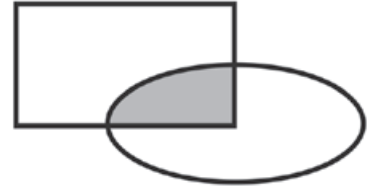


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



20. Jg. ■ Heft 2 ■ April 2024

Inhalt

Wirkungsorientierung in der Klinischen Sozialarbeit

3 Editorial

**4 Optionen für Wirkungsorientierung in der
Klinischen Sozialarbeit**

Klinische Sozialarbeit und Wirkungsdiskussion

Sebastian Ottmann & Rita Hansjürgens

**7 Das Soziale in der Gesundheitsversorgung
stärken**

Medizinische Leitlinienarbeit der DVSG

Jürgen Freiberg, Antje Liesener, Maren Kraft, Elke Cosanne

**10 Die Wirkungsweise Klinischer Sozialarbeit
am Beispiel des Ausstattens mit Ressourcen**

Ein Einblick im Kontext der Klinischen Rehabilitation

Simon Süsstrunk, Maria Solèr, Nadja Hess

**14 Spiritualität in der Beratung: Eine wirksame
Unterstützung in der Sozialen Arbeit?**

Daniela Battain & Dietrun Lübeck

2 Zu dieser Ausgabe: Autor*innen, Termine, Informationen,
Wissenschaftlicher Beirat, Impressum

Herausgeber

- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e. V.
- European Centre for Clinical Social Work e. V.
- Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

DVSG

Gemeinsam für die
gesundheitsbezogene
Soziale Arbeit

DGSA



sa'ges

Schweizerischer Fachverband
Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Autor*innen

Daniela Battain, B. A. in Sozialer Arbeit, sozialpädagogische Fachkraft in einer therapeutischen Wohneinrichtung bei neuhland Hilfe in Krisen gGmbH – Schwerpunkt Krisenintervention und Suizidprävention.
Kontakt: danielabattain@gmail.com

Elke Cosanne, Dipl. Sozialarbeiterin, Master Sozialmanagement, Geschäftsführerin der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG).
Kontakt: elke.cosanne@dvsog.org

Jürgen Freiberg, Dipl. Sozialpädagoge, Universitätsklinikum Bonn, KinderSchutzGruppe, Leitlinienbeauftragter Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG).
Kontakt: juergen.freiberg@ukbonn.de

Prof. Dr. Rita Hansjürgens, M. A. Klinische Sozialarbeit, Alice-Salomon Hochschule-Berlin.
Kontakt: hansjuergens@ash-berlin.eu

Nadja Hess M. A. in Sozialer Arbeit, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Soziale Arbeit und Gesundheit an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Olten (CH).
Kontakt: nadja.hess@fhnw.ch

Maren Kraft, M. Sc., Mitarbeiterin für die Leitlinienarbeit und Standardentwicklung, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG), Arbeitsschwerpunkte: wissenschaftliche Beratung und Unterstützung.
Kontakt: maren.kraft@dvsog.org

Antje Liesener, MPH, Dipl. Sozialpädagogin (FH), Referentin für fachpolitische Vertretung und Fachkonzepte, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG).
Kontakt: antje.liesener@dvsog.org

Prof. Dr. Dietrun Lübeck, Professur für Psychologie, Studiengangleitung Master „Beratung in der Sozialen Arbeit“, Evangelische Hochschule Berlin.
Kontakt: dietrun.luebeck@eh-berlin.de

Sebastian Ottmann, M. A., Institut für Praxisforschung und Evaluation der Evangelischen Hochschule Nürnberg.
Kontakt: sebastian.ottmann@evhn.de

Simon Süssstrunk, M. A. in Sozialer Arbeit, Dozent und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut Soziale Arbeit und Gesundheit an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Olten (CH).
Kontakt: simon.suessstrunk@fhnw.ch

Maria Soler, M. A. in Sozialer Arbeit, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Soziale Arbeit und Gesundheit an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Olten (CH).
Kontakt: maria.soler@fhnw.ch

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner, Hochschule München

Prof. Dr. Silke B. Gahleitner, Alice Salomon Hochschule Berlin

Prof. Dr. Johannes Lohner, Hochschule Landshut

Prof. Dr. Helmut Pauls, Hochschule Coburg

Prof. Dr. Elisabeth Steiner, Fachhochschule FH Campus Wien

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst, Hochschule Mittweida

Impressum

Herausgeber:

DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (v.i.S.d.P.)

DGSA – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit
ECCSW – European Centre for Clinical Social Work e. V.
SAGES – Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Redaktionsteam:

Redaktionsleitung: Katarina Prchal
Heftverantwortung:

Thomas Friedli, Katarina Prchal
Mitarbeit: Karsten Giertz, Yvonne Kahl, Gerhard Klug, Antonia Lammel, Ingo Müller-Baron, Anna Lena Rademaker, Rainer Schliermann

Anzeigenakquise:

Ingo Müller-Baron,
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
E-Mail: ingo.mueller-baron@dvsog.org

Anschrift der Redaktion:

Redaktion „Klinische Sozialarbeit“
c/o Katarina Prchal
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
Alt Moabit 91, 10559 Berlin
E-Mail: katarina.prchal@dvsog.org

Layout, Grafik & Schlussredaktion:

Jill Köppe, Perfect Page, Karlsruhe
Clarissa Rosemann, Perfect Page, Karlsruhe

Druck:

Bachmann & Wenzel Offsetdruck GmbH, Karlsruhe

Erscheinungsweise:

viermal jährlich als Einlegezeitschrift in:
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN: 1861-2466

Auflagenhöhe: 2.390 Exemplare

Copyright:

Nachdruck und Vervielfältigen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Kommende Ausgaben

3/2024 **Klinische Sozialarbeit im europäischen Vergleich** (Redaktionsschluss: 15.3.2024)

4/2024 **Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil** (Redaktionsschluss: 15.6.2023)

Informationen und Tagungshinweise

Online-Fachtagung

In Kooperation mit weiteren Organisationen und Institutionen führt das European Centre for Clinical Social Work e. V. am 2. Mai 2024 seine diesjährige Online-Fachtagung zum Thema „Prävention, Gesundheitsförderung und Selbstfürsorge in den psychosozialen Arbeitsfeldern“ durch.

Weitere Informationen zum Programm folgen demnächst und können eingesehen werden unter:
<https://eccsw.eu>

Safe the date

Die 13. Fachtagung Klinische Sozialarbeit findet am 6. und 7. Juni 2024 an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Aachen statt.

Das Thema der Tagung ist:
Empowerment und soziale Einbindung. Heilsame und entwicklungsfördernde Ansätze in der Klinischen Sozialarbeit und Sozialtherapie.

Das Tagungsprogramm ist abzurufen unter:

katho-nrw.de

Ansprechpartnerinnen für Fragen sind:

Prof.in Dr.in Nicola Großheinrich, n.grossheinrich@katho-nrw.de
Prof.in Dr.in Ute Antonia Lammel, ua.lammel@katho-nrw.de

8th conference on Decisions, Assessment, Risk and Evidence in Social Work (DARE), Zurich

The biennial conference on Decisions, Assessment, Risk and Evidence in Social Work (DARE) is setting out for new shores. After a highly successful run in Belfast since 2010, the conference will move to Zurich, Switzerland, in 2024, taking place on 20-21 June.

This biennial DARE conference series brings together researchers, managers, educators, policy makers, regulators and experienced practitioners to share developments on the related topics of: professional judgement, assessment tools and processes, decision processes, risk, evidence in social work, including ethical, emotional, technological and contextual aspects of decision making, assessment, risk and evidence. The conference fosters lively discussion on these topics and aims to be a platform to strengthen networks and launch new research and development of initiatives in social work.

Find further information on:

<https://www.zhaw.ch/dare>

10. Schweizer Methodentreffen in St. Gallen

Das 10. Schweizer Methodentreffen am 4. und 5. September 2024 bietet die Gelegenheit, in konzentrierter Form durch verschiedene Veranstaltungsformen – Keynotes und Forschungsateliers – einen Überblick über den state of the art einer breiten Palette qualitativer Forschungsmethoden zu erhalten. Renommiertere Expertinnen und Experten stellen sich zur Verfügung, im Rahmen von 15 Forschungsateliers auf konkrete Fragen der Teilnehmenden einzugehen und empirische Forschungsprojekte von einzelnen Teilnehmenden zu diskutieren. Die Veranstaltung trägt dazu bei, die qualitative Forschungsgemeinschaft zusammenzuführen.

Weitere Informationen unter:

<https://qualitative-research.ch/10-schweizer-methodentreffen>

Internationaler Kongress „Soziale Arbeit und Digitalität“ an der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW in Olten

Das Zusammenspiel von Mensch und digitalen Technologien bringt neue Handlungspraktiken, Kommunikationsweisen und Raumaneignungen mit sich. Fachkräfte und Adressat*innen gestalten Digitalität dabei in unterschiedlichen Berufsfeldern jeweils verschieden aus. Entsprechend hat das Thema der Digitalisierung und Digitalität Sozialer Arbeit inzwischen einen zentralen Stellenwert erlangt.

