Duncan, Miller & Hubble 2007, Nissen-Lie et al. 2013, Nissen-Lie et al. 2015), während Selbstzweifel bei Ausbildungskandidaten diesen Zusammenhang nicht zeigen (Odniec et al. 2019).

Korrelationen nach Pearson											
	Alter	Berufserfahrung	Anfang	Ende	Ergebnis	Abbruch	Beziehung	Suizidimpulse	Hauptverantwortung Klient	Kompetenz	Häufigkeit kollegiale Beratung
Alter	1										
Berufserfahrung	,819**	1									
Anfang	,104	,075	1								
Ende	,123	,086	,564**	1							
Ergebnis	-,004	-,044	,376**	,336**	1						
Abbruch	-,054	-,049	,230*	,194	,415**	1					
Beziehung	-,003	,045	,300**	,206	,197	,288**	1				
Suizidimpulse	,023	-,035	,317**	,128	,311**	,085	,113	1			
Hauptverantwortung Klient	-,103	-,001	-,199	-,201	-,252*	-,231*	-,149	-,041	1		
Kompetenz	,333**	,296**	,167	,074	-,103	-,208*	-,002	,088	-,038	1	
Häufigkeit kollegiale Beratung	-,040	,060	,296**	-,045	-,127	-,118	,039	,094	,002	,091	1

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Abbildung 6: Korrelationen (eigene Darstellung)

Die Prüfung linearer Zusammenhänge zwischen den Items ergab keine Hinweise auf die Bedeutung der Berufserfahrung für die Einstellungen. Allerdings zeigt sich erwartungsgemäß, dass eine stärkere Betonung der Eigenverantwortung der Klienten mit geringeren Gefühlen der Verantwortung für Verlauf, Ende sowie Abbruch einhergehen. Nicht überraschend ist dann auch, dass sich eine ausgeprägte Verantwortungsübernahme auf die meisten Teilaspekte im Prozess, wie Anfang, Ende, Ergebnis, bis hin zur den Suizidimpulsen erstreckt. Möglicherweise könnte hier durchaus eine stärkere Übernahme von Verantwortung zu mehr Aufmerksamkeit auf Veränderungen der emotionalen

Klientenbefindlichkeit führen. Da eine Zunahme von Suizidimpulsen häufig unbemerkt bleibt (Kraus et al. 2011) wäre dies erstrebenswert.

Über die Hälfte aller Befragten möchte etwas an der beruflichen Verantwortungsübernahme verändern, was darauf hindeutet, dass in diesem Bereich eine Bereitschaft zur Kompetenzverbesserung vorhanden ist. Beraterinnen und Psychotherapeutinnen gaben insbesondere an, aufgrund der Fragebogenanregungen, vermehrt darauf achten zu wollen, dass Klientinnen autonomer werden und eine Bändigung des Helfersyndroms (Schmidtbauer 1997) häufig von Nöten ist. Mehrheitlich gingen die Vorsätze in die Richtung, Abhängigkeitsentstehungen eher zu verhindern. Diese Vorsätze zielen in die gleiche Richtung wie auch das Patientenrechtegesetz: Mehr Respekt vor der Autonomie und Freiheit der Ratsuchenden, aber auch mehr Verantwortung. Hier ist die professionelle Haltung beider Berufsgruppen gleichermaßen gefordert. Diese Herausforderung wird auch im Feld wahrgenommen.

8. Limitationen

An dieser Stelle muss berücksichtigt werden, dass zur Beantwortung einiger Items die Bereitschaft zur groben Verallgemeinerung notwendig war. So zum Beispiel bei der Frage nach der Verantwortung im Umgang mit Suizidimpulsen und Suiziden. Diese Frage kann allgemein nur schwer beantwortet werden. Das Ausmaß der Beteiligung und Verantwortung, die sich letztendlich auch einer Erfassung entzieht, kann tatsächlich in einem Fall sehr gering, in einem anderen, aber erheblich sein. Dann ist die Antwort auf diese Frage keine überdauernde Einstellung, sondern die Antwort auf einen aktuellen Fall. Diese konstruktionsbedingten Unschärfen, die allerdings für derartige Einstellungsfragen typisch sind (Bierhoff u.a. 2005) müssen als einschränkende Faktoren bei der Interpretation in Rechnung gestellt werden.

Die Stichprobe kann aufgrund der Rücklaufquote für beide Gruppen nicht als repräsentativ betrachtet werden. Es ist wahrscheinlich, dass Personen, die Interesse am Thema haben, stärker vertreten sind als am Thema desinteressierte. Aufgrund der Stichprobengröße sind die Ergebnisse und die Interpretationen vorläufig. Insbesondere sind Schlussfolgerungen aus Selbsteinschätzungen auf konkretes Verhalten aufgrund der empirisch geringen Zusammenhänge auch bei psychosozialen Fachkräften (Heinonen 2019, 19) zu vermeiden.

9. Fazit

Die Annahme, dass es sich bei Beratung um eine „kleine Schwester der Psychotherapie“ handeln könnte, bestätigt sich nicht, wenn die subjektive erlebte Verantwortung untersucht wird. Die Mittelwerte der erlebten Verantwortung unterscheiden sich durchgängig nicht signifikant, sondern sind ähnlich. Da das zur Anwendung kommende Methodenspektrum weitgehend identisch ist, ergibt sich grundsätzlich ein

vergleichbares Maß an Verantwortung. Zu verantworten sind die Chancen und Risiken der Interventionen. Unterschiedliche Settings scheinen nicht von dieser Verantwortung zu befreien. Aufgrund des Arbeitssettings Unterschiede in der Verantwortungsübernahme zu finden, kann mit den Befunden der Studie zurückgewiesen werden. Zu den erfragten Einstellungsaspekten der wahrgenommenen Verantwortung muss festgestellt werden, dass fast durchgängig sehr unterschiedliche, ja sogar gegensätzliche Positionen in beiden Professionen vertreten werden. Wie Verantwortung wahrgenommen wird, und welche Anforderungen hier an Psychotherapeutinnen und Berater zu stellen sind, wird sehr unterschiedlich interpretiert. Die Verantwortungswahrnehmung wird kaum durch den Beruf bestimmt, sondern stärker von Persönlichkeitsmerkmalen (vgl. Bierhoff u.a. 2005, 4-18; Borkenau & Ostendorf 1991, 29ff.; John, Donahue & Kentle 1991; Muck 2004, 203-210; Rammstedt 2013, 233ff.) und/oder aktuellen emotionalen Erfahrungen mit Klientinnen (vgl. Flynn & Schaumberg 2012a; Flynn & Schaumberg 2012b; Hutterer-Krisch 2007, 177).

Jenseits einer berufspolitisch notwendigen Abgrenzungsdiskussion (vgl. Belardi u.a. 2011, 43; Stumm & Pritz 2009, 35) bleiben die konkreten Anforderung für beide Professionen eher ähnlich: Wie gestalte ich als Beraterin und Psychotherapeutin das ständige paradoxe Hin und Her zwischen Übernahme und Abgabe von Verantwortung, um Autonomie und gleichzeitig auch notwendige Verantwortungsübernahme bei Klienten zu fördern. Berater und Psychotherapeuten gehen individuell unterschiedlich mit Verantwortung um. An Kolleginnen und andere Fachkräfte zu überweisen ist weiterhin zu wenig im Fokus. Hier werden von beiden Professionen, auch wenn Berater hier häufiger an diese Möglichkeit denken, Potentiale für Klienten zu wenig genutzt. Eine kollegiale Überweisungskultur zu entwickeln ist hier notwendig.

Wie die Verantwortung gemeinsam von Ratsuchenden und ihren Helfern gestaltet wird, bleibt immer eine im Einzelfall zu lösende Herausforderung, die nicht einem rigiden Schema folgen kann. Welche Vorgaben des Patientenrechtegesetzes hier hilfreich zur Gestaltung für beide Professionen sind und welche kontraproduktiv werden, erfordert weiterhin differenzierte Forschung, die Klienten und ihren Helfern Hinweise zur Umsetzung gibt. Das Patientenrechtegesetz überfordert und überfrachtet hier in seinen Konkretisierungen die realen Möglichkeiten. Beraterinnen anderer Professionen finden sich zudem nicht wieder, so dass die Berufsgruppen im Hinblick auf Verantwortung weiterhin nicht gleichgestellt sind- dies könnte sich auf ihr Verantwortungsgefühl in der Praxis auswirken. Extreme Ausprägungen der Einstellungen zum Thema zeigen, dass einerseits zu wenig Verantwortungsübernahme, aber auch überzogene Allmachtvorstellungen vorhanden sind. Wie von einigen der Befragten angemerkt, könnte die Verteilung der Verantwortung im Prozess öfter und offener thematisiert werden.

Zusammenfassung

Unterscheiden sich Beraterinnen und Therapeutinnen hinsichtlich der Gestaltung von Verantwortung in der Arbeit? Oft wird Beratung voreilig als kleine Schwester von Therapie missverstanden. Anhand einer Fragebogenerhebung fanden sich aber keine bedeutsamen Unterschiede in der Wahrnehmung von Belastungen und Herausforderungen bezogen auf Verantwortung. Beratungskontexte reduzieren die Verantwortung nicht. In beiden Berufsgruppen zeigte sich ein breites Spektrum unterschiedlicher und konträrer Einstellungen zum Thema. Die gravierenden Unterschiede der Einstellungen erklären sich weniger aus der Profession. Sie müssen eher in Persönlichkeitsmerkmalen, dem Arbeitskontext und der professionellen Sozialisation gesucht werden. Hinweise auf kritische Bereiche des Umgangs mit Verantwortung werden diskutiert.

Stichworte: Verantwortung, Einstellungen von Beraterinnen-Therapeuten, Beziehungsgestaltung, Patientenrechte, Sorgfaltspflichten, professionelle Selbstüberschätzung, Überweisungswiderstand

Abstract

Do counsellors and therapists differ regarding the structuring of responsibility at work? Counselling is often misunderstood as the little sister of therapy. On the basis of a questionnaire survey, no significant differences were found in the perception of burdens and challenges related to responsibility. Counselling contexts do not reduce responsibility. In both occupational groups, a broad spectrum of different and contrary attitudes to responsibility is found. The serious differences in attitudes can be explained less by the profession. There must rather be sought in personality traits, the work context and professional socialization. Critical references dealing with responsibility are discussed.

Keywords: responsibility, attitudes of counsellor-therapists, relationship, patient rights, duty of care, professional overestimation, resistance to referrals

Literatur

- Albani, Cornelia, Hopf, Torsten & Blaser, Gerd (2007). Interpersonelle Schuldgefühle und psychische Beeinträchtigung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Nr. 3, Jg. 36, 153-163.
- Barabas, Friedrich K. (2003). Beratungsrecht. Ein Leitfaden für Beratung, Therapie und Krisenintervention (2. vollst. überarb. Aufl.). Frankfurt: Fachhochschulverlag.
- Belardi, Nando u.a. (2011). Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. In: Kreft, Dieter (Hrsg.). (6., Aufl.), München u.a.: E. Reinhardt.
- Beushausen, Jürgen (2016). Beratung lernen. Grundlagen psychosozialer Beratung und Sozialtherapie für Studium und Praxis. Opladen: Barbara Budrich.
- Bierhoff, Hans W., Wegge, Jürgen, Bipp, Tanja, Kleinbeck, Uwe, Attig-Grabosch, Claudia & Schulz, Stephan (2005). Entwicklung eines Fragebogens zur Messung von Eigenverantwortung oder: „Es gibt nichts Gutes, außer man tut es“. Zeitschrift für Personalpsychologie, 4 (1), 4-18.
- Borkenau, Peter & Ostendorf, Fritz (1991). Ein Fragebogen zur Erfassung fünf robuster Persönlichkeitsfaktoren. Diagnostica, Nr.1, Jg. 37, 29-41.
- Bortz, Jürgen (1989 3.Aufl.). Statistik. Für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer 1977.

- Conen, Marie-Luise & Cecchin, Gianfranco (2009). *Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden? Therapie und Beratung mit unmotivierten Klienten und im Zwangskontext* (2. Aufl.), Heidelberg: Carl Auer.
- Curcio, Gian-Paolo (2008). *Verantwortungsmotivation - Zwischen Moralität und Gerechtigkeit*. Münster: Waxmann.
- Duncan, Barry, Miller, Scott & Hubble, Mark (2007). How being bad can make you better. *Psychotherapy Networker* Nov/Dec, 36-45, 56-57.
- Fasselt, Ursula (2016). *Rechtsgrundlagen pädagogischer Beratung*. In: Gieseke, Wiltrud & Nittel, Dieter (2016) *Handbuch pädagogische Beratung über die Lebensspanne*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Flynn, Francis J. & Schaumberg, Rebecca L. (2012a). When feeling bad leads to feeling good: Guilt-proneness and affective Organizational commitment. *Journal of Applied Psychology*, Jg. 97, Nr. 1, 124–133.
- Frank, Christina, Gahleitner, Silke Brigitta, Gerlich, Katharina, Liegl, Gregor, Hinterwallner, Heidemarie, Koschier, Alexandra, Märtens, Michael, Schigl, Brigitte, Pieh, Christoph, Böckle, Markus & Leitner, Anton (2015). *Selbsterfahrung als Ausbildungsbestandteil der Psychotherapie – Qualitätsmerkmal oder Mythos? Zentrale Ergebnisse des Forschungsprojektes „Qualitätsmerkmal oder Mythos? Die Rolle der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung“* *Resonanzen*3(2),114-130,
<http://www.resonanzenjournal.org/index.php/resonanzen/article/view/375/326>.
- Gieseke, Wiltrud & Nittel, Dieter (2016). *Handbuch pädagogische Beratung über die Lebensspanne*, Weinheim: Beltz Juventa.
- Hafke, Cristel (1998). *Vertrauen und Versuchung. Über Machtmißbrauch in der Psychotherapie*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Heidbrink, Ludger & Langbehn, Claus & Lohn, Janina (Hrsg.). (2017). *Handbuch Verantwortung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Heinonen, Erkki (2019). Was macht einen guten Therapeuten aus? *Psychotherapie im Dialog* (20) 4, 18-22.
- Hilsenroth, Mark J. (2017). Psychotherapy termination practice. Fostering engagement during termination: Applying attachment theory and research, *Psychotherapy* 54(1), 4-9
- Höffe, Otfried (1997). *Lexikon der Ethik*. Beck'sche Reihe (5., neubearb. und erw. Aufl.), München: Beck.
- Hutterer-Krisch, Renate (2007). *Grundriss der Psychotherapieethik. Praxisrelevanz, Behandlungsfehler und Wirksamkeit*, Wien u.a.: Springer.
- John, Oliver P., Donahue, Eileen M. & Kentle, Robert L. (1991). *The "Big Five" Inventory – Versions 4a and 54*, Institute of personality and social research, Berkeley: University of California, Institute of Personality and Social Research.
- Kanfer, Frederick H. & Schmelzer, Dieter (2001). *Wegweiser VerhaltensPsychotherapie: Psychotherapie als Chance*, Berlin u.a.: Springer.
- Kant, Emanuel (1785). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Berlin: Akademie-Ausgabe 1904-1911.
- Kraus, David R., Castonguay, Louis, Boswell, James F., Nordberg, Samuel S. & Hayes, Jeffrey A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21 (3), 267-276.
- Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder-

und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in Hessen (o.J.) Berufsordnung der Landeskammer Hessen. Online im Internet: <https://lppkjp.de/wp-content/uploads/2013/10/Berufsordnung.pdf> [Stand: 29.10.2017].

- Laireiter, Anton-Rupert (2019). Die unterschiedlichen Welten der Psychotherapie – ein Dach – Vergleich. *Psychotherapie im Dialog* PiD, 20, 78-82.
- Leitner, Anton, Gahleitner, Silke Brigitta, Märtens, Michael, Schigl, Brigitte, Gerlich, Katharina, Liegl, Gregor, Hinterwallner, Heidemarie, Koschier, Alexandra & Frank, Christina (2014). Die Rolle der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung – Endbericht. Fakultät für Gesundheit und Medizin, Donauuniversität Krems, www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/.../se-bericht_24.09.2014.pdf.
- Leitner, Anton, Märtens, Michael, Koschier, Alexandra, Gerlich, Katharina, Liegl, Gregor, Hinterwallner, Heidemarie & Schnyder, Ulrich (2013). Patients' perceptions of risky developments during psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 43 (2) 95-105, (online <http://dx.doi.org/10.1007/s10879-012-9215-7>).
- Lilienfeld, Scott O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives for psychological science*, 2, 53-70.
- Loh, Janina (2017). Strukturen und Relata der Verantwortung. In: Heidbrink, Ludger & Langbehn, Claus & Loh, Janina (Hrsg.). *Handbuch Verantwortung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Märtens, Michael (2018). Der Therapeut als Ansatzpunkt für die Vermeidung von Psychotherapieebenenwirkungen. In: Linden, Michael & Strauß, Bernhard (Hrsg.) *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 167-182 (2. Auflage).
- Märtens, Michael (2005). Misserfolge und Misserfolgsvorschung in der Psychotherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 5 (2), 145-149.
- Märtens, Michael & Liegl, Gregor (2013). Patientenrechtegesetz im psychotherapeutischen Kontext: Forderung nach Aufklärung und Behandlungsalternativen. *Psychotherapeut* 58, 73-78.
- Märtens, Michael & Petzold, Hilarion (2002). *Psychotherapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.
- Muck, Peter M. (2004). Rezension des "NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae (NEO-PI-R)" von F. Ostendorf und A. Angleitner NEO. In: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* Nr.4, Jg. 48, 203-210.
- Müller-Ebert, Johanna (2001). *Die Kunst, Psychotherapien zu beenden*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Nissen-Lie, Helene, Monsen, Jon Trygve, Ulleberg, Pal & Ronnestad, Helge (2013). Psychotherapists' self-reports of their functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research* 23 (1), 86-104.
- Nissen-Lie, Helene, Ronnestad, Michael Helge, Hoglend, Per A., Havik, Odd E., Solbakken, Ole André, Stiles, Tore C. & Monsen, Jon T. (2015). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology and Psychotherapie*, DOI: 10.1002/cpp.1977
- Nestmann, Frank (1997). *Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis*. Tübingen: dgvt-Verl.
- Nestmann, Frank, Engel, Frank & Sickendick Ursel (2004a). *Das Handbuch der Beratung. Band: 1. Disziplinen und Zugänge*. Tübingen: dgvt-Verlag.

- Nikles, Bruno W (2008). Institutionen und Organisationen der Sozialen Arbeit. München: Ernst Reinhardt.
- Petermann, Franz (Hrsg.). (1980). Einstellungsmessung – Einstellungsforschung. Göttingen Hogrefe.
- Rauchfleisch, Udo (2001). Arbeit im psychosozialen Feld. Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Seelsorge. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Riedler-Singer, Renate (2007). Aufklärungspflicht und Co-Verantwortung. In: Hutterer-Krisch, Renate: Grundriss der Psychotherapieethik. Praxisrelevanz, Behandlungsfehler und Wirksamkeit. Wien u.a.: Springer.
- Rogers, Carl R. (2014). Die nicht-direktive Beratung (14., Aufl.), Frankfurt am Main: Fischer (orig. 1942).
- Schaumberg, Rebecca L. & Flynn, Francis J. (2012b). Uneasy lies the head that wears the crown. The link between guilt proneness and leadership. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103 (2), 327-342.
- Schiersmann, Christine (2016). Systemische Zugänge. In: Gieseke, Wiltrud & Nittel, Dieter (Hrsg.). Handbuch pädagogische Beratung über die Lebensspanne, Weinheim: Beltz Juventa.
- Schleicher, Hans (2014). Jugend- und Familienrecht. Ein Studienbuch (14., Aufl.). München: Beck.
- Schmidbauer, Wolfgang (1997). Wenn Helfer Fehler machen. Reinbeck: Rowohlt.
- Schrödter, Wolfgang (1997). Zum Konzept von Beratung als integrierter Bestandteil der psychosozialen Versorgung. In: Nestmann, Frank (Hrsg.). Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis, Tübingen: Dgvt-Verlag, 71-90.
- Strauß, Bernhard & Geyer, Michael (Hrsg.). (2006). Grenzen psychotherapeutischen Handelns. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stumm, Gerhard & Pritz, Alfred (2009). Wörterbuch der Psychotherapie (2., erw. Aufl.), Wien: Springer.
- Walfish, Seven, McAlister, Brian, O'Donnell, Paul & Lambert, Michael J. (2010). Are all psychotherapists from Lake Wobegon?: An investigation of self-assessment bias in mental health providers. (Manuscript sub. for pub. Seiten 87 – 89 Beschreibung des Effekts in Lambert 2010).
- Walfish, Seven, McAlister, Brian, O'Donnell, Paul & Lambert, Michael J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports* 110 (2) 639-644.
- Willutzki, Ulrike, Reinke-Kappenstein, Britta & Hermer, Matthias (2013). Ohne Heiler geht es nicht: Bedeutung von Psychotherapeuten für den Therapieprozess und -ergebnis. *Psychotherapeut* 58 (5), 427-437.

Michael M. Märtens, Prof. Dr. Prof. h.c., Dipl. Psych., Kompetenzzentrum Soziale Interventionsforschung Frankfurt University of Applied Sciences.
 Approbierter Psychotherapeut seit 1999 (seit 2019 Fachkunde Systemische Therapie), Supervisor und Organisationsberater, Professor für Beratung (Studiengangsleitung) im MA „Psychosoziale Beratung und Recht“ an der Frankfurt University of Applied Sciences von 2002-2018, Prof. h.c. an der Fakultät für Gesundheit und Medizin/ Donauuniversität Krems, von 1995–2002, Prof. an der EHS in Dresden (Prof. für Systemische Interventionslehre), von 1981 bis 1995 ambulante und stationäre klinische Tätigkeiten (Psychosomatik, Sucht, Familien- und Paartherapie), 1987–1994 wiss. Mitarbeiter Institut für

Psychologie (Klinische Psychologie der FU Berlin).
Forschung: Beratung- und Psychotherapieevaluation, Qualitätssicherung, Supervision,
Interventionsforschung, Risiken und Nebenwirkungen.
Ausbildungen in: VT, Hypnose, Gesprächstherapie, systemische Therapie, Supervision
& Organisationsberatung, Lehrender der DGFS und DGSv
eMail: maertens@fb4.fra-uas.de

Kompetenzzentrum Soziale Interventionsforschung Frankfurt University of Applied Sci-
ences.
Nibelungenplatz 1, 60319 Frankfurt a.M.