Mit dem Kongress am 6. und 7. September 2024 soll die Breite der Digitalität Sozialer Arbeit und die darin enthaltenen Differenzen, Spannungen und Potenziale sichtbar gemacht werden. Als Plattform für einen handlungsfeld-, technologie- und theorieübergreifenden Diskurs wird der Versuch unternommen, bedeutsame Aspekte des „Big Pictures“ der Digitalität Sozialer Arbeit zum gegenwärtigen Zeitpunkt aufzuzeigen. Dazu laden wir Beiträge aus Wissenschaft und Praxis, die sich mit der Digitalität Sozialer Arbeit befassen, herzlich ein zu dieser Debatte beizutragen.

Weitere Informationen unter:

<https://digitalitaet-sozialarbeit.ch>

Wirkungsorientierung in der Klinischen Sozialarbeit

Die Zeitschrift *Klinische Sozialarbeit* hat sich letztmals 2017 in einem Schwerpunktheft ausführlich dem Thema Wirkungsorientierung angenommen. Seither hat sich einiges getan. So wurde beispielsweise die Arbeitsgruppe Qualitätskriterien sozialer Diagnostik gegründet, die sich unter anderem zum Ziel gesetzt hat, einen Beitrag dazu zu leisten, Wirkungen der Sozialen Arbeit darstellen zu können. Die im Juni 2022 in Olten durchgeführte 11. Fachtagung Klinische Sozialarbeit war ebenfalls dem Thema Wirkung gewidmet. Ein kurzer Blick auf einschlägige Publikationen und Diskussionen im Kontext der Wirkungsorientierung in der Klinischen Sozialarbeit zeigt deutlich das Ringen der Klinischen Sozialarbeit um ein differenziertes Wirkungsverständnis sowie die Suche nach angemessenen Methoden von Wirkungsforschung in ihrer Profession.

In den letzten Jahren scheint zumindest das Selbstbewusstsein stärker zu werden, auch gegenüber der Politik ein adäquates (also unverkürztes) Wirkungsverständnis durchzusetzen, das die Perspektive der Betroffenen stärker in den Wirkungsdiskurs einbezieht. Ein Beispiel dafür ist die Bewegung weg von einem verkürzten Verständnis evidenzbasierter Praxis (zurück) zu einer multidimensional evidenzbasierten Praxis (wie sie ursprünglich gedacht war). Ein anderes Beispiel ist das gewachsene Selbstverständnis, komplexe Interventionen auch mit komplexitäts-sensiblen Evaluationsformen wie der Realist Evaluation auf ihre Wirkungen hin zu untersuchen. Ausgangspunkt ist nicht, die Kontextfaktoren kontrollieren zu wollen (what works?), sondern eher die Frage „Was wirkt, warum und für wen in welchen Kontexten?“ ins Zentrum der Evaluation zu rücken. Es ist unterdessen vielerorts selbstverständlich: Komplexe Interventionen benötigen komplexe Wirkverständnisse.

Dieses neue Selbstbewusstsein muss umso mehr in Zeiten zunehmenden

ökonomischen Drucks wachsen, um auch auf politischer Ebene „Entwicklungslösung“ in Sachen Wirkungsverständnis zu leisten und die Klinische Sozialarbeit als Player zu positionieren.

In der nun vorliegenden Ausgabe wollen wir einen aktualisierten Überblick über den Stand des Diskurses um Wirkungsorientierung in der Klinischen Sozialarbeit bieten. In einem einleitenden Beitrag zeigen Ottmann und Hansjürgens auf, dass Wirkungsorientierung nicht nur aus legitimatorischer, sondern primär auch aus ethischer, entscheidungstheoretischer und fachlich-konzeptioneller Perspektive sinnvoll ist. Sie zeigen, dass Wirkungsorientierung mehr ist als das empirische Erfassen von Wirkungen. Es handelt sich vielmehr um einen partizipativen Prozess, der beispielsweise auch das Erstellen von Wirkmodellen umfasst. Ihre Gedanken explizieren sie anhand der Theory of Change und des Ankerwirkmodells Suchtberatung.

In einem zweiten Artikel zeigen Freiberg, Liesener, Kraft und Cosanne das Potenzial der medizinischen Leitlinienarbeit für die Klinische Sozialarbeit auf. Wenn die Klinische Sozialarbeit fachkompetent an der Ausarbeitung von Leitlinien mitwirken will, muss sie die Evidenz belegen können. Die Autor*innen führen daher kurz in das Instrument der strukturierten Literaturrecherche ein. In diesem Zusammenhang verweisen sie auf PRISMA. Es erscheint uns wichtig, an dieser Stelle nochmals explizit auf die PRISMA-Guidelines hinzuweisen, die unseres Erachtens eine großartige Hilfestellung bei der Erstellung systematischer Übersichtsarbeiten darstellen (siehe <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-021-01626-4>). Wir fänden es zudem interessant, den Beitrag als Grundlage für eine Diskussion zu einem kritisch-selbstbewussten Umgang mit der Evidenzpyramide zu nehmen. Der ehemalige Präsident der American Evaluation Association,

Michael Quinn Patton, schrieb bereits 2014 „The widely touted methodological ‚Gold Standard‘ is neither golden nor a standard“ und sprach sich für einen „Platin-Standard“ aus, der aus „methodological pluralism and appropriateness“ (Patton 2014, S. 93) besteht.

Im dritten Artikel stellen Süssstrunk, Solèr und Hess am Beispiel des Forschungsprojekts ALIMEnt zentrale Wirkmechanismen Klinischer Sozialarbeit vor. Sie stellen forschungsbasiert sieben idealtypische Handlungsmodi der Klinischen Sozialarbeit vor und zeigen am Beispiel des Handlungsmodus der Ressourcenerschließung auf, wie Interventionen Klinischer Sozialarbeit Wirkung entfalten können. Ihre zentrale Grafik zeigt eindrücklich die Komplexität der Wirkungsweisen Sozialer Arbeit auf.

Es freut uns sehr, dass wir mit dem abschließenden Artikel von Battain und Lübeck einer sehr gelungenen Abschlussarbeit Platz in unserer Zeitschrift bieten und damit auch Nachwuchswissenschaftler*innen fördern. Es handelt sich um eine quantitativ angelegte empirische Arbeit, die Potenziale von Spiritualität in der Sozialen Arbeit und im Besonderen im Kontext von Lebenskrisen untersucht hat. Anliegen des Beitrages ist es unter anderem in Erinnerung zu rufen, dass auch scheinbar nicht erfassbare Konstrukte, wie Spiritualität als subjektive Wahrnehmung, und deren praktische Umsetzung, wirkungsvoll in Beratungsprozessen sein können.

Nun wünschen wir Ihnen, liebe Leser*innen eine interessante Lektüre.

Für die Redaktion
Tom Friedli und Katarina Prchal

Literatur:

Patton, M. Q. (2014): **Qualitative Research & Evaluation Methods** (4. Auflage). Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: SAGE.

Optionen für Wirkungsorientierung in der Klinischen Sozialarbeit

Klinische Sozialarbeit und Wirkungsdiskussion

Sebastian Ottmann & Rita Hansjürgens

Klinische Sozialarbeit als Spezialisierung Sozialer Arbeit stellt personenbezogene Ansätze mit Nähe zu Handlungsfeldern zur Verfügung, in denen auch medizinische und psychotherapeutische Professionelle tätig sind, etwa in Beratungsstellen, Krankenhaussozialarbeit, Einrichtungen der Erwachsenen- oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder auch therapeutisch tätige Wohngemeinschaften der Kinder- und Jugendhilfe oder der Eingliederungshilfe. Alle diese Tätigkeitsfelder sind aktuell aufgefördert, eine Haltung zum Thema Wirkung und Wirkungsmessung zu entwickeln. Dies gilt insbesondere für Einrichtungen der Eingliederungshilfe, da hier eine Prüfung der Wirksamkeit gesetzlich vorgesehen ist (§ 128 SGB IX), sobald Hinweise auf ein Nicht-Einhalten der vertraglich vereinbarten Leistungen vorliegen. Damit dies nicht willkürlich erfolgt, braucht es Maßstäbe, nach denen die Wirksamkeit der Leistungen beurteilt werden kann und die fachliche Kriterien explizit mit einbeziehen. Diese fachlichen Kriterien müssen aber erst einmal entwickelt werden und hier ergeben sich spezifische Herausforderungen. Weitgehend bekannt und eingeübt gerade im Kontext der Klinischen Sozialarbeit ist, Kriterien mit den Klient*innen in Bezug auf den laufenden Prozess zu entwickeln, die sich vor allem auf subjektiv bedeutsame Aspekte der Klient*innen beziehen. Diese sich auf einen individuellen Prozess beziehende Tätigkeit auf darüberliegende Ebenen zu bringen, wurde lange als nur sehr schwer zu realisieren und inhaltlich mit Blick auf die Heterogenität von Fällen und ihren Kontexten von Fachkräften und aus dem Wissenschaftskontext Sozialer Arbeit abgelehnt (beispielhaft Otto 2010; Boecker 2015; Borrmann & Thiessen 2016), wenngleich die „Evi-

denzbasierung“ fachlicher Interventionen gerade in medizinisch, psychotherapeutischen Handlungsfeldern seit langem als Grundlage professioneller Tätigkeit postuliert wird. Hier konnten in den letzten Jahren neue Perspektiven entwickelt werden, von denen eine – die Wirkungsorientierung – hier für die Klinische Sozialarbeit vorgestellt werden soll.

Ein wichtiger Baustein zum Verständnis und auch zur Akzeptanz von Bemühungen zur Wirkungsorientierung könnte sein, sich zu verdeutlichen, dass diese nicht nur in legitimatorischen Kontexten, wie z. B. oben beschrieben, sinnvoll sein könnte. Auch ethische, entscheidungstheoretische und ausdrücklich fachlich-konzeptionelle Perspektiven können und sollten in den Vordergrund gerückt werden (vgl. Ottmann & König 2023, S. 26). Vor allem der letztere Fokus dürfte die weitere Professionalisierung vorantreiben, insbesondere mit Blick darauf, wie Klient*innen am besten durch Klinische Sozialarbeit unterstützt werden können, indem erhobene Daten aus einer Wirkungsanalyse kontinuierlich in die fachliche Arbeit einfließen. Hierdurch können Weiterentwicklungsmöglichkeiten identifiziert und es kann langfristig ein konsolidierter professioneller Wissenskorpus (vgl. Sommerfeld 2016) aufgebaut werden.

Wirkungsorientierung ist mehr als Wirkungsanalyse

Die Debatte um Wirkungen von Leistungen der Sozialen Arbeit fokussiert meist sehr schnell auf die Frage der empirischen Erfassung von Wirkungen. Das Konzept der Wirkungsorientierung ist jedoch wesentlich breiter und umfassender angelegt. In einem ersten Schritt braucht es eine Verständigung, die intern erfolgen kann, wenn sich Leistungserbringer dem Thema selbst

widmen möchten. Verständigung ist auch immer dann zentral, wenn eine Wirksamkeitsprüfung wie in den eingangs beschriebenen Regelungen des Bundesteilhabegesetzes geplant ist, etwa zwischen Leistungserbringer und örtlichem Träger, im Idealfall unter Einbezug von Vertreter*innen leistungsberechtigter Personen. Im Rahmen der Verständigung kann geklärt werden, welche der oben genannten Perspektiven im Mittelpunkt stehen und welche Rahmenbedingungen gegeben sein sollen.

In einem zweiten Schritt – noch vor der empirischen Erfassung von Wirkungen – steht die Erstellung von Wirkmodellen. Hier können Wirkannahmen auf der Basis von Erfahrungswissen formuliert, systematisiert und schließlich grafisch und schriftlich dargestellt und somit Angebote wirkungsorientiert konzeptioniert werden. Im nächsten Abschnitt des Beitrages wird diese Methode differenziert beschrieben, denn sie eignet sich gut, um sich den Wirkungen der eigenen Arbeit in einem praxistauglichen und überschaubaren Verfahren zu nähern.

Ein Wirkmodell kann auch Grundlage für eine Wirkungsanalyse sein. Mit dem sogenannten Wirkungsradar (vgl. Ottmann & König 2019; Ottmann & König 2023, S. 162 ff.) steht dazu eine empirische Toolbox zur Verfügung, die ein stufenweises Vorgehen der empirischen Erfassung und Analyse von Wirkungen beschreibt. Welche Möglichkeiten der Wirkungsanalyse sich daraus für die Klinische Sozialarbeit ergeben, wird am Ende dieses Beitrages in einem Ausblick aufgezeigt.

Wurden Daten zum Nachweis von Wirkungen erhoben, können sie Stakeholdern berichtet werden, um beispielsweise Angebote zu legitimieren. Zentral ist aber, dass die Daten und die Ergebnisse an die Fachkräfte im Ange-

bot zurückgespielt werden und diese in die fachliche Arbeit einfließen können, etwa, um Weiterentwicklungspotenziale zu identifizieren. Insofern sollte ein regelmäßiger Kreislauf vor dem Hintergrund eines Wirkmodells entstehen: Daten erheben, sichten, interpretieren und mögliche Weiterentwicklungen ableiten.

Wirkmodelle als Möglichkeit der professionsangemessenen Annäherung an Wirkungsorientierung

Mit Wirkmodellen können theoretische Wirkannahmen von Angeboten und Leistungen in der Klinischen Sozialarbeit dargestellt werden. In Bezug auf die Änderungen durch das BTHG wird die Darstellung von Wirkannahmen in der Handreichung der BAGüS (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe 2021) und des Deutschen Vereins (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2022) empfohlen.

Ein Wirkmodell kann als „eine logische, grafisch aufbereitete Darstellung dessen, wie ein Programm [oder eine Maßnahme bzw. Angebot] unter gewissen Rahmenbedingungen theoretisch oder empirisch funktioniert“ (Rauscher, Mildenerger & Krlev 2015, S. 43) definiert werden. Die Definition zeigt noch einmal auf, dass es bei einem Wirkmodell nicht darum geht, Wirkungen empirisch zu erheben, sondern erste Hinweise auf Wirkungen sowie Erfahrungswissen und mögliche Erkenntnisse aus veröffentlichten Studien und Literatur systematisch zu sammeln, grafisch und schriftlich aufzubereiten und darzustellen.

Der Prozess der Erarbeitung kann in einem Workshop-Format stattfinden. Hierbei empfiehlt es sich, mindestens zwei Workshops durchzuführen. In einem ersten Workshop wird ein erster Entwurf erarbeitet. Nach einem zeitlichen Abstand von vier bis sechs Wochen kann im zweiten Workshop der Entwurf gesichtet, ggf. ergänzt und beschlossen werden. Wichtig hierbei ist, dass ein Wirkmodell nie zu 100 Prozent fertig ist. Auch wenn sich auf ein Wirkmodell verständigt wurde, sollte dies regelmäßig geprüft und ggf. ergänzt oder angepasst werden.

An den Workshops sollten Fachkräfte aus dem Angebot, das man näher in den Blick nehmen möchte, teilnehmen. Der Teilnehmendenkreis kann auch, um Vertreter*innen des Leistungsträgers oder Vertreter*innen der leistungsberechtigten Personen erweitert werden. Gerade letztgenannte Gruppe sollte bei der Entwicklung von Wirkmodellen beteiligt werden, da diese die Perspektive der Nutzer*innen einbringen und dies oftmals zu wenig berücksichtigt wird. Alternativ können zwischen den beiden Workshops Interviews mit Nutzer*innen geführt werden. Im zweiten Workshop können die Ergebnisse aus diesen Interviews mit dem ersten Entwurf des Wirkmodells abgeglichen werden.

Das Vorgehen in den Workshops kann sich an der Methode der Theory of Change (vgl. Anderson 2005; Nobel 2019; Weiss 1995) wie folgt orientieren:

- In einem ersten Schritt wird die Hauptwirkung bzw. werden die Hauptwirkungen des Angebotes definiert.
- Danach wird mit einem sogenannten Backward-Mapping festgehalten, welche Teilwirkungen benötigt werden, um die Hauptwirkung zu erzielen. Hierbei kann sich an der sogenannten Resultatetreppe (vgl. Beywl & Niestroj 2009) orientiert werden. In dieser wird davon ausgegangen, dass bei der Zielgruppe zuerst der Erwerb von Wissen, Einstellungen, Werten oder Fähigkeiten stattfinden muss. In einem nächsten Schritt kann sich daraus ein verändertes Handeln oder Verhalten ableiten. Dieses hat wiederum Auswirkungen auf die Lebenslage oder den Status einer Person.
- In einem dritten Schritt werden die Kontextfaktoren betrachtet und in das Modell eingefügt.
- Erst danach wird der Blick auf bestehende Aktivitäten und Interventionen gelegt und diese den zu erzielenden Wirkungen zugeordnet.
- Am Ende des Prozesses kann geprüft werden, ob es bereits Indikatoren zur Erfassung der definierten Outcomes gibt.
- Das Wirkmodell wird zum Schluss grafisch aufbereitet und verschriftlicht.

Im Rahmen der Entwicklung ist neben dem Blick auf die Wirkungen bei der Zielgruppe, der Blick auf die Kontextfaktoren zentral. Angebote der Klinischen Sozialarbeit finden in der sozialen Realität statt unter Einfluss einer Vielzahl von Faktoren. Um Kontextfaktoren differenziert zu analysieren und wahrzunehmen, erscheint eine Unterscheidung sinnvoll (vgl. Bartsch, Beywl & Niestroj 2016). Hierbei kann zwischen Kontextfaktoren der Nutzer*innen (Incomes), strukturellen Kontextfaktoren, den Inputs des Trägers und den gesetzlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen unterschieden werden.

Einen detaillierten Vorschlag für ein Vorgehen zur Entwicklung von Wirkmodellen in der Praxis ist bei Ottmann & König (2023, S. 68 ff.) zu finden. Die Entwicklung des Wirkmodells können einzelne Leistungserbringer durchführen. Eine Entwicklung ist auch im Verbund zwischen mehreren Leistungserbringern möglich oder zwischen Leistungserbringer und Leistungsträger. In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll, in den nächsten Jahren sogenannte generalisierte Ankerwirkmodelle für Angebote und Leistungen auch in der Klinischen Sozialarbeit zu entwickeln (vgl. Ottmann & König 2022; Ottmann, König & Gander 2021). Diese Ankerwirkmodelle werden im Verbund mehrerer Leistungserbringer erarbeitet und haben einen Anspruch auf generalisierte Gültigkeit. Von den einzelnen Einrichtungen können diese dann als Einstieg in die Thematik genutzt und auf das Angebot der Einrichtung angepasst werden. Im nächsten Abschnitt wird ein solches Ankerwirkmodell für die Suchtberatung näher dargestellt.