Rebecca Pfeiffer, Akademische Sprachtherapeutin (B.Sc.) 2008, Absolventin des Mas-
ter-Studiengangs "Psychoziale Beratung und Recht" an der Frankfurt University of Ap-
plied Sciences (M.A.) 2018. Sprachtherapeutische Tätigkeiten in neurologischen und so-
zialpädiatrischen (SPZ) Kontexten 2008-2019, seit 2020 pädagogische Fachkraft in in-
terdisziplinärer Frühförderstelle. Spezialisierung auf heilpädagogische Beratungskon-
texte, Angehörigenberatung, Kindersprache, Krankheitsverarbeitung und Fragestellun-
gen im Familiensystem.
Frühförderstelle Mainzer Landstraße 291, 60326 Frankfurt a.M.
E-Mail: Rebecca.Pfeiffer@vae-ev.de

Fragebogen Endversion Papier, Stand: 06.09.2018

FRAGEBOGEN ZUR ERFASSUNG VON VERANTWORTUNG IN BERATUNG UND THERAPIE

Fragebogen Nr. _____

Datum _____

A. PERSÖNLICHE DATEN

1. Sind Sie ...? männlich weiblich
2. Ihre Berufsbezeichnung lautet? _____
3. Alter? _____
4. Welchen akademischen Grad haben Sie? _____
5. Wann haben Sie Ihre akademische Ausbildung abgeschlossen? Jahr _____

B. FRAGEN ZUM AUSBILDUNG UND SCHULENRICHTUNG

6. Haben Sie eine Beratungsausbildung/Therapieausbildung/Weiterbildung abgeschlossen?
 Ja Nein
7. Wenn ja, seit wann? _____
8. Wenn ja, welche? (Mehrfachnennung möglich).
 Psychodynamisch Systemisch- lösungsorientiert
 Verhaltenstherapie Integrativ
 Humanistisch
 Andere Ausbildung _____
9. Befinden Sie sich derzeit in einer Aus-/ Weiterbildung?
 Ja Nein
10. Wenn ja, welche? _____
11. Haben Sie eine Approbation?
 Ja Nein
12. Welcher theoretischen Orientierung fühlen Sie sich hauptsächlich verpflichtet?
(bitte kreuzen Sie eine Richtung an)
 Psychodynamisch Systemisch- lösungsorientiert
 Verhaltenstherapie Integrativ
 Humanistisch
 Andere _____
13. Wie viele Supervisionen in 2017 hatten Sie? _____

C. FRAGEN ZUM DERZZEITIGEN ARBEITSBEREICH

14. In welchen Arbeitsbereich sind Sie derzeit tätig? (Mehrfachnennung möglich).
 Klinik
 Praxis
 Beratungsstelle
 Coaching/Supervision
 Selbstständig

Sonstige Tätigkeiten _____

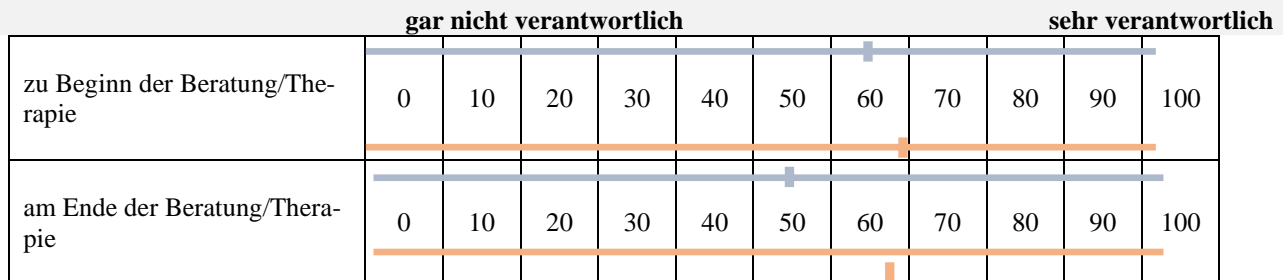
D. FRAGEN ZUR VERANTWORTUNG IN BERATUNG UND THERAPIE

Legende (Ergebnisse grafisch im Fragebogen markiert, sofern Auswertung diesbezüglich erfolgt):

- PsychotherapeutInnen: Markierung der Ergebnisse zwischen deskriptivem Minimum und Maximum einschließlich Mittelwert
- BeraterInnen: Markierung der Ergebnisse zwischen deskriptivem Minimum und Maximum einschließlich Mittelwert

15. Wechselt Ihre Verantwortung im Beratungs-/Therapieprozess?

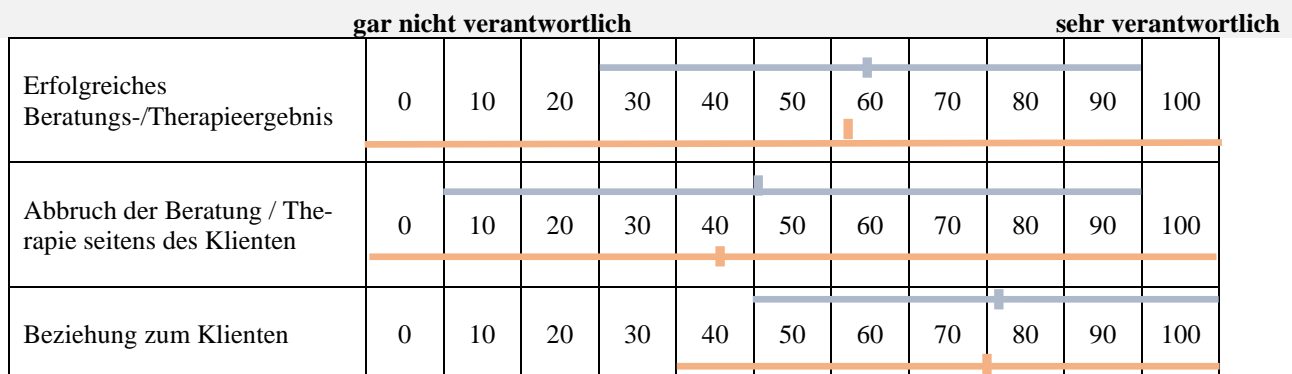
(Bitte kreuzen Sie die jeweiligen prozentualen Anteile an).



Sonstiges: _____

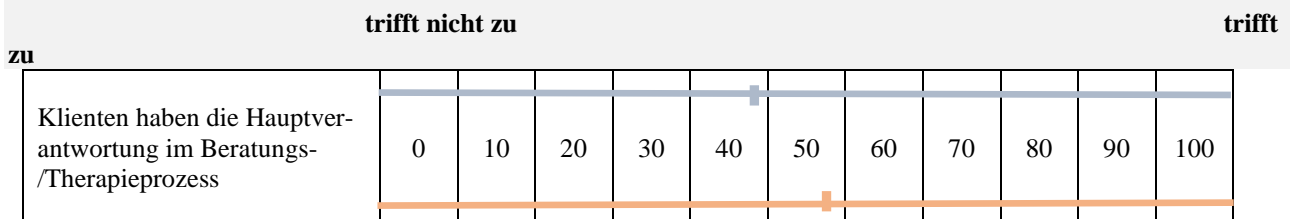
16. Wie verantwortlich fühlen Sie sich für ...?

(Bitte kreuzen Sie die jeweiligen prozentualen Anteile an).



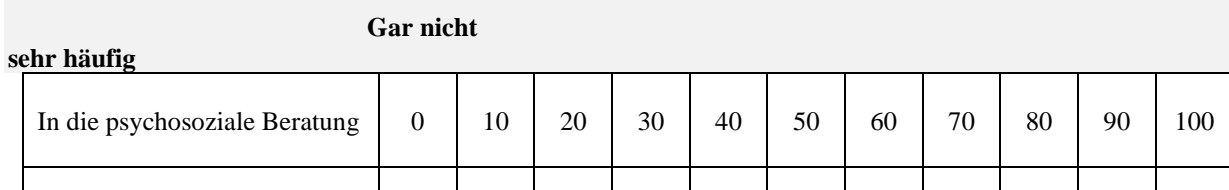
17. Ich finde, dass die Klienten die Hauptverantwortung im Beratungs- /Therapieprozess haben

(Bitte kreuzen Sie den jeweiligen prozentualen Anteil an).



18. Wie oft haben Sie daran gedacht ihre Klienten zu überweisen?

(Bitte kreuzen Sie die jeweiligen prozentualen Anteile an).



In die Psychotherapie	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
In die Psychiatrie	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
An Seelsorger	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

19. Ich fühle mich in meiner Arbeit kompetent (Bitte kreuzen Sie den jeweiligen prozentualen Anteil an).

Gar nicht

sehr häufig

Überforderung von der Arbeit	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
------------------------------	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

20. Ich bin froh, dass ich nicht so viel Verantwortung wie ein Arzt habe (Bitte kreuzen den jeweiligen prozentualen Anteil an).

Trifft nicht zu

trifft zu

Verantwortung wie ein Arzt	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
----------------------------	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

21. Wie verantwortlich fühlen Sie sich Suizid-Impulse der Klienten zu verhindern? (Bitte kreuzen Sie den jeweiligen prozentualen Anteil an).

gar nicht verantwortlich

sehr verantwortlich

	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
--	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

22. Ich nutze kollegiale Beratung (Bitte kreuzen Sie den jeweiligen prozentualen Anteil an).

Gar nicht

sehr häufig

Ich nutzte kollegialen Austausch/Beratung	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

23. Ich fühle mich durch diese Fragen... (Mehrfachnennung möglich).

Ich möchte <u>mehr</u> Verantwortung übernehmen.	<input type="checkbox"/>
Ich möchte <u>weniger</u> Verantwortung übernehmen	<input type="checkbox"/>
Ich möchte eine <u>Haltung</u> zur Verantwortung <u>entwickeln</u>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte vermehrt darauf achten, dass <u>Klienten selbst</u> für sich die Verantwortung übernehmen	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	

24. Ich finde die Beschäftigung mit dem Thema „Verantwortung“ interessant? (Bitte kreuzen Sie die jeweiligen prozentualen Anteile an).

Trifft nicht zu

trifft

zu

Die Beschäftigung mit der Verantwortung ist interessant	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Vielen Dank für Ihre Teilnahme

Buchbesprechungen

Ulrich Sachsse (Hrsg.)