Beispiel Ankerwirkmodell Suchtberatung

Für die Arbeit in der Suchtberatung, die auch als Komplexleistung Klinischer Sozialarbeit beschrieben werden kann (Hansjürgens 2019), wurde die Option der Entwicklung eines Ankerwirkmodells durch die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS) aufgenommen. Mit finanzieller Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit konnte ein Ankerwirkmodell für die Funktion Suchtberatung entwickelt werden.

Hierzu wurden auf der Basis zuvor durchgeführter empirischer Untersuchungen zu Suchtberatungen (Hansjürgens 2018a; Vongehr 2022; Hansjürgens 2018b) theoretische Kriterien für die Auswahl des Samples entwickelt. Dies geschah mit dem Ziel, die Vielfalt der Trägerlandschaft, länderspezifische Einbindung, und inhaltliche Spezifizierungen bundesweit berücksichtigen zu können. So wurden mit 21 Personen aus 11 Beratungsstellen und neun Bundesländern zwei Workshops durchgeführt, um das Wirkmodell auf der Basis der Diskussionen zu entwickeln. In die Diskussion floss die Perspektive der Klient*innen auf der Basis von drei durchgeführten qualitativen Interviews ein. Eine vorläufige Version des Wirkmodells wurde anschließend in der Breite auf der Basis von 153 Rückmeldungen im Rahmen einer Online-Befragung überprüft und dieses Ergebnis in einem Abschlussworkshop final validiert.

Als Ergebnis steht ein entwickeltes und empirisch validiertes Ankerwirkmodell Sozialer Arbeit in der Suchtberatung aus der Professionsperspektive Sozialer Arbeit zur Verfügung, das explizit die Perspektive der Klient*innen berücksichtigt. Dies ist insofern bemerkenswert, als dass noch bis vor ein paar Jahren bezweifelt wurde, ob es möglich sei, die Leistung Sozialer Arbeit in diesem Segment zu beschreiben, weil sie als zu heterogen wahrgenommen wurde. Das Ankerwirkmodell inklusive einer Erläuterung der Begrifflichkeiten ist zum Download auf der Internetplattform ZENODO eingestellt (📄 <https://doi.org/10.5281/zenodo.10363582>).

Fazit

Das Thema Wirkung und Wirksamkeit wird auch in den nächsten Jahren in der Klinischen Sozialarbeit eine wichtige Rolle spielen. In diesem Beitrag wurde aufgezeigt, dass ein umfassendes Verständnis von Wirkungsorientierung wichtig und eine reine Fokussierung auf die empirische Erfassung von Wirkungen nicht zielführend ist. In einem ersten Schritt sollten daher Wirkmodelle für Angebote und Leistungen entwickelt werden, im Idealfall als generalisierte Ankerwirkmodelle. Diese können von Einrichtungen und Trägern aufge-

griffen werden und fachliche Grundlage für Konzepte und Leistungsverhandlungen mit Leistungsträgern sein.

Erst darauf aufbauend ist eine empirische Erfassung der Wirkungen sinnvoll. Hierbei sollte ein empirisches Vorgehen gewählt werden, das passgenau für die Praxis und dort gut umsetzbar ist. Zentral bei einer Wirkungsanalyse ist hierbei, dass die Ergebnisse und Daten regelmäßig in die fachliche Arbeit einfließen und diese von den Fachkräften in den Angeboten gesichtet und interpretiert werden. Der Aufbau eines wirkungsorientierten Monitorings (vgl. Ottmann & König 2023, S. 116 ff.) und

die Durchführung einer Wirkungsplausibilisierung (vgl. Ottmann, Helten & König 2024) sind Methoden, die hier angewandt werden können und gut in der Praxis umzusetzen sind.

Mit den Methoden und Arbeitsweisen der Wirkungsorientierung besteht die Möglichkeit, die Arbeitsbereiche der Klinischen Sozialarbeit weiter zu professionalisieren und sprachfähig über erzielte Wirkungen zu werden. Daher erscheint eine Auseinandersetzung mit Fragen nach den Wirkungen der eigenen Angebote und ihrer Legitimierung, auch im Zusammenschluss zwischen mehreren Trägern, wichtig.

Literatur:

Anderson, A. A. (2005): **The Community Builder's Approach to Theory of Change. A Practical Guide to Theory Development.** The Aspen Institut Roundtable on Community Change. Online verfügbar: http://www.theoryofchange.org/pdf/TOC_fac_guide.pdf (09.02.2022).

Bartsch, S.; Beywl, W.; Niestroj, M. (2016): **Der Programmbaum als Evaluationsinstrument.** In: Giel, S.; Klockgether, K.; Mäder, S. (Hg.): *Evaluationspraxis: Professionalisierung – Ansätze – Methoden* (2. Auflage). Münster: Waxmann Verlag, S. 89–111.

Beywl, W.; Niestroj, M. (2009): **Der Programmbaum. Landmarke wirkungsorientierter Evaluation.** In: Beywl, W.; Niestroj, M. (Hg.): *Das ABC der wirkungsorientierten Evaluation: Glossar – deutsch/englisch – der wirkungsorientierten Evaluation* (2. Auflage). Köln: Univation – Inst. für Evaluation Dr. Beywl und Associates, S. 137–149.

Boecker, M. (2015): **Erfolg in der Sozialen Arbeit. Im Spannungsfeld mikropolitischen Interessenkonflikte.** Wiesbaden: Springer VS.

Borrmann, S.; Thiessen, B. (Hg.) (2016): **Wirkungen Sozialer Arbeit.** Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (2021): **Orientierungshilfe zur Durchführung von Prüfungen der Wirtschaftlichkeit und Qualität einschließlich der Wirksamkeit nach § 128 SGB IX.** Online verfügbar: http://www.lwl.org/spur-download/bag/Orientierungshilfe_Pruefungen128SGB_IXStandJanuar2021final.pdf (14.12.2021).

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2022): **Eckpunkte des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. zu Wirkung und Wirksamkeit in der Eingliederungshilfe.** Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.: Berlin. Online verfügbar: https://www.deutscher-verein.de/de/download.php?file=uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2022/dv-26-20_eckpunkte-wirksamkeit-inder-eingliederungshilfe.pdf (15.12.2022).

Hansjürgens, R. (2018a): **„In Kontakt kommen“. Analyse der Entstehung von Arbeitsbeziehungen in Suchtberatungsstellen.** Baden-Baden: Tectum-Verlag.

Hansjürgens, R. (2018b): **Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung. Expertise im Auftrag von CaSu und GVS.** Gesamtverband Sucht der Diakonie Deutschland; Caritas Suchthilfe e. V. Freiburg/Berlin. Online verfügbar: <https://www.dg-sas.de/de/stellungnahmen> (08.12.2018; 18.02.2020).

Hansjürgens, R. (2019): **Suchtberatung als komplexe Hilfe Klinischer Sozialarbeit.** In: *Beratung aktuell* (1), S. 33–48. Online verfügbar: www.active-books.de (17.01.2024).

Nobel, J. (2019): **Theory of change in ten steps. NPC New Philanthropy Capital.** Online verfügbar: <https://www.thinknpc.org/wp-content/uploads/2019/10/Theory-of-Change-10-Steps-Updated.pdf> (23.6.2020).

Ottmann, S.; Helten, A.-K.; König, J. (2024): **Messen oder Plausibilisieren? Methoden der Wirkungsanalysen in der Sozialen Arbeit.** In: *Soziale Arbeit*, 73(1), S. 9–16.

Ottmann, S.; König, J. (2019): **Wirkungsanalyse in der Sozialen Arbeit. Differenzierung ist nötig.** In: *Soziale Arbeit*, 68 (10), S. 368–376.

Ottmann, S.; König, J. (2022): **Ankerwirkmodelle für die Soziale Arbeit.** In: *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 169 (3), S. 109–112. <https://doi.org/10.5771/0340-8574-2022-3-109>

Ottmann, S.; König, J. (2023): **Wirkungsorientierung in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung für Studium und Praxis** (1. Auflage, Band 45). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Ottmann, S.; König, J.; Gander, C. (2021): **Wirkungsmodelle in der Eingliederungshilfe.** In: *Zeitschrift für Evaluation*, 20(2), S. 317–331. <https://doi.org/10.31244/zfe.2021.02.04>

Otto, H.-U. et al. (Hg.) (2010): **What Works – Welches Wissen braucht die Soziale Arbeit? Zum Konzept evidenzbasierter Praxis.** Opladen: Budrich.

Rauscher, O.; Mildenerberger, G.; Krlev, G. (2015): **Wie werden Wirkungen identifiziert? Das Wirkungsmodell.** In: Schober, C.; Then, V. (Hg.): *Praxishandbuch Social Return on Investment: Wirkung sozialer Investitionen messen.* Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag, S. 41–57.

Sommerfeld, P. (2016): **Evidenzbasierung als ein Beitrag zum Aufbau eines konsolidierten professionellen Wissenskorpuses in der Sozialen Arbeit.** In: Borrmann, S.; Thiessen, B. (Hg.): *Wirkungen Sozialer Arbeit.* Opladen: Verlag Barbara Budrich, S. 21–41.