Proxy – dunkle Seite der Mütterlichkeit

Schattauer, Stuttgart 2019, € 25,00

Ein scheinbar kleines Bändchen, aber mit ganz viel Power, gibt es doch zu wichtigen Fragen aus dem Bereich der Psychotherapie, der Ethik, der feministischen Psychoanalyse, der Rechtswissenschaft und der Kinderheilkunde Anstöße, durch die ein Nachdenken in Gang kommt. Ausgangspunkt ist die Frage einer Mutter, ob sie eine Monster-Mutter sei. Sie hat ihre Töchter bewusst geschädigt und lebensbedrohlich krank gemacht, um sie dann als Sachkundige im Gesundheitswesen wieder zu retten. Sobald eine Tochter ein Notfall war, sprang in ihr praktisch ein anderes Programm an: tolle Mutter, kompetent, fachkundig leistungsfähig, prima, lobenswert, vorbildlich.

Hinter dem eben beschriebenen verbirgt sich eine schwere psychische Krankheit, das Münchhausen-by-proxy-Syndrom. Nach langen Jahren der Therapie ist es der Mutter nun ein Anliegen, ihre Geschichte zu veröffentlichen, um damit die Möglichkeit zu schaffen, dass auch anderen Müttern mit einer ähnlichen Erkrankung und ihren Kindern geholfen werden kann. Der Herausgeber hat als Ghostwriter mitgeholfen. Er kennt die Mutter aus seiner therapeutischen Arbeit und hat einiges verdeutlicht und anderes verschleiert, sodass sich die Geschichte von Frau Proxy – diesen Namen wählte die Betroffene – mit den Geschichten mehrerer Patientinnen ein wenig vermischt. Ebenso wird in die Erzählung einiges eingewebt, was aus Prävalenzstudien bekannt ist. Etwa 20 bis 25% der Frauen werden bis zu ihrem 16. Lebensjahr mindestens einmal Opfer einer Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung; so ist es auch Frau Proxy über viele Jahre ergangen. Als ihre Mutter und der Stiefvater einen kleinen Jungen aus einem Heim adoptierten, musste sie zudem erleben, dass eine Jugendamtsmitarbeiterin ihr sagte, es sei doch toll, in solch einer Familie zu leben, mit einem schönen Haus, einem großen Auto und einem eigenen Boot. Sie seien ja wohl die absolute Vorzeigefamilie und jetzt hätten sie auch noch einen Bruder adoptiert.

Mit 15 Jahren wollte Frau Proxy ein eigenes Kind. Männer waren nur Mittel zum Zweck, um endlich schwanger zu werden. Ihre von Geburt an behinderte Tochter macht sie zum ersten Mal krank, als diese noch keine zwei Jahre alt ist. Es geschieht einfach so. Die Tochter wird zum Notfall und muss gerettet werden und Frau Proxy erlebt, wie sehr sie auf einmal gebraucht wird. Und danach springt immer wieder ein anderes Programm an, wenn ihre Tochter durch ihr Zutun zum „Notfall“ wird. Das innere Schema, als Opfer traumatisiert, gedemütigt, dreckig, ekelhaft, verabscheuungswürdig und schmutzig zu sein wird abgelöst durch „tolle Mutter“ ... (s.o.).

Nach langen Therapien ist Frau Proxy inzwischen sozial gut eingebunden, engagiert sich ehrenamtlich und ist geachtet und beliebt. Auch zu ihren Kindern hat sie einen hinreichend guten Kontakt.

Ihre Lebensgeschichte wird zum Ausgangspunkt für Fragen, auf die es keine einfachen Antworten gibt. Frau Proxys Mutter wusste über den Missbrauch Bescheid, ebenso der Bruder. Frau Proxy hatte den Eindruck, von der Mutter geopfert und dem Stiefvater zur Verfügung gestellt worden zu sein. Von der Mutter musste sie häufig hören, dass diese sie am liebsten abgetrieben hätte. Und Frau Proxy fragte sich, warum die Mutter sie hasste. Bis heute weiß sie nicht, warum. In den Therapien quälte sie die Frage: Ja, ich war das Opfer eines Foltersadisten. Aber entschuldigt das die Taten an den eigenen Kindern?

Beim letzten Vergewaltigungsversuch stieß Frau Proxy dem Stiefvater eine Feile in die Rippen, um ihn umzubringen. Er reagierte zunächst nicht, fasste sie danach aber nicht mehr an. Frau Proxy wünscht sich heute, sie wäre angezeigt und bestraft worden. Wahrscheinlich hätte sie viel früher Hilfe bekommen und ihr Leid wäre unterbrochen worden.

Frau Proxys Lebensgeschichte wird zum Ausgangspunkt wichtiger Fragen der Ethik, der feministischen Psychoanalyse, der Kinder- und Jugendmedizin, des Strafvollzugs und der psychotherapeutischen Sichtweise. Dem Herausgeber ist es gelungen, zu all diesen Themen hochrangige Experten ihres Faches zu einer Stellungnahme zu bewegen.

Der Ethiker Dieter Birnbacher weist auf den Unterschied zwischen einer moralischen Beurteilung und einer Betrachtung aus Blickrichtung der Ethik hin. Erstere ist niemals vollständig rational, bei ihrer Entstehung sind immer auch Affekte beteiligt. Die Ethik ist die Theorie der Moral. In der faktisch gelebten Moral haben der Begriff Schuld und die Legitimation von Sanktionen durch Schuldzuweisungen ihren festen Platz. Aufgabe der Ethik ist es dagegen, diese etablierte Praxis des Denkens und Handelns kritisch zu prüfen und gegebenenfalls auch zu korrigieren. Ein Sonderfall ist die „Kinder-Ethik“. Diese fragt primär danach, welche moralischen Rechte man Kindern generell zusprechen kann und soll und welche Pflichten sich daraus für verantwortliche Erwachsene ergeben. In der Literatur geht es hauptsächlich darum, welche moralischen Rechte Kindern speziell gegenüber ihren Eltern zukommen. Diese Rechte der Kinder sind jedoch theoretisch unzureichend geklärt und werden in der Praxis auch nicht hinreichend gewährleistet.

Heidi Möller, Lehrstuhlinhaberin für Theorie und Methodik der Beratung, nimmt eine psychoanalytisch-feministische Perspektive ein. Weiblichkeit wird selten mit Kriminalität in Zusammenhang gebracht. Diese Form gesellschaftlicher Abweichung ist eher den Männern zugeordnet. Keiner der zahlreichen Profis in Frau Proxys Leben hat deshalb diese Perspektive eingenommen und sie geriet nie mit dem Strafrecht

in Konflikt. In vielen Köpfen findet sich noch die Haltung: „Mutter ist die Beste“. Das zeigt sich z.B. in Auseinandersetzungen um den Aufenthalt der Kinder im Fall von Trennung und Scheidung. Ich selbst erlebe in meiner paar- und familientherapeutischen Praxis, dass – entgegen allen wissenschaftlichen Erkenntnissen – immer noch, dass das Residenzmodell (die Kinder sind am besten bei der Mutter aufgehoben) anstatt des Wechselmodells propagiert wird (Witt 2020).

Möller stellt heraus: Die Tötung eines Kindes kann als „weiblicher Widerstand“ gegen das traditionelle Frauenbild (Hausfrau und Mutter) verstanden werden. Als Frau Proxy sich zum ersten Mal an ihrem Kind schuldig macht, gibt es das äußere Bild der fürsorglichen Mutter, die sich ins Zeug legt, das (von ihr selbst!) geschädigte Kind zu retten. Nach außen meistert sie das Schicksal als Mutter eines behinderten Kindes und ihr wird sogar vom Jugendamt empfohlen, sich doch als Pflegemutter für schwierige Kinder zur Verfügung zu stellen.

Möller versteht diesen weiblichen Widerstand als gesellschaftlich bedingtes Tribschicksal der Aggression der Frau. Ihr ist bewusst, dass manche Leserin fragen wird: „Was soll denn nun schon wieder das Klagen über die Benachteiligung von uns armen Frauen?“ Dass es die doch gar nicht mehr geben würde; das sei doch alles Geschichte! Dem sei, so Möller, leider nicht so ist. Das Unbewusste ist sehr traditionell und konservativ. Was wir in unserem Verstand längst bewältigt haben, kann aus dem Unbewussten heraus noch für Generationen seine Wirkung entfalten. Bei der Supervision und beim Coaching höchst moderner, reflektierter, erfolgreicher Frauen muss Möller das immer wieder konstatieren. Sie spricht sich gegen ein Verharren in der Opferperspektive weiblichen Verhaltens und Erlebens aus, denn diese verkürzt die Wirklichkeit. Zudem bedeutet die Opferrolle immer Handlungsunfähigkeit, während die Täterinnenschaft Handlungsoptionen bereithält, wozu unter Umständen möglichst auch der Verzicht auf Destruktivität gehört. Darüber hinaus macht sie deutlich, welche wichtige Rolle der Vater in der psychischen Entwicklung eines Kindes spielt. Not entsteht dort, wo die „Leerstelle Vater“ durch das Eingesponnensein mit der Mutter gefüllt werden muss.

Die Juristin Kirsten Stang zeigt auf, wie die Staatsanwaltschaft als objektives Organ der Rechtspflege tätig ist und als solches Fakten sammelt, die für eine juristische Bewertung des Falls notwendig sind. Sie muss sowohl für als auch gegen die Beschuldigten ermitteln. In Frau Proxys Fall ist inzwischen alles verjährt. Sonst müsste Stang von Amts wegen Anklage erheben, denn es geht hier um äußerst schwere Straftatbestände. Beleuchtet werden die Strafbarkeit der Männer und Frau Proxys Mutter; ebenso die Straftaten, die Frau Proxy selbst begangen hat. Den Tod des Stiefvaters z.B. hat sie mindestens billigend in Kauf genommen („versuchter Totschlag“). Die damals 14-Jährige könnte auch heutzutage noch die Höchststrafe von 10 Jahren nach dem Jugendstrafrecht bekommen.

Als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Psychotherapie betrachtet Tilmann Sachsse das Münchhausen-by-Proxy-Syndrom als Problemfall der Kinderheilkunde. Er beschreibt die Herausforderungen angesichts immer wieder unerklärlicher Symptome und auffälligen Verhaltens der Mutter, um eine mögliche Kindesmisshandlung nachzuweisen.

Zum Abschluss stellt Ulrich Sachsse seine Sichtweise als Psychotherapeut dar, teilweise aus der Psychoanalyse, dem systemischen sowie dem psychotraumatologischen Denken heraus. Die Psychotherapie, egal welcher Schule, hat sich in den letzten Jahrzehnten weiterentwickelt und hält Möglichkeiten der Heilung bereit. Eine moralische Verurteilung, so Sachsse, sei noch nie eine sonderlich wirksame Methode gewesen, weder in der Erziehung noch in der Psychotherapie. Frau Proxy behandelt ihre Tochter nicht wie ein eigenständiges Wesen, sondern wie ein eigenes Körperteil. Sie ist symbiotisch mit ihr verwickelt, die Grenzen zwischen Selbst und Objekt verschwimmen, sodass sie ihre eigenen psychosomatischen Befindlichkeiten aufgrund ihrer frühen Traumatisierungen über den Körper ihres Kindes reguliert.

Dieses wertschätzend (!) anzuerkennen, fällt dem Außenstehenden sicherlich schwer. Aber Frau Proxy wurde durch ihr Verhalten nicht suizidal und blieb als Mutter ihren Kindern erhalten. Diese Deutung ist überhaupt der Schlüssel, therapeutisch mit Frau Proxy zu arbeiten. Denn paradoxerweise hat sie ihr Kind geschädigt und ihm dennoch Gutes getan. „Ich will nicht lachen, ich will nicht weinen, ich will verstehen“ sagt sie und erfüllt sich selbst den folgenden Wunsch: Als krankes, geschädigtes Kind eine hoch kompetente Mutter an der Seite zu haben, die ihr Kind schützt, rettet und in Sicherheit bringt. Es geht hier nicht um die Tochter, sondern um Frau Proxys „Inneres Kind“.

Zu Beginn der Besprechung sagte ich, in diesem Buch sei viel Power. Was können wir in der Ehe-, Partnerschafts-, Erziehungs- und Familienberatung daraus lernen? Durch die sehr konkrete Beschreibung können wir zum einen die Innenperspektive eines missbrauchten Kindes einnehmen und uns selbst fragen: Wie wäre es mir gegangen, was hätte ich gebraucht? Kinder sind in solchen Situationen auf Außenstehende angewiesen, die ihnen glauben und das Übel bei der Wurzel packen. Für mich heißt das: Mit Blick auf die Kinder alles zu tun, was wissenschaftliche Forschung mittlerweile zur Verfügung stellt, dass eine Ehe, eine Partnerschaft gelingen kann.

Die meisten Eltern, die eine Trennungs- und Scheidungsberatung anfragen, wollen eigentlich keine Trennung! Sie wollen zutiefst verstehen, warum sie in ihrem Miteinander an den Punkt gekommen sind, an dem sie meinen, nur noch eine Trennung wäre möglich. Seit 1990 fahre ich mit Paaren regelmäßig wochenweise in Trainingscamps, bei denen die Kinder parallel betreut werden. Mittlerweile sind es über 170 und das Angebot kann die Nachfrage kaum stillen. Natürlich ist das, was ich mache, Paartherapie im integrativen Verfahren. Ich nenne das Ganze

aber lieber *Partnerschule*, denn damit können sich Paare identifizieren, müssen sich nicht schämen, dass sie es miteinander nicht „gebacken kriegen“. Und dann kann man den Kindern erklären, was ihre Eltern da machen. Sie lernen, wie man liebevoll miteinander und mit ihnen, den Kindern, umgehen kann. Das verstehen Kinder! Sie sind dankbar und zeigen das in den Bildern, die sie mir schenken oder sagen: „Wie schön, dass meine Eltern bei dir in die Partnerschule gehen!“

Kröger, C. & Sanders R. (2018): Prävention psychischer Störungen durch paarorientierte Interventionen. In: Christiansen H., Ebert D., Röhrle B., Prävention und Gesundheitsförderung Bd.VI. dgvt Verlag Tübingen S. 367–392.

Sanders R. (2017). Destruktive Muster in Paarbeziehungen: erkennen, verstehen, intervenieren. *Beratung Aktuell*, 18. Nr. 4, S. 31–45.

Sanders R. (2019): Partnerschule – Fokale Kurzzeittherapie für Paare im Integrativen Verfahren. In: POLYLOGE. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“, Ausgabe 21.

Witt, M. (2020). Vom langen Weg zur kindeswohlorientierten Gleichberechtigung in der Erziehung. *Beratung Aktuell*, 21, Nr. 1, S. 4-35.

Dr. Rudolf Sanders

Sarah Python

Selbstresonanz – im Einklang mit sich und seinem Leben

Erkenntnisse aus Neurobiologie, GFK und Traumaforschung. Mit CD

Junfermann, Paderborn 2019, € 38,00

Um die Bedeutung dieser Veröffentlichung zu verstehen, gilt es zunächst, sich den Unterschied zwischen *Empathie* und *Resonanz* bewusst zu machen. Unter Empathie wird verstanden: in der Lage sein, sich in eine andere Person hineinzusetzen, sich in sie einzufühlen, ihre Erfahrungen zu verstehen, ihren emotionalen Zustand zu deuten und ähnliche Emotionen zu empfinden. Keine diese Erklärungen umfasst allerdings die Notwendigkeit, ein *Wir*, das heißt ein Teil einer Resonanz zu sein. Sind wir mit jemandem in Resonanz, vermittelt die Person die empfängt: „Ja ich bin bei dir! Ich verstehe dich.“ Dies kann verbal geschehen, indem diese Person das Gesagte wiederholt, es kann aber auch mit einem mitschwingenden Seufzer geschehen. Oft lässt sich beim Sprecher im Gesichtsausdruck eine Entspannung entdecken, mit dem dieser das wohlige Gefühl ausdrückt: „Ja, ich bin bei dir angekommen!“ Empathie dagegen können wir etwa für Menschen empfinden, die auf ihrer Flucht im Mittelmeer gerettet werden, wenn wir die Bilder im Fernsehen sehen. Diese Geflüchteten werden aber niemals wissen, dass wir mit ihnen mitgeföhlt haben. Wir können also nicht in Resonanz mit einer Person sein, solange wir keine Beziehung zu ihr haben. Resonanz ist eine Erfahrung, zu der zwei Menschen gehören.

Wie aber geht dann Selbstresonanz? Ohne dass es uns immer bewusst ist, sind wir permanent in Resonanz mit uns selbst. Es ist eine „Innere Stimme“, die automatisch in unseren Köpfen in Aktion tritt, wenn unser Gehirn nicht gerade mit einer Aufgabe beschäftigt ist. Es ist die Art, wie wir uns selbst behandeln oder wie wir über andere

denken. Finden sich in unserem Lebensgepäck Erfahrungen mit liebevollen und wertschätzenden Menschen, wie etwa Eltern, Großeltern oder auch nur freundliche Nachbarn, so sind unsere Gedanken durch einen leichten, sanften Ton gekennzeichnet. Hatten wir hingegen z.B. Eltern, die uns immer verbessern wollten und denen wir nie etwas recht machen konnten, so hört sich diese Stimme ganz anders an. Manchmal kann sie sogar fortwährend negativ und sehr grausam sein. – Und damit sind wir beim Ziel dieses Buches: Es geht darum, die innere Stimme ruhiger und unterstützender zu machen, damit wir uns selbst immer mehr mögen. Wenn wir also konkret aufhören, uns selbst zu vergleichen und zu kritisieren und uns selbst stattdessen mit einem warmen Verständnis annähern, uns liebevoll in den Blick zu nehmen, sind wir auf einem Weg zu einem gesunden Gehirn. Mit Gehirn ist hier der gesamte Körper mit seinem durchziehenden Nervensystem, einschließlich des Gehirns im Schädel gemeint.

Um dieses Ziel zu erreichen bietet das Buch eine Reihe geführter Gehirnmeditationen an. Diese fordern die Aufmerksamkeit dazu auf, verschiedene Teile des Gehirns gleichzeitig aufzuwecken. Es ist, als würden wir Regionen miteinander bekannt machen, die sich zuvor nie kennengelernt haben. Die Meditationen haben Titel wie: „Den resonierende Selbstbeobachter finden“. „Empathie für den inneren Kritiker“. „Das abgespaltene Selbst zur Heimkehr einladen“. Eine Auswahl der Meditationen finden sich auf der beigefügten CD. Darüber hinaus sind auf der Website des Verlages alle geführten Meditationen im englischen Original und in deutscher Übersetzung vorhanden.

Auch wenn scheinbar komplizierte Dinge wie die Funktionsweise des Gehirns erklärt werden: Das Buch ist so geschrieben, dass man es Ratsuchenden gut empfehlen kann.

Dr. Rudolf Sanders

Angela Eberding

Neue Autorität in multikulturellen Erziehungskontexten

Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2020, € 12,00

Was ist *neue Autorität*? Es entsteht ein Bild, das nicht die Vorstellung der „Stärke der Faust“ vermittelt, sondern die „Stärke des Ankers“, der freundlichen Beharrlichkeit. Es handelt sich um eine Form von verbindender Autorität, die auf Beziehung setzt und nicht auf Durchsetzung von Positionen. Eltern hilft sie, ihre Rolle neu zu finden.

Herausfordernd ist natürlich die Frage, wie ein anderes Autoritätsverständnis von Menschen aufgenommen wird, die aus anderen kulturellen Kontexten nach Deutschland kommen. Im Beratungskontext gilt es, eine Form des Umgangs mit dem Anderen oder Fremden zu finden und nicht vorschnell zu werten. Letzteres bedeutet ja auch, das Eigene für richtig zu halten und das Fremde für falsch. Es geht darum, Ambivalenzen zu erkennen und konstruktiv zu nutzen, um nach tragbaren Kompromissen zu suchen und dabei gleichzeitig Gewalt in jeder Form

abzulehnen. Der Schlüssel dafür heißt *interkulturelle Kompetenz (IK)*. Das bedeutet, Unterschiede wahrzunehmen, nach Bedeutungen und Zielen zu fragen, die Leistung von Wanderung, Flucht und Auseinandersetzung mit der Herkunft und der jetzigen Lebenskultur zu würdigen, Rituale und Werte – solange sie nicht schaden – zu akzeptieren, auch wenn sie fremd sind. Aber vor allen Dingen heißt interkulturelle Kompetenz, auch zu wissen, wie man selber „tickt“. IK beinhaltet keineswegs eine Haltung von grenzenloser Toleranz. Da, wo mit kulturellen Werten gewalttätiges Verhalten z.B. in der Erziehung oder Partnerschaft begründet wird, braucht es den Schutz der Betroffenen.

An konkreten Fallbeispielen wird aufgezeigt, wie neue Autorität durch Beziehung, etwa durch Einbezug der Großeltern, die vielleicht noch im Herkunftsland wohnen, möglich wird. Bedeutsam ist es, auf destruktives Verhalten von Kindern und Jugendlichen nicht mit Gewalt oder mit Ohnmacht zu reagieren, sondern mit Beziehung. So werden die Erziehungsverantwortlichen angeleitet, zwischen der Person eines Kindes und seinem destruktiven Verhalten zu unterscheiden. Die Beziehung zu dem Kind wird durch Beziehungsgesten gestärkt und gleichzeitig wird gewaltlos Widerstand geleistet gegen gewalttätiges Verhalten.

Ein kleines Bändchen mit knapp 100 Seiten. Diese Kompaktheit ist ein Anliegen der Herausgeber der Reihe, zu der das Bändchen gehört. Es soll möglich sein, sich einem Thema etwa an einem Wochenende oder einem längeren Abend widmen zu können.

Dr. Rudolf Sanders

Kai Fritzsche & Woltemade Hartmann

Einführung in die Ego-State-Therapie

Carl-Auer-Verlag, Heidelberg 2019, € 14,95

Klaus Grawe bezeichnete die Inkonsistenz des psychischen Geschehens als eine Hauptursache psychischer Erkrankungen. Es handelt sich um das Phänomen, dass verschiedene Intentionen in einem Menschen miteinander im Konflikt sind bzw. sich gegenseitig blockieren. Und jetzt sind wir bei der Ego-State-Therapie. Sie geht davon aus, dass die Persönlichkeit sich aus mehreren Anteilen zusammensetzt, den Ego-States. Somit geht dieser Ansatz weit über die Arbeit mit Inneren Kindern hinaus. In der konkreten Arbeit nimmt man direkt Kontakt mit den einzelnen Ego-States auf. Man fragt sie etwa nach ihrer Geschichte, ihrem Alter, ihren Bedürfnissen und vor allem nach ihrem Sinn. Der Schlüssel zur Heilung liegt darin, Ego-States nicht als Störenfriede zu betrachten, sondern als vom Leib entwickelte Anteile, um die Anpassungsfähigkeit zu erhöhen.