Vongehr, S. (2022): **Suchthilfe und Suchtprävention als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.** 1st ed. 2022. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint Springer.

Weiss, C. H. (1995): **Nothing as practical as good theory: Exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families.** In: *New Approaches to Evaluating Community Initiatives: Concepts, Methods, and Contexts*, 1, S. 65–92.

Das Soziale in der Gesundheitsversorgung stärken

Jürgen Freiberg, Antje Liesener, Maren Kraft, Elke Cosanne

Medizinische Leitlinien sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzt*innen zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Unter Berücksichtigung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin entsprechen die in den Leitlinien ausgesprochenen Empfehlungen dem besten Stand der Erkenntnisse aus Wissenschaft und der in der Praxis bewährten Verfahren. Obgleich nicht rechtlich bindend, sollen sie für mehr Sicherheit in der Medizin sorgen und dabei auch ökonomische Aspekte berücksichtigen (AWMF 2023a). Sie haben entsprechend keine haftungsbegründende oder haftungsbefreiende Wirkung.

Medizinische Leitlinien sind jedoch nicht nur für Mediziner*innen bedeutsam. Sie richten sich ebenso an relevante Fachkräfte (Pflege, Soziale Arbeit, therapeutische Berufe usw.) sowie an die Patient*innen und ihre Bezugspersonen. Alle Beteiligten sollen im Sinne des shared decision making in ihrer kompetenten Entscheidungsfindung unterstützt werden.

In Deutschland erfasst und publiziert die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) zentral alle medizinischen Leitlinien. Über ihr öffentlich zugängliches Leitlinienregister <https://register.awmf.org> sind die aktuellen und in Entwicklung befindlichen Leitlinien aufrufbar.

Leitlinien werden in unterschiedlicher Evidenzstärke entwickelt (vgl. Tab. 1). Sie können sowohl indikationsspezifisch als auch indikationsübergreifend bei der AWMF angemeldet und erarbeitet werden. Anmeldeberechtigt sind die medizinischen Mitgliedsfachgesellschaften der AWMF. Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) zählt

zwar nicht dazu. Als Fachgesellschaft der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit kann sie jedoch entweder von beteiligten medizinischen Fachgesellschaften zur Mitwirkung eingeladen werden gemeinsam mit einem AWMF-Mitglied eine Leitlinie beantragen oder sich ihrerseits aktiv um eine Mitarbeit bewerben.

Die soziale Perspektive der DVSG fördert ein bio-psycho-soziales Verständnis von Krankheit und Gesundheit

Anfänglich wurden medizinische Leitlinien ausschließlich durch medizinische Fachgesellschaften erstellt (vgl. AWMF 2023c). Heute werden regelhaft Fachgesellschaften und Organisationen verschiedener Professionen beteiligt (vgl. AWMF 2023b, S. 14). Dies ermöglicht es, Praxisprobleme umfassend zu identifizieren und die Evidenz gemeinsam kritisch zu bewerten. Soziale Arbeit setzt sich in diesem Prozess und auf Grundlage ihres Ethikodex (vgl. DBSH 2015) dafür ein, dass medizinische Behandlungen ganzheitlich und lebensweltorientiert erfolgen. Patient*innen sollen darin unterstützt werden, ihre selbstbestimmte Lebensführung weitgehend aufrechtzuerhalten, neue Ressourcen zu mobilisieren und an der Arbeitswelt und Gesellschaft teilzuhaben.

Die DVSG versteht sich bei der Erstellung von Medizinischen Leitlinien als Vertreterin der Disziplin und Profession Sozialer Arbeit mit mehreren Ziel- und Wirkrichtungen:

A) Strukturqualität:

- Verbesserung der sektorenübergreifenden Kooperation der beteiligten Berufsgruppen
- Förderung des regelhaften Einbezugs nichtmedizinischer Versorger*innen in die Versorgung

B) Prozessqualität:

- Förderung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses bei den beteiligten Berufsgruppen und den Patient*innen
- Frühzeitige Erkennung und Berücksichtigung (psycho-)sozialer Ursachen und Folgen von Erkrankungen in der Behandlungsplanung
- Förderung einer angemessenen Aufklärung als Teil des Empowerments von Patient*innen
- Förderung von Selbstmanagement und Teilhabe am Sozial- und Erwerbsleben
- Förderung der erforderlichen sozialen und psychosozialen Versorgung

C) Ergebnisqualität:

- Verbesserung der Lebensqualität und sozialen Teilhabe der Betroffenen,

Tabelle 1: Stufenklassifikation nach Systematik (Quelle: AWMF 2023b, 12)

S3	Evidenz- und Konsensbasierte Leitlinie	Repräsentatives Gremium, Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur, Strukturierte Konsensfindung
S2e	Evidenzbasierte Leitlinie	Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur
S2k	Konsensbasierte Leitlinie	Repräsentatives Gremium, Strukturierte Konsensfindung
S1	Handlungsempfehlungen von Expertengruppen	Konsensfindung in einem informellen Verfahren

- Erhöhung des Anteils an (Wieder-)Eingliederung und Rehabilitation
- Fokussierung auf bedarfsgerechte therapeutische und diagnostische Maßnahmen für den effektiven Einsatz knapper Ressourcen

Kompetent mitwirken durch eine strukturierte und systematische Beteiligung

Mittlerweile wird die DVSG regelhaft für die Erstellung bzw. Aktualisierung von medizinischen Leitlinien angefragt. Dies folgt nach einem strukturierten Ablauf: Die Geschäftsstelle der DVSG prüft zunächst die Relevanz der Leitlinienanfrage für die Soziale Arbeit. Anschließend stimmt sie sich mit dem geschäftsführenden Vorstand bezüglich der in Frage kommenden, geeigneten Personen aus dem Expert*innenpool der DVSG ab und fragt diese an, ob Interesse und Kapazitäten für eine Mitarbeit bestehen.

Die Mandatierung von Leitlinienmitwirkenden für die DVSG erfolgt jeweils für eine bestimmte Leitlinie und die Dauer ihrer Erstellung bzw. Aktualisierung. In der Regel werden ein*e Mandatsträger*in und eine stellvertretende Person benannt. Nach der formellen Mandatierung erhalten diese Personen alle weiteren Informationen und Sitzungseinladungen direkt durch die jeweilige federführende medizinische Fachgesellschaft. Anschließend beginnt die eigentliche Leitlinienarbeit. In der Regel lernen sich zunächst alle Beteiligten bei einem KickOff-Meeting kennen und legen gemeinsam den konkreten Arbeitsprozess fest (Rhythmus und Dauer der Meetings, ggf. Gründung von Arbeitsgruppen zu bestimmten Fragestellungen, Festlegung und Verteilung von konkreten Recherche- oder Arbeitsaufträgen etc.).

Für die kompetente Mitwirkung gilt Folgendes:

- **Fachexpertise:** Um zu einem multi-professionellen Behandlungsstandard und einem bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnis beizutragen, vertritt die DVSG gezielt die soziale Perspektive und bringt hierfür breit gefächert die Kompetenzen der Sozialen Arbeit in medizinische

Leitlinien ein. Eine Qualifikation als Sozialarbeiter*in/Sozialpädagog*in ist dafür obligatorisch.

- **Erfahrung:** Studien zu Interventionen der Sozialen Arbeit sowie zu psychosozialen Determinanten von Gesundheit und Krankheit sind rar oder fehlt gänzlich. Somit fehlt meist die Evidenz. In Medizinischen Leitlinien können aber auch Empfehlungen aufgenommen werden, die auf einer Konsensbildung von Expert*innen beruhen. Hierfür ist es zentral, regelhafte psychosoziale Versorgungsbedarfe zu benennen und passende Fallbeispiele einzubringen.

Für die Mitarbeit an medizinischen Leitlinien

ist die Literaturrecherche

eine Herausforderung. Für sozialarbeiterische Aspekte liegen nur selten Studien in ausreichender Qualität vor.

- **Abstraktionsvermögen:** Gerade bei Erfahrungsberichten und Fallbeispielen gilt: Mitwirkende sollen nicht ihre eigenen beruflichen Erfahrungen oder individuellen Glaubenssätze als Maßstab für die Standardentwicklung in Medizinischen Leitlinien heranziehen, sondern auf fachliche Standards der jeweiligen Profession und Disziplin zurückgreifen. Daher müssen entsprechende Berichte und Beispiele verallgemeiner- und übertragbar sein, damit sie relevant für die jeweilige Leitlinien-erarbeitung sind.
- **Haltung und Kommunikation:** Die Soziale Arbeit ist es gewohnt, Perspektivwechsel vorzunehmen und adressat*innengerecht zu formulieren. Diese Fähigkeit ist für die Leitlinienarbeit wichtig. Zudem ist eine sachorientierte Kommunikation erforderlich.
- **Verlässlichkeit:** Die DVSG will sich als verlässliche und kompetente Partnerin in der Leitlinienarbeit etablieren. Dazu gehört eine Be-

teiligung an den Erarbeitungs- und Abstimmungsprozessen in den jeweiligen Arbeitsgruppen sowie idealerweise eine fundierte Vor- und Nachbereitung von Besprechungen, damit Informationen und Zuarbeiten fristgerecht eingebracht werden können.