Hilfreich ist dieser Ansatz insbesondere in der Arbeit mit Traumata. So kann man unterscheiden zwischen emotionalen Persönlichkeitsanteilen (EP) und sogenannten anscheinend normalen

Persönlichkeitsanteilen (ANP). Es kann sein, dass ein ANP auf keinen Fall etwas mit EPs zu tun haben, würde doch ein EP den vom ANP bewerkstelligten mühevollen Aufbau einer „Normalität“ wieder zerstören. Die Alltagsstabilität wäre sofort dahin, käme ein EP zum Vorschein. In der Konsequenz würde der ANP nie die Wahrheit des EP akzeptieren, ihn als nicht als zugehörig integrieren. Der EP möchte jedoch in seiner Alarmfunktion wahr- und ernst genommen werden. Er kann sich aber nicht vorstellen, dass die Zeit weitergegangen ist und die Realität nicht mehr unmittelbar bedrohliche ist.

Die Ego-State-Therapie hat zum Ziel, die einzelnen Ego-States zu integrieren. Sie sollen miteinander kommunizieren, mentale Inhalte auszutauschen und so in harmonischer Beziehung miteinander existieren.

In seiner Präzision und Klarheit bietet dieses kleine Bändchen die Möglichkeit, einen Ansatz kennenzulernen, der auf Menschen abzielt, die sich auf dem Weg zu einem zufriedenen Leben und gelingenden Beziehungen selbst im Weg stehen. All das wird immer wieder belegt mit Arbeiten aus der therapeutischen Praxis. Professionelle Leser*innen bekommen so Lust auf mehr; auf intensivere Auseinandersetzung mit diesem Ansatz, um ihn für die eigene Beratungsarbeit zu nutzen.

Dr. Rudolf Sanders

Henning Freund & Dirk Lehr

Dankbarkeit in der Psychotherapie

Ressource und Herausforderung

Hogrefe, Göttingen 2020, € 29,95

Dankbarkeit gehört, wie Vergebung und Demut, zu den Stiefkindern therapeutischen Handelns. Es sind sogenannte gemischte Gefühle, die vor allen Dingen im zwischenmenschlichen Bereich von Bedeutung sind und ein großes Potenzial für Psychotherapie und Beratung bieten. Ein Grund könnte darin liegen, dass sie nicht eng verbunden mit klinischen Diagnosen und Störungsbildern sind und so unterhalb des Radars der psychotherapeutischen Aufmerksamkeit laufen. Vielleicht liegt es allerdings auch daran, dass Dankbarkeit auf den ersten Blick wenig verknüpft ist mit der auf das Selbst zentrierten Zielsetzung wichtiger Psychotherapieschulen wie Selbstaktualisierung, Selbstmanagement oder Ich-Stärkung. Weltweit liegt die Dankbarkeitsforschung dagegen im Trend, insbesondere durch einen großen Teil der Forschenden, die sich dem Anliegen der Positiven Psychologie verbunden fühlen. Diese setzt sich intensiv mit der Bedeutung von Charakterstärken und positiven Emotionen für das Wohlbefinden auseinander. So ist Dankbarkeit zu den meist untersuchten Variablen der Positiven Psychologie geworden.

Es fällt jedoch auf, dass die Dankbarkeitsforschung bisher weitgehend *außerhalb* der psychotherapeutischen Welt stattfindet. Der Blick auf das, was nicht ist, was schiefgelaufen, erst zur Hälfte erledigt und

unvollkommen ist, stärkt hingegen die Stressachse. Bedeutsam ist es auch, dass sich die großen Weltreligionen und die abendländische Philosophie bereits seit Jahrtausenden mit dem Thema Dankbarkeit beschäftigen.

Die Autoren entschieden sich für ein weit gefasstes Dankbarkeitskonzept als Anwendungsbasis für Psychotherapie und Beratung. Sie vertreten die Ansicht, dass Dankbarkeit in den meisten Fällen mit angenehmen Gefühlen wie Freude oder Glück verbunden ist. Diese sind für das subjektive Wohlbefinden verantwortlich, das nachweislich eng mit Dankbarkeit verbunden ist. Dabei verfolgen sie zwei Wege. Auf dem ersten Weg werden die bekanntesten und wirksamsten Methoden zur Erfassung und zur Förderung von Dankbarkeit ausführlich vorgestellt. Der zweite ist der eines langsamen Tempos, um auch die kleinsten, ganz leisen Zwischentöne nicht zu übergehen.

Wenn Menschen mit Depressionen und Traumafolgestörungen kämpfen, scheint das Thema Dankbarkeit fehl am Platz zu sein. Es stellt sich die Frage, ob sich überhaupt ein therapeutisches Fenster für das Thema Dankbarkeit öffnet. Mit einer solchen therapeutischen Demut kann es plötzlich passieren, dass angesichts des Schlimmsten neue Wertigkeiten im Leben einstellen.

Last but not least ist die Lektüre des Buches ein Anstoß, eine Sensibilisierung für Menschen in helfenden Berufen zu fördern, um eine eigene Haltung und Praxis der Dankbarkeit als Teil der Selbsterfahrung zu etablieren.

Dr. Rudolf Sanders

Stephen W. Porges & Deb Dana (Hrsg.)

Klinische Anwendung der Polyvagal-Theorie

Ein neues Verständnis des autonomen Nervensystems und seine Anwendung in der therapeutischen Praxis

G.P. Probst Verlag, Lichtenau/Westfalen 2019, € 44,00

Vorgehensweisen in der Psychotherapie und der Beratung, die sich nicht an den Richtlinien und Verfahren der Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie oder Systemischen Therapie orientieren, führen oftmals noch ein Schattendasein, wie etwa die Polyvagal-Theorie. Vor einem Jahr bin ich eher zufällig auf sie gestoßen und als Paartherapeut bietet sie mir eine weitere Möglichkeit zu verstehen, warum Menschen sich *aktuell* so verhalten, wie sie sich verhalten. Sie werden nicht nur gesteuert von ihren früheren Bindungserfahrungen und den daraus sich entwickelnden Mustern und Schemata, sondern diese haben darüber hinaus einen großen Einfluss auf ihr Autonomes Nervensystem (ANS).

Was im ANS passiert, geschieht unterhalb der Bewusstseinschwelle, sodass Betroffene keinen expliziten Zugang haben und nicht wissen, warum sie sich z.B. meist mit einem hoch aktivierten Sympathikus durch die Welt bewegen und auf „Flucht“ oder „Kampf“ aus sind

Das Wissen um die Bedeutung des ANS, welches implizit seine Wirksamkeit entfaltet, bestärkt mich auch in meiner persönlichen Haltung, meinen Klienten weiterhin mit Liebe und Wohlwollen zu begegnen. Dann signalisiere ich ihnen Verbundenheit und Sicherheit. Recht schnell nehmen sie das auf, beginnen sich zu entspannen und auch ihr Miteinander als Paar verändert sich. Insbesondere in meinen paartherapeutischen Gruppen erlebe ich diese Entspannung und ein gegenseitiges Wohlwollen – innerhalb von ein bis zwei Tagen.- Und gerade wird mir klar: Ich habe in dieser Besprechung über meine eigene klinische Anwendung dieser Polyvagal-Theorie geschrieben.

Im vorliegenden Reader finden wir Aufsätze von begeisterten Anwendern, wie etwa von Bessel van der Kolk, einen führenden Experten der Arbeit mit traumatisierten Menschen: *Sicherheit und Reziprozität: die Polyvagal-Theorie als Rahmen für Verständnis und Behandlung von entwicklungsbezogenen Traumafolgestörungen*. Da sich diese insbesondere in den verstrickten und Leid erzeugenden Bindungsmustern von Paaren wiederfinden (Klees 2018), gilt es etwa, ihre Fähigkeit zum Austausch mit dem Partner hin zu Reziprozität zu entwickeln.

Wir lesen über die Bedeutung der Präsenz, Prosodie und Berührung von Säugetieren und ihre Nutzung, die Bestätigung ihrer Bedeutung in der Krankenpflege und auch über die Behandlung einer Flugangst aus Sicht der Polyvagal-Theorie.

Das Buch ist in vier Hauptkapitel gegliedert, mit jeweils verschiedenen Schwerpunkten. Ein Kapitel enthält Beiträge zum Weg der Polyvagal-Theorie in die Welt der Traumatherapie, in einem weiteren geht es um die Bedeutung der Sicherheit als Kern der Therapie; außerdem um therapeutische Ansätze und klinische Anwendungen und zum Schluss um Anwendungen in der Medizin.

Dr. Rudolf Sanders

Klees, K. (2018): *Traumamasensible Paartherapie*. Paderborn: Junfermann.

Karl-Heinz Brisch (Hrsg.)

*Bindung, Scheidung, Neubeginn
Möglichkeiten der Begleitung, Beratung, Psychotherapie
und Prävention*

Klett-Cotta, Stuttgart 2019, € 40,00

Dass Kinder unabhängig von ihrem Alter im hohen Maße unter der Trennung und Scheidung ihre Eltern leiden, ist eindeutig belegt (Bodenmann 2016). In diesem Sammelband setzen sich unterschiedliche Fachleute unter dem Aspekt der Bindungstheorie mit dieser für alle Beteiligten schmerzlichen Erfahrung auseinander. Wenn es zu einer Scheidung der Eltern kommt, sind sowohl die Bindungsbeziehung der Eltern auf der Paarebene, als auch die Bindung der Kinder zu den Eltern oftmals sehr aktiviert. Eltern wie Kinder entwickeln

psychosomatische Symptome wie Kopfschmerzen, Schlaf- und Essstörungen, Ängste, Depressionen; die Kinder zusätzlich Lern- und Verhaltensauffälligkeiten. Kinder werden in ihren Bindungsloyalitäten zwischen den geschiedenen Eltern hin- und hergerissen. Dass der Stein der Weisen für die Lösung dieses Problems noch nicht gefunden ist, wird in allen Beiträgen deutlich. Es ist immer wieder eine Annäherung. Am hilfreichsten scheint es zu sein, den Eltern in dieser Situation beizustehen, ihnen zu vermitteln, wie sie konstruktiv miteinander umgehen können, um dann die Kinder in den Blick zu nehmen und sie nicht als Objekte in den elterlichen Auseinandersetzungen zu missbrauchen.

So werden etwa die Beziehung zum getrenntlebenden Elternteil und das Wohlergehen von Kindern in verschiedenen Betreuungsmodellen empirisch beleuchtet. Aufgezeigt wird, welche Möglichkeiten eine bindungsorientierte Pädagogik in Kita und Schule haben kann. Auch wird der Frage nachgegangen, ob Eltern nach Trennung und Scheidung trotzdem „Freunde bleiben“ können. Es werden viele Themen rund um diese Herausforderung beleuchtet, und zum Abschluss geht es in einem Beitrag darum, wie Psychotherapie mit Kindern im Scheidungskonflikt der Eltern möglich wird.