Derzeit sind über 20 Personen als Mandatsträger*innen der DVSG bei der Erarbeitung oder Aktualisierung von Leitlinien zu mehr als 30 Themen beteiligt. Schwerpunkte liegen in den Handlungsfeldern Onkologie, Neurologie und Psychiatrie. Insgesamt ist die DVSG bislang bei 20 veröffentlichten Leitlinien und acht angemeldeten (neuen) Leitlinien als mitwirkende Fachgesellschaft aufgeführt. Sechs weitere Anfragen sind aktuell in Bearbeitung.

Herausforderung: die Suche nach Evidenz

Eine besondere Herausforderung für die Mitarbeit an medizinischen Leitlinien stellt die Literaturrecherche dar. Sie dient dazu, die Evidenz von Interventionen durch Studien zu belegen. Für sozialarbeiterische Aspekte liegen jedoch nur selten Studien in ausreichender Qualität vor. Während in der Medizin beispielsweise im Rahmen kontrollierter Experimente, regelhaft eindeutige Beweise (hard evidence) für oder gegen eine bestimmte Intervention belegt werden können, sind in den Sozialwissenschaften diese Art der Studien eher selten zu finden. Da das menschliche Verhalten komplex ist und von zahlreichen Faktoren beeinflusst wird, unterliegen soziale Phänomene vielfältigen und unvorhersehbaren Einflussgrößen. Spezifische Ursachen und Wirkungen sind in Studien daher nicht einfach zu isolieren. Dies trägt dazu bei, dass häufig lediglich Beobachtungs- und Korrelationsdaten erhoben werden. Im Vergleich zu kontrollierten Experimenten fehlt es Beobachtungs- und Korrelationsstudien an Präzision und Validität. Ihre Evidenz wird daher niedriger bewertet.

Eine weitere Herausforderung ist die Menge an verfügbaren Studien. Täglich werden tausende wissenschaft-

liche Artikel publiziert. Verschiedene Online-Datenbanken bieten hier eine bequeme Möglichkeit zur Literaturrecherche (vgl. Tabelle 1).

Um in der Flut an neuem Wissen diejenigen Arbeiten zu finden, die für das eigene Thema relevant und wichtig sind, ist eine vorab erarbeitete Suchstrategie erforderlich. Das Instrument der strukturierten Literaturrecherche hilft systematisch dabei, die richtigen Quellen zu finden (vgl. Prisma 2024). Sofern geeignete Artikel über die regelgeleitete Schlagwortsuche gefunden wurden, sind die dazugehörigen Volltexte jedoch nicht immer frei verfügbar. Einzelne Datenbanken wie Google Scholar oder PubMed zeigen an, ob es einen freien Volltext gibt. Trifft dies nicht zu, gibt es verschiedene Möglichkeiten nach Volltexten im Internet zu suchen. Neben den in Tabelle 2 genannten Suchmaschinen gibt es weitere, häufig genutzte, jedoch urheberrechtlich umstrittene Schattenbibliotheken, wie beispielsweise Sci-Hub. Ausdrücke und Abspeichern von hier zugänglich gemachten Werken sind nicht zulässig, selbst das bloße Lesen findet in einer rechtlichen Grauzone statt (vgl. Steinhauer 2016). Schließlich kann auch die Sprache eine Hürde für die Identifikation relevanter Studien sein. Englisch ist die dominierende Wissenschaftssprache. Zudem sind internationale Publikationen durch einen wissenschaftlichen Fachstil geprägt. Beim Verständnis von englischsprachigen Quellen können Online-Wörterbücher und Übersetzungshilfen wie DeepL hilfreich sein (📄 <https://www.deepl.com/translator>).

Um die DVSG-Mandatierten bei der aufwendigen Literaturrecherche zu unterstützen, gibt es seit Juli 2023 Verstärkung im DVSG-Team durch eine erfahrene wissenschaftliche Mitarbeiterin.

Beteiligen Sie sich!

Die DVSG fördert systematisch die Mitwirkung ihrer Mitglieder an medizinischen Leitlinien. 2020 wurde Jürgen Freiberg zum Beauftragten für Leitlinienarbeit benannt. Er verfügt über Kompetenzen und Erfahrungen in der Leitlinienarbeit in unterschiedlichen Rollen: als Hauptkoordination

Tabelle 2: Übersicht ausgewählter Literaturdatenbanken (Quelle: eigene Darstellung)

Datenbank	Zugang	Themenschwerpunkt
DZI SoLit	über Bibliotheken und Hochschulen	Fachdatenbank für Soziale Arbeit
ERIC	frei im Web	u. a. Erziehungswissenschaften, Pädagogik, Bildung
FIS-Bildung	frei im Web	Fachdatenbank für Pädagogik
Google Scholar	frei im Web	Allgemeinwissenschaftlich, große Datenbasis, geringe Filterfunktion
PsycINFO	frei im Web	Verhaltens- und Sozialwissenschaftliche Forschung sowie verwandte Bereiche (u. a. Neurowissenschaften, Recht, Pflege)
PSYINDEX	Grundfunktionen frei im Web	Psychologische und psychosoziale Fachliteratur aus dem deutschsprachigen Raum
PubMed	frei im Web	u. a. Medizin, öffentliches Gesundheitswesen, Psychologie
Scopus	kostenpflichtig	Interdisziplinär: u. a. Medizin und Gesundheitswissenschaften, Sozialwissenschaften
Web of Science	kostenpflichtig	Interdisziplinär: u. a. Medizin, Natur-, Geistes-, Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Tabelle 3: Ausgewählte Möglichkeiten für die Volltextsuche (Quelle: eigene Darstellung)

Suchmaschine	Webseite	Strategie
Unpaywall	http://unpaywall.org/data	Suche nach DOI*
ResearchGate	https://www.researchgate.net	Anfrage an den/die Autor*in des Artikels
Plugin Kopernio	https://kopernio.com	Suche nach lizenzierten und frei verfügbaren PDFs

der Kinderschutzleitlinie, als mandatierte Person für Leitlinienarbeit, Recherche und Entwicklung von Fragestellungen sowie als Referent bei Fortbildungen. Auf seine Initiative hin wurde ein vierteljährlicher Online-Erfahrungsaustausch über Good Practice der Leitlinienarbeit implementiert. Im geschützten Rahmen können hier Leitlinienengagierte der DVSG ganz praktische oder auch grundsätzliche Fragen der Leitlinienarbeit gemeinsam diskutieren und Verbesserungspotenziale identifizieren.

Sollten Sie Interesse an einer Mitarbeit haben, dann melden Sie sich gerne unter info@dvsg.org mit der Benennung Ihrer Schwerpunktthemen und -kompetenzen.

Literatur:

AWMF (2023a): **Leitlinien**. Online verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien> (17.01.2024).

AWMF (2023b): **Das AWMF-Regelwerk Leitlinien. Version 2.1 vom 05.09.2023**. Online verfügbar: <https://www.awmf.org/regelwerk/downloads> (17.01.2024).

ASMW (2023c): **Die Geschichte der AWMF**. Online verfügbar: <https://www.awmf.org/die-awmf/geschichte-der-awmf> (17.01.2024).

DBSH (2015): **Berufsethik des DBSH**. Online verfügbar: <https://www.dbsch.de/media/dbsch-www/redaktionell/pdf/Sozialpolitik/DBSH-Berufsethik-2015-02-08.pdf> (17.01.2024).

Prisma (2024): **Transparent reporting of systematic reviews and meta-analyses**. Online verfügbar: <http://www.prisma-statement.org> (17.01.2024).

Steinhauer, Eric W. (2016): **Die Nutzung einer ‚Schattenbibliothek‘ im Licht des Urheberrechts**. LIBREAS. Library Ideas, 30. Online verfügbar: <https://libreas.eu/ausgabe30/steinhauer> (17.01.2024).

Die Wirkungsweise Klinischer Sozialarbeit am Beispiel des Ausstattens mit Ressourcen

Ein Einblick im Kontext der Klinischen Rehabilitation

Simon Süsstrunk, Maria Solèr, Nadja Hess

Die Klinische Sozialarbeit zielt auf die soziale Teilhabe von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und damit verbundenen sozialen und sozioökonomischen Problemen (Dettmers et al. 2021). Wir verstehen sie als gesundheitsbezogene Fachsozialarbeit im Überschneidungsbereich von Sozial- und Gesundheitswesen (Mühlum 2022). Der Fokus liegt dabei auf der Verbindung von einerseits der Förderung sozialer Teilhabe sowie andererseits der Förderung und Stabilisierung der Gesundheit. Der vorliegende Artikel stellt Ergebnisse des Forschungsprojekts ALIMEnt vor (Sommerfeld, Solèr & Süsstrunk 2019), das zum Ziel hatte, mehr Wissen über die Wirkungsweisen Klinischer Sozialarbeit zu generieren. Seit längerem besteht dazu Forschungs- und Forschungs koordinationsbedarf. Dies gilt sowohl für die Schweiz als auch für den deutschsprachigen und anglophonen Raum (Hüttemann et al. 2017). Auch neuere Recherchen zeigen keine maßgebliche Veränderung. Studien beschränken sich oftmals darauf, den Effekt von Interventionen zu erheben und klären nicht, worauf die positiven oder negativen Ergebnisse zurückzuführen sind. Verschiedentlich wird gefordert, die „What-works-Agenda“ der Wirkungsforschung Sozialer Arbeit um eine

„Why-does-it-work-Agenda“ zu erweitern (Knoop et al. 2022).