Katharina Klees macht in ihrem Beitrag *Destruktive Bindungen – Ursache für Trennung und Scheidung* auf das aus meiner Sicht wichtigste Thema in diesem Zusammenhang aufmerksam. Sie weist auf die längst überfällige Etablierung eines wissenschaftlich fundierten Paartherapiekonzepts hin. Alles andere greift nämlich zu kurz und lässt notleidende Paare im Stich. Die Scheidungszahlen und die Trennung von Eltern ohne Trauschein sind nach wie vor erschreckend hoch. Dies sollte unsere Gesellschaft in Alarmbereitschaft versetzen! Wenn wir die finanziellen, gesundheitlichen, psychischen und Familien zerstörenden Folgen betrachten, wird deutlich, welchen förderlichen Beitrag eine wissenschaftlich fundierte Paarberatung und Paartherapie leisten könnte. Leider liegt die Paar-Psychotherapielandschaft in Deutschland weit hinter den professionellen Angeboten anderer Länder zurück.

Bodenmann G. (2016). *Lehrbuch Klinische Paar- und Familienpsychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Klees, K. (2018). *Traumaisensible Paartherapie*. Paderborn: Junfermann.

Dr. Rudolf Sanders

Johannes Traub, Wiebke Alpei & Susanne Schweizer

Muträuber – Hugo und Zugo besiegen die Angst

Balance Buch + Medien Verlag, Köln 2020, € 17,00

Die Emotion Angst gehört in unterschiedlicher Ausprägung zu jedem Kind. Was tun als Eltern? Das Wichtigste ist sicherlich, die Angst als eine wesentliche und grundlegende Emotion wertzuschätzen, genauso wie Freude, Wut oder auch Traurigkeit. Das fängt damit an, zu

benennen, wovor genau ein Kind Angst hat. Dann lernt es, sich und seinen Gefühlen immer mehr zu vertrauen. Der nächste Schritt ist die aktive Auseinandersetzung mit der Angst.

Dieses wunderschöne Bilderbuch hilft, Kinder langsam an das Thema heranzuführen und ihnen zu zeigen, dass dort, wo Angst ist, auch Mut steckt. Auch verfügt jeder über die Kraft und Stärke, die Angst zu bewältigen. In einer zuversichtlichen Heranführung an die Angstsituation und deren tatsächlichen Überwindung erlebt das Kind ein Gegenkonzept zur Vermeidung der angstmachenden Situation: Selbstwirksamkeit.

Dr. Rudolf Sanders

Anahita Teymorian

Es ist Platz für alle

Carl-Auer-Verlag, Heidelberg 2020, € 19,95

Es gibt Bücher für große und für kleine Menschen, und es gibt solche, die beide sofort ins Herz treffen und anrühren. So geht es mir mit diesem Bilderbuch.

Ausgangspunkt für die Geschichte war eine Nachrichtensendung im Fernsehen, in der berichtet wurde, dass Menschen mal wieder um ein Stück Land, um ein Stück des Planeten kämpfen. Die Autorin, die mit Katze, Mann und Tochter in Teheran lebt, war plötzlich total wütend: „Warum hört ihr nicht auf? Warum seid ihr nie glücklich? Hört auf gierig zu sein! Versucht es wenigstens einmal. Vertraut mir! Es ist Platz für euch alle. Seht euch den Himmel an, seht euch das Meer an, seht euch den Dschungel an.“

Im Buch beginnt die Reise der Autorin im Mutterleib, in dem wenig, trotzdem aber genug Platz war. Weiter geht es zum Haus, das offensichtlich kleiner wurde, als sie größer wurde und trotzdem war Platz für alle da, selbst Platz für alle Spielsachen. Und nachts, beim Blick zum Himmel, war Platz für alle Sterne und sogar für den Mond. Aber auf den Reisen durch die Welt sieht sie überall Menschen, die um ihren Platz kämpfen, in kleinen und großen Räumen. Und sie verrät die Lösung: Wenn alle freundlich miteinander sind und sich lieben, dann ist in dieser wunderbaren Welt Platz für uns alle.

Dr. Rudolf Sanders

Michael Ehrmann

Identität und Begehren

Zur Psychodynamik der Sexualität

Lindauer Beiträge zur Psychotherapie und Psychosomatik

Kohlhammer, Stuttgart 2019, € 26,00

In einer Paarberatung braucht es immer auch den Blick auf die Bedeutung und Gestaltung der Sexualität eines Paares, da diese Art des leibnahen Miteinanders viel Störungspotenzial für die Interaktion und Kommunikation birgt. Bei der vorliegenden Veröffentlichung handelt es sich um die Verschriftlichung von fünf Vorlesungen im Rahmen der Lindauer Psychotherapiewochen 2018. Ausgehend vom Wandel der Sexualität vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Entwicklung in den letzten 150 Jahren wird deutlich, dass diese andauernd in einen sozio-psychozialen Prozess eingewoben ist. Im Gegensatz zu Freuds bahnbrechenden Abhandlungen aus dem Jahr 1905 im Zeichen seiner Triebtheorie wird heute eine integrative Sicht vertreten. Verschiedene Schulrichtungen der Psychoanalyse werden vereint und so gelangt man über interpersonelle und intersubjektive Konzepte zu neuen Einsichten in die Organisation des Sexuellen im Lebensverlauf. Alte Fest-schreibungen auf Positionen wie aktiv oder passiv, gleichgeschlechtlich oder gegengeschlechtlich reichen nicht mehr aus. Ja sogar die basalen Ordnungskategorien in Frau und Mann stehen heute zur Disposition.

Obwohl die Sexualität zentral bedeutsam für Menschen und für ihr Miteinander ist, scheint sie in der Beratungsszene immer noch ein Stief-kind zu sein. Die Lektüre dieses Buches kann helfen, den Wandel der Sexualität verständlich zu machen. Ferner eröffnet es die Möglichkeit, frühkindliche Bindungserfahrungen mit Mutter und Vater als Störquellen zu identifizieren. Erst diese Klärung ermöglicht es, eine für das Paar stimmige Sexualität auf einer übertragungsfreien Erwachsenenenebene zu gestalten. Dadurch werden wir dem meist impliziten Beratungsauftrag gerecht, Ratsuchenden zu helfen, im Miteinander ihre Dimensionen der Identität und des Begehrens zu einem fruchtbaren Miteinander zu entwickeln.

Dr. Rudolf Sanders

Ina Pick (Hrsg.)

Beraten in Interaktion

Eine gesprächsanalytische Typologie des Beratens

Peter Lang, Frankfurt a.M. 2017, € 69,95

Beratung ist eine Form der Kommunikation, die in verschiedenen Wissenschaften untersucht wird. Für die Praxis der Beratung sind dabei, von fachlichen Bezügen und entsprechenden Wissenschaften abstrahiert, bisher vor allem die Psychologie, aber auch die Soziologie von Interesse. Die Linguistik gerät nur selten in den Blick, obwohl Beratung zentral verbale Kommunikation ist. Die jüngste und wohl auch

quantitativ und qualitativ umfangreichste Veröffentlichung zur Beratung aus der Linguistik ist der Sammelband *Beraten in Interaktion* der Linguistin Ina Pick, wissenschaftliche Assistentin am Deutschen Seminar der Universität Basel und Sprecherin des Arbeitskreises Angewandte Gesprächsforschung. Der Band enthält Analysen vieler unterschiedlicher Formen von Beratung. Im Zentrum steht aber „eine gesprächslinguistische Typologie des Beraten“. Nur die will ich kurz und im von Pick vorläufig verstandenen Ergebnis vorstellen. Die Genese des Vorschlags kann ich im gegebenen Rahmen nicht rekapitulieren.

Beraten wird von Pick als eine Kommunikation verstanden, die ein Gespräch wie beim institutionellen Beraten ausschließlich prägen und in diesem Sinne (im Partizip) „Beratung“ genannt werden kann, die am Rande in ein anders gelagertes Gespräch eingehen oder sich in einem Gespräch mit einem anderen Fokus der Kommunikation, z.B. des Begutachtens oder Verhandlens, die Waage halten kann. Und: Beraten kann, aber muss nicht von den Beteiligten auch „Beraten“ oder „Beratung“ genannt werden. Das Beraten ist aber nicht nur nach oben, sondern auch nach unten abzugrenzen. Es ist mehr als der bloße Sprechakt des Ratgebens.

Beraten ist nach Pick und mit ihren Worten durch „nicht-skalierbare“ und „skalierbare“ Merkmale gekennzeichnet. Die skalierbaren sind auf Skalen mit fünf möglichen Ausprägungen jeweils zwischen jeweils zwei polaren Sachverhalten als Matrix dargestellt.

Die nicht-skalierbaren bzw. diskontinuierlichen Merkmale kennzeichnen das Beraten überhaupt. Nur wenn sie und wenn sie alle gegeben sind, liegt der Handlungstyp des Beraten vor. Beraten erfolgt danach (1) in einer dyadischen Gesprächssituation mit den zwei Rollen des Ratsuchenden (RS) und Ratgebenden (RG) unabhängig von der Zahl der beidseitig beteiligten Personen, (2) im Interesse des RS, (3) unabhängig vom Interesse des RG und (4) angesichts einer Asymmetrie von RS und RG, die sich auf unterschiedliche Perspektiven, Kompetenzen oder Positionen beziehen kann. Bei den skalierbaren bzw. kontinuierlichen Merkmalen unterscheidet Pick (a) sieben „konstellative“ und (b) acht „kommunikative“ Merkmale, die in Kombination ihrer unterschiedlich möglichen Ausprägungen verschiedene Subtypen des Beraten ergeben. Bei den konstellativen steht die Außensituation, bei den kommunikativen Merkmalen Binnensituation des Beraten im Blickpunkt. Es würde den Rahmen der Besprechung sprengen, jetzt noch alle 15 skalierbaren Merkmale zu referieren oder gar zu kommentieren. Ich beschränke mich darauf, ein konstellatives Merkmal und alle kommunikativen kurz an zwei sehr unterschiedlichen Beispielen zu verdeutlichen. Eine psychosoziale Beratung ist konstellativ ein eigener Gesprächstyp (a3). Sie ist kommunikativ gesehen explizit als Beraten definiert (b1) und bezieht sich auf die Person des RS (b2). Das anstehende Problem wird vom RS etabliert (b3) und gemeinsam ausgehandelt (b4), seine Lösung geschieht durch eine mentale Umstrukturierung

seitens des RS (b5), liegt mehr bei der Zielsetzung (b6) und weniger bei der Planung (b7). Die Lösung liegt im Einflussbereich des RS (b7). Im Unterschied dazu ist ein Gespräch mit einem Angestellten im Fachhandel konstellativ nicht nur ein Beraten, sondern auch ein Verkaufen (a3). In kommunikativer Hinsicht ist das Gespräch nicht zwingend explizit als Beraten definiert (b1), bezieht es sich auf eine Sache (b2), geschieht es durch Wissenserweiterung (b5) und fokussiert die Wege zu einem Ziel (b6). Die anderen Merkmale (b3, b4, b7) ähneln denen der psychosozialen Beratung.