Die ALIMEnt-Studie befasste sich vor diesem Hintergrund mit der Frage, wie Veränderungen der Lebenslage und -qualität von Klient*innen Klinischer Sozialarbeit mit professionellen Interventionen in Zusammenhang gebracht werden können. Für die Untersuchung wurden drei Organisationen aus den Bereichen Suchthilfe, Psychiatrie und Rehabilitation ausgewählt, die die Klinische Sozialarbeit in unterschiedlichen Ausprägungen repräsentieren. Aufgrund des Forschungsinteresses an den Mechanismen gelingender Sozialer Arbeit, wählten Sozialarbeitende in jeder der drei Organisationen acht Klient*innen aus, bei denen positive Veränderungen der Lebenssituation zu erwarten waren. Deren Fallverläufe wurden im jeweiligen Kontext mittels qualitativer und quantitativer Verfahren erhoben und es wurde anhand der ALIMEnt-Konfiguration analysiert, welche Faktoren in welcher Konstellation zu einer Veränderung der Lebenssituation beigetragen haben. In einer zweiten Studienphase wurden die zentralen Mechanismen der Klinischen Sozialarbeit (die sogenannten Handlungsmodi) rekonstruiert und in eine Theorie Klinischer Sozialarbeit integriert.

haben das Potenzial, biopsychische Prozesse der Klient*innen sowie soziale Prozesse in deren Lebenswelten anzustoßen, die eine Entwicklung hin zu guten Verwirklichungschancen, Wohlbefinden und einer selbstbestimmten Lebensführung begünstigen (Sommerfeld et al. 2019, Sommerfeld et al. 2021; Zumbrunn et al. 2022).

Als Beispiel für die Wirkungsweise Klinischer Sozialarbeit stellen wir den Modus des Ausstattens bzw. der Ressourcenerschließung näher vor, da sich dieser in der klinischen Rehabilitation als dominierend erweist. Zuvor wird in aller Kürze auf das gesamte Wirkungsmodell Bezug genommen, um den Zusammenhang der sieben idealtypischen Handlungsmodi zu verdeutlichen. Die Basis des Modells bilden die zwei allgemeinen Handlungsmodi Hilfebezogenes Kooperieren und Begleiten. Hilfebezogenes Kooperieren bezeichnet die Klient*innenzentrierte, vertrauensfördernde Gestaltung der professionellen Hilfebeziehung. Daran schließt der Modus des Begleitens an, der ein auf Kontinuität angelegtes Arbeitsbündnis erzeugt. Die Funktion des Begleitens liegt darin, ein bedarfsgerechtes Hilfearrangement zu installieren und gemäß der Fallentwicklung zu gestalten. Dazu gehören die fortlaufende Erfassung der Bedarfslage des Klient*innensystems sowie die Abstimmung und Koordination der Hilfeleistungen. Beide genannten Modi tragen dazu bei, gute Vorausset-

Info:

Das Akronym des Projektnamens ALIMEnt leitet sich folgendermaßen ab: **A**kteure im Kontext ihrer **L**ebenswelt (Adressat*innen), die bei der Bewältigung bestimmter (sozialer) Probleme Hilfe benötigen, begegnen **A**kteuren (Professionellen), die in einem organisierten **I**nterventionskontext Aktivitäten entfalten, die Wirkungen in Form von **E**ntwicklung im Hinblick auf die Integration und Lebensführung der Adressat*innen hervorbringen sollen. In der Analyse interessierten, wie erläutert, insbesondere die **M**echanismen, die erklären, wie Wirkungen hervorgebracht werden.

Sieben Handlungsmodi Klinischer Sozialarbeit als Ergebnis der ALIMEnt-Studie

Als Ergebnis liegt ein Modell mit sieben idealtypischen Handlungsmodi vor, wie sie ausgehend von den erreichten Outcomes rekonstruiert wurden. Sie umfassen sowohl die Interaktionen mit Klient*innen als auch die interprofessionelle Zusammenarbeit. Diese Handlungsmodi Klinischer Sozialarbeit

Info:

Der Begriff „Modus“ bzw. Modus operandi (Bunge & Mahner 2004) steht für die Funktionsweise eines Systems bzw. für dessen dominanten Mechanismus. Mit System ist hier der Interventionskontext der Klinischen Sozialen Arbeit gemeint, in den die Klient*innen temporär integriert werden.

zungen für eine professionelle Problembearbeitung zu schaffen. Die fünf daran anschließenden, problembezogenen Handlungsmodi bezeichnen wir als Ausstatten, Beraten, Kompetenz fördern, Aktivieren und Sozial Vernetzen. Ausstatten reagiert auf den Mangel an materiellen und immateriellen Gütern. Beraten ist auf Prozesse der Selbst- und Problemlösung gerichtet, reaktiviert vorhandene kognitive Selbststeuerungskompetenzen oder trägt zu deren Entwicklung bei (Griegsch 2013). Der Modus Kompetenzen fördern schließt jene Prozesse ein, die dazu beitragen, dass Klient*innen Fertigkeiten zur praktischen Lebensbewältigung wiedererlangen oder neu entwickeln können. Im Modus des Aktivierens engagieren sich Sozialarbeitende dafür, die Selbstwirksamkeitserwartung von Klient*innen zu stärken und Aktivitäten anzuregen, so dass diese in die Lage kommen, sich aktiv für ihre Ziele einzusetzen. Der Modus Soziales Vernetzen umfasst jene Interaktionen in professionellen Hilfebeziehungen, die Klient*innen und deren Bezugspersonen darin unterstützen, funktionale Beziehungen zu erhalten oder (wieder)aufzubauen. Insofern ist er am direktesten darauf gerichtet, eine klient*innengerechte soziale Teilhabe zu realisieren. Insgesamt legt das rekonstruierte Wirkungsmodell nahe, dass Klinische Sozialarbeit eine Komplexleistung ist, deren Funktion durch eine Kombination mehrerer aufeinander abgestimmter Handlungsmodi erfüllt wird, die je nach Problemlage der Klient*innen, Organisation und Kontext unterschiedlich ausgeprägt sein können, aber immer darauf ausgerichtet sind, die soziale Teilhabe ihrer Klient*innen zu fördern.

Sozioökonomische Probleme als Anlass für den Modus des Ausstattens

Als Folge von Erkrankungen oder Unfällen können Klient*innen Klinischer Sozialarbeit von verschiedenen sozioökonomischen Problemen betroffen sein. Dies zeigt sich auch in der ALIMEnt-Studie. Die Betroffenen wissen oftmals nicht, wie sie in puncto Existenzsicherung, Finanzierung von Gesundheitskosten, Wohnen, Arbeit und Ausbildung Unterstützung erhalten

können. Viele erleben die mit Unterstützungs- und Versicherungsabklärungen verbundenen administrativen Aufgaben als Überforderung. Neben dem Modus des Begleitens, der der Steuerung des Hilfeprozesses dient, erfüllt der Modus des Ausstattens wichtige Funktionen, die mit dem folgenden Fallbeispiel illustriert werden.

Die Betroffenen wissen oftmals nicht, wie sie in puncto Existenzsicherung, Finanzierung von Gesundheitskosten, Wohnen, Arbeit und Ausbildung Unterstützung erhalten können. Viele sind von den administrativen Aufgaben überfordert.

Fallbeispiel Herr Fischer

Herr Fischer ist ein 50-jähriger Vater von zwei Söhnen. Er lebt allein, aber in engem Kontakt zu seinen Söhnen und seiner Ex-Frau. Er arbeitet ohne abgeschlossene Ausbildung in einem Expertenberuf. Seine Biografie ist geprägt von unterschiedlichen gesundheitlichen Problemen, die letztlich eine krankheitsbedingte inkomplette Tetraplegie verursachten. Deswegen tritt er für neun Monate in die Rehabilitationsklinik ein und erhält Unterstützung durch das multiprofessionelle Team, in dem die Soziale Arbeit für die soziale Integration zuständig ist.