Die Merkmale, die Pick aus beratenden Gesprächen entwickelt und zusammen mit Kolleginnen und Kollegen an weiteren solchen Gesprächen überprüft hat, helfen keinem Berater dabei, seine Praxis zu erlernen oder zu verbessern. Sie helfen ihm aber zu verstehen, ob seine Praxis noch oder schon überhaupt eine solche des Beratens ist, auch wenn er eine besondere Spielart verfolgt. Die Grenze des Ansatzes liegt in seiner Beschränkung auf das transitive Jemanden-Beraten und medial unvermittelte Beraten von Einzelpersonen. Fraglich bleibt, ob die vier nicht-skalierbaren Merkmale wirklich schon das Beraten kennzeichnen und nicht noch andere oder klarere Abgrenzungskriterien notwendig wären. Pick nennt noch zwei Merkmale, die in diese Richtung führen könnten, deren Status dem Rezensenten aber nicht ganz deutlich wird: das Vorhandensein eines Problems und die Suche nach seiner Lösung.

Alles in allem ist „Beraten in Interaktion“ ein höchst relevantes und aktuelles Buch zur (gesprächs-)linguistischen Perspektive auf das Beraten und von Fall zu Fall ein hilfreiches Reframing psychosozial üblicher Perspektiven.

Prof. Dr. Ulrich Papenkort

Linda Hartley

Einführung in Body-Mind Centering.

Die Weisheit des Körpers in Bewegung.

Hogrefe, Göttingen 2019, € 39,95

„Ich betrachte den Körper, als wäre er wie Sand. Es ist schwierig, sich ein Bild vom Wind zu machen, aber wenn du beobachtest, wie im Sand Muster entstehen, sich verwischen und wieder neu bilden, dann kannst du die Muster des Windes, oder – in diesem Fall – des Geistes, verfolgen ... Mein Interesse gilt vor allem den Prozessen des Geistes.“

Dieses poetische Bild legt die Autorin ihrer ausführlichen Beschreibung des körpertherapeutischen Ansatzes Body-Mind Centering (BMC) zugrunde. Es stammt von Bonnie Bainbridge Cohen, die diesen Ansatz in den 1960/70er-Jahren entwickelte.

Zentral dabei ist eine präzise Erforschung des Körpers und seiner verschiedenen Systeme wie dem Skelett, den inneren Organen, Flüssigkeiten, Drüsen etc. Durch Berühren, Spüren, kognitives Verstehen von anatomischen Zusammenhängen mache ich mich mit dem

jeweiligen System vertraut. Jedem Körpersystem wohnt ein bestimmter Geist inne, der sich bei jedem Menschen individuell ausdrückt, doch können auch ganz allgemein Geisteshaltungen zugeordnet werden. Das Skelett etwa vermittelt ein Gefühl von Form und räumlicher Klarheit. Die unterschiedlichen Organsysteme (Verdauung, Atmung ...) verkörpern emotionale Haltung. Durch den Kontakt mit dem tiefen Inneren können auch Systeme aufgespürt werden, die ein Schattendasein führen. Diese Wahrnehmung löst energetische Blockaden, führt zu Lebendigkeit, die neue Bewegungsmuster entstehen lässt. Die Autorin beschreibt die Körpersysteme und -prozesse sehr präzise, in nachvollziehbarer Sprache, illustriert mit übersichtlichen, verständlichen Skizzen und Bildern.

Das gilt auch für den zweiten Schwerpunkt des Ansatzes, die Beobachtung der menschlichen Bewegungsentwicklung vom Zeitpunkt der Empfängnis bis zum sicheren Bewegen auf der Erde. Stadien der Evolution vom Einzeller bis zum aufrecht gehenden Menschen werden in Bewegungsmustern nachvollzogen, wie z.B. der spinale Schub. Dabei spielt die Interaktion von Behandlerin (practitioner) und Klient eine wichtige Rolle. Störungen der Bewegungsentwicklung werden durch die Intuition der Behandlerin aufgespürt. Sie gibt den Impuls zur Reorganisation des Bewegungsmusters, den ersten Schritt dazu geht der Klient allerdings selbst. Er bestimmt das Timing, in der die Veränderung stattfindet.

Immer wieder betont Hartley, dass Körper und Geist miteinander verweben sind. Diese Erkenntnis findet sich in allen wichtigen körpertherapeutischen Ansätzen, in der Darstellung von BMC wird dieser Gedanke aber ganz besonders konsequent, tiefgehend und feinfühlig ausgebreitet. Die sprachlich gelungenen und genau formulierten Übungsanleitungen lassen etwas von diesem Geist spüren, die Tiefe entsteht durch die Kontaktaufnahme mit der zellulären Basis des Körpers. Das schafft ein Gefühl, ganz besonders und wertvoll zu sein und führt vor allem auch zu mehr Bewusstheit über sich selbst. Der Übungsweg des BMC schlägt eine Brücke von passiver, perzeptiver Körperarbeit (Berührung, Manipulation des Gewebes) bis zur Entwicklung neuer Bewegungsmuster, die daraus resultieren.

Körperorientierte Verfahren gewinnen zunehmend an Bedeutung in therapeutischer und beratender Arbeit. Linda Hartleys Buch beinhaltet wichtige Impulse und praktische Anregungen, man spürt die Tiefe und Ernsthaftigkeit des Konzepts. Vermutlich braucht es Erfahrung mit Körperarbeit, um die fast 400 Seiten erfolgreich zu erarbeiten, abgesehen vom selbsterfahrerischen Wert ist ein verantwortlicher Umgang mit solch tiefen und sensiblen Übungen notwendig.

Die Lektüre und das praktische Erproben machen Lust, noch mehr über den Ansatz BMC zu erfahren und ihn vor allem unter kompetenter Anleitung zu erleben.

Renate Lissy-Honegger, M.A.

Impressum

Die Gegenwart zeichnet sich durch vielfältige gesamtgesellschaftliche Veränderungsprozesse aus, die bei Einzelnen, Paaren und Familien zu tiefgreifenden Verunsicherungen und Belastungen führen können. Die daraus entstehenden Verletzungen und Verletzlichkeiten werden in die Beratung hineingetragen, die sich damit in besonderer Weise an der Schnittstelle zwischen gesellschaftlichen Entwicklungen und individuellem Wohlbefinden bewegt

Beratung Aktuell will ein Forum dafür bieten unser Verständnis für gelingende Beratungsprozesse zu erweitern. Es werden erfahrungs- und evidenzbasierte Arbeiten veröffentlicht, die der wissenschaftlichen Weiterentwicklung von Beratungspraxis und -theorie verpflichtet sind. Die Zeitschrift wird von der Idee getragen, dass wissenschaftliche Erkenntnisse die konkrete Praxis bereichern, aber ebenso praktische Erfahrungen die Weiterentwicklung von Wissenschaft und Forschung anzustoßen vermag.

Zielgruppe:

Die Zeitschrift richtet sich in erster Linie an Beraterinnen und Berater, also an psychosoziale Fachkräfte, die in ganz unterschiedlichen Arbeitsfeldern und Settings beraterisch-therapeutische Aufgaben wahrnehmen, z.B. in den Bereichen:

- Ehe-, Familien- und Lebensberatung
- Erziehungsberatung
- Schwangerschaftsberatung
- Suchtberatung
- Schuldnerberatung
- Psychotherapie
- Ärztliche Praxis
- Erwachsenenbildung
- Schule
- Seelsorge
- Prophylaxe und Gesundheitsförderung

Herausgeber:

Rudolf Sanders, Dr. Phil., Dipl.-Päd., Ehe- Familien und Lebensberater, Lehr- und Forschungstätigkeit im Bereich der Ehe- und Paarberatung, Begründer des Verfahrens Partnerschule als Paar- und Sexualberatung Integrativen Verfahren, bis zu seiner Pensionierung 2016 25 Jahre Leiter der katholischen Ehe- und Familienberatungsstelle Hagen & Iserlohn, Mitglied im Vorstand der DAJEB

Sauerland Straße 4, 58706 Menden, Tel.: 02352-973327

E-Mail: Dr.Sanders@partnerschule.de

Web: www.partnerschule.eu

Christine Kröger, Prof. Dr. rer. nat., Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, seit 2011 Professorin an der Hochschule Coburg (Professur für psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit und Klinische Sozialarbeit).

Lehr- und Forschungsschwerpunkte: Beraterisch-therapeutische Unterstützung von Menschen mit psychischen Störungen, Prävention und Diagnostik von Beziehungs- und Interaktionsstörungen bei Paaren und in Familien, Evaluation psychosozialer/sozialtherapeutischer Interventionen, Qualitätssicherung in der Beratung.

Hochschule Coburg
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Friedrich-Streib-Str. 2, D-96450 Coburg
E-Mail: christine.kroeger@hs-coburg.de

Redaktion:

Dr. Rudolf Sanders, Sauerlandstr. 4, 58706 Menden, Tel.: 02331-788582
E-Mail: Dr.Sanders@partnerschule.de, Web: www.partnerschule.de
Dr. Christine Kröger, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Friedrich-Streib-Str. 2, D-96450 Coburg
E-Mail: christine.kroeger@hs-coburg.de

Projektleitung:

Heike Carstensen, Junfermann Verlag GmbH, Driburger Str. 24 D, D-33100 Paderborn, Tel.: 05251-13 44 18, Fax: 13 44 44,
E-Mail: carstensen@junfermann.de

Erscheinungsweise/Service:

Beratung Aktuell erscheint viermal jährlich als Online-Ausgabe auf: www.active-books.de, einem E-Book-Angebot des Junfermann Verlages. Einzelne Artikel werden zudem als separate E-Books angeboten.

Verantwortlich für www.active-books.de:

Monika Köster, Tel.: 05251-13 44 14, Fax: 13 44 44,
E-Mail: koester@junfermann.de

Erscheinungsweise/Service:

Beratung Aktuell erscheint viermal jährlich als Online-Ausgabe auf: www.active-books.de, einem E-Book-Angebot des Junfermann Verlages. Einzelne Artikel werden zudem als separate E-Books angeboten.

Verantwortlich für www.active-books.de:

Monika Köster, Tel.: 05251-13 44 14, Fax: 13 44 44,
E-Mail: koester@junfermann.de

Zitierhinweis:

Nach den Vorgaben der „Deutsche Gesellschaft für Psychologie – Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“ kann wie folgt aus der Zeitschrift zitiert werden bzw. sind entsprechende Angaben in der Literaturliste zu machen:

1.) beim Zitat: Es kann die übliche Form angewendet werden, weil alle nötigen Angaben der jeweiligen Ausgabe entnommen werden können.

2.) Literaturliste: Autor, A.A., Autor, B.B. & Autor, C.C. (2009). Titel des Artikels. *Beratung Aktuell*, XX (Ausgabe des aktuellen Jahres), XXX-XXX (Seitenzahl: von-bis). Zugriff am Tag. Monat. Jahr, Verfügbar unter <http://www.active-books.de/beratung-aktuell.html>

(Alle verwendeten Satzzeichen und die Schreibweise (kursiv) entsprechen den Vorgaben).