Rehabilitation

Durch die inkomplette Tetraplegie ist Herr Fischer unter anderem in seiner Motorik stark beeinträchtigt, hat aber die Hoffnung, dass „alles wieder kommt“ und setzt sich das Ziel, die Rehaklinik gehend zu verlassen. Das körperliche Training hat für ihn „absolute Priorität“. Die sozioökonomischen Probleme, die durch die Folgen der Tetraplegie entstanden sind und bearbeitet

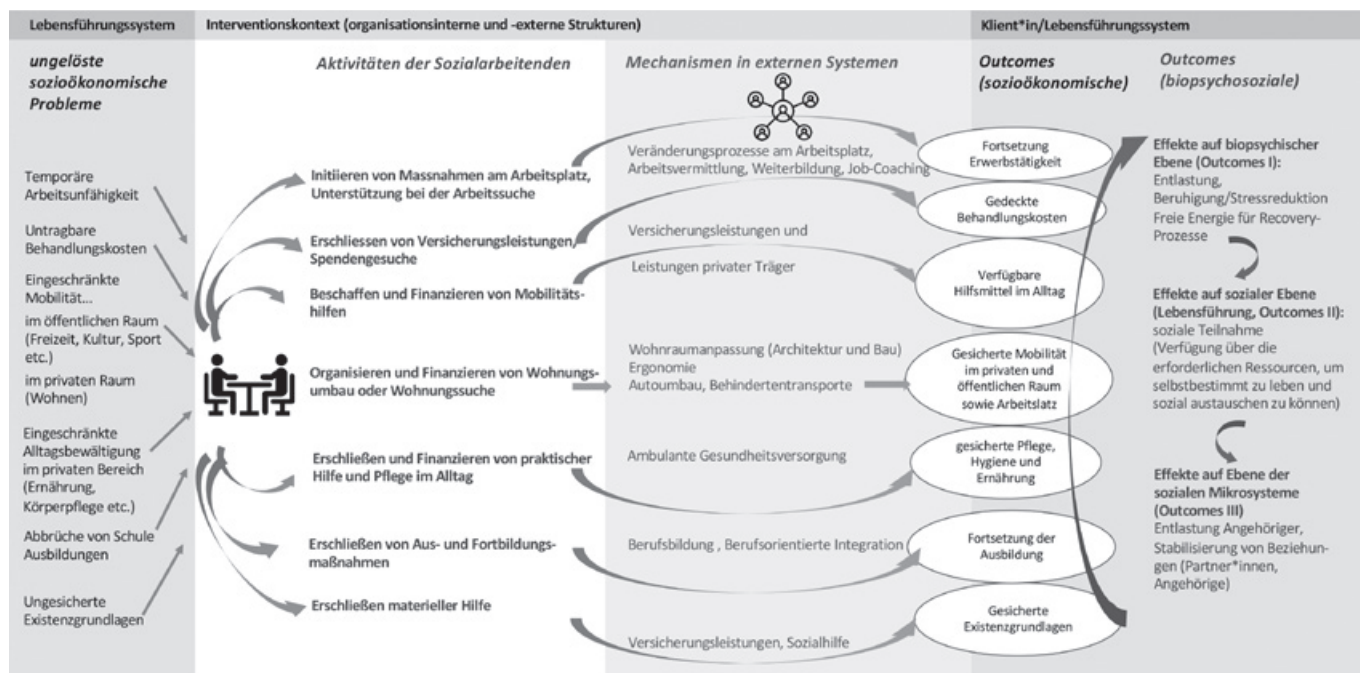
werden müssen, schafft er motivational nicht anzugehen, empfindet sie aber als große zusätzliche psychische Belastung.

Die Arbeitsunfähigkeit führt neben der ungesicherten Existenzgrundlage zu Verlusten der Arbeitsbeziehungen, des sozialen Status und der Anerkennung. Zudem wird Herr Fischer in seiner nicht rollstuhlgängigen Dachstockwohnung nicht mehr wohnen können. Er ist auf Hilfsmittel, ein spezielles Auto und weitere Unterstützung angewiesen.

Die Sozialarbeiterin, die ihn und seine Angehörigen seit dem ersten Rehabilitationstag in wöchentlichen Terminen begleitet, unterstützt ihn bei der Bearbeitung dieser (sozialen) Probleme. Im Erstinterview im Rahmen der ALIMEnt-Studie berichtet er, dass er ihre Unterstützung als „sehr willkommene Entlastung von dem ganzen Papierkrieg“ erlebt, „wie eine Leitplanke“, und er sich durch ihre Begleitung beruhigt fühlt. Sie veranlasst in Zusammenarbeit mit weiteren Stellen die Finanzierung und Organisation eines Wohnungsumbaus im selben Haus, kümmert sich um seine Existenzsicherung, indem sie bei Versicherungen, Stiftungen und der staatlichen Invalidenversicherung finanzielle Unterstützung beantragt und stattet ihn mit den Hilfsmitteln aus, die er für seine Mobilität benötigt. In diesem Zusammenhang begleitet sie ihn zu Terminen und tritt anwaltschaftlich für seine Interessen ein. Des Weiteren regt ihn die Sozialarbeiterin dazu an, sich mit seiner beruflichen Zukunft zu befassen und organisiert ein von der Invalidenversicherung finanziertes Arbeitsbelastungstraining.

In der Mitte des Rehabilitationsaufenthalts verschärfen sich die Antriebschwierigkeiten, als Herr Fischer realisiert, dass er sein Ziel, „wieder gehend rauszukommen“, nicht erreichen kann. Insbesondere durch die differenzierte Ziel- und Motivationsarbeit seiner Physiotherapeutin gelingt es ihm, diese zu überwinden und die nötigen Voraussetzungen auf körperlicher Ebene schaffen, um zumindest selbstständig

Abbildung 1: Ausstatten als Modus Klinischer Sozialarbeit, hier im Kontext der klinischen Rehabilitation



Quelle: Eigene Abbildung

zu wohnen. Die Sozialarbeiterin sorgt dafür, dass Herr Fischer zu Hause Pflegeleistungen und Physiotherapie erhält. Ebenfalls macht sie ihn zur Entlastung des Familiensystems mit einer Sozialarbeiterin des ambulanten Sozialdienstes bekannt, der mit der Rehabilitationseinrichtung zusammenarbeitet.

Die Wirkungsweise des Ausstattens

Das Beispiel von Herrn Fischer steht exemplarisch für die sozioökonomischen Probleme, die mit einer chronischen gesundheitlichen Einschränkung einhergehen, verschiedene Lebensbereiche betreffen und die sozialen Teilhabechancen vermindern können (siehe Lebensführungssystem in Abb. 1). Über alle Fälle der ALIMEnt-Studie betrachtet, findet sich diesbezüglich eine Vielfalt problembezogener Aktivitäten Klinischer Sozialarbeit, die wir dem Handlungsmodus des Ausstattens zuordnen (siehe Interventionskontext in Abb. 1). Dessen Funktion besteht darin, ausgehend vom individuellen Bedarf der Klient*innen gezielt die Mechanismen staatlicher Sicherungssysteme sowie privater Unterstützungs- und Versorgungsangebote auszulösen und soweit nötig in Gang zu halten (siehe Mechanismen in externen Sys-

temen in Abb. 1). Sozialarbeitende klären in diesem Zusammenhang beispielsweise die komplexen Ansprüche gegenüber privaten Versicherungen, Sozialversicherungen und der Sozial-

Die Wirkung des Ausstattens ist nicht bereits dann erreicht, wenn die Ressourcen zur Verfügung stehen, sondern erst dann, wenn die Klient*innen in der Lage sind, diese selbstbestimmt für ihre Lebensführung zu nutzen.

hilfe ab und machen diese geltend. Als ebenso wichtig erweist sich, dass Sozialarbeitende Versorgungslücken überbrücken, indem sie Angebote gemeinnütziger Organisationen, Stiftungen oder lokal verfügbarer, privater Hilfe erschließen. Um seiner Funktion gerecht werden zu können, umfasst Ausstatten sowohl die Interaktion der

fallführenden Sozialarbeitenden mit ihren Klient*innen als auch jene mit den zahlreichen Akteur*innen im indirekten Interventionskontext wie Versicherungsfachpersonen, Arbeitgebern oder Spitexdiensten (ambulante Pflege). Es verknüpft die beteiligten Systeme funktional miteinander, wobei die Sozialarbeitenden den Bedarf der Klient*innen durch diese Instanzen hindurch transportieren und gezielt adressieren. Es ist unbestritten, dass Ausstatten an Grenzen stößt, die in der Ausgestaltung der entsprechenden Systeme bzw. den vorhandenen Zugangsbarrieren liegen. Gerade diesbezüglich zeigt sich im Fallmaterial der ALIMEnt-Studie die Bedeutung der anwaltschaftlichen Funktion der fallführenden Sozialarbeitenden.

Outcomes und Wirkungsweise bei Klient*innen

Der Outcome des Ausstattens besteht in der Verfügung über die notwendigen materiellen und immateriellen Ressourcen zur eigenständigen Lebensführung (Sozioökonomische Outcomes in Abb. 1). Klient*innen in allen drei untersuchten Organisationen profitieren von der Verminderung von Existenzsorgen, der damit verbundenen Stressreduktion und der Erweiterung ihres Handlungsspielraums (Out-

comes I und II in Abb. 1). Im Idealfall entsteht eine positive, sich selbst verstärkende Dynamik, wodurch manche Klient*innen ihre sozialen Beziehungen in Familie und Freundeskreis sowie Freizeitbeschäftigungen (wieder) aufnehmen können (Outcomes III in Abb. 1). Existenzsicherheit erweist sich insofern als eine wesentliche Voraussetzung, um Ziele angehen zu können, die über das existenzielle Überleben und die unmittelbare Alltagsbewältigung hinausgehen. Die Wirkung des Ausstattens ist dementsprechend nicht bereits dann erreicht, wenn die Ressourcen zur Verfügung stehen, sondern erst dann, wenn die Klient*innen in der Lage sind, diese selbstbestimmt für ihre Lebensführung zu nutzen. Das ist jedoch auch an weitere Voraussetzungen gebunden, wie der Fall von Herr Fischer zeigt.

Reintegration

Die Analyse des Falls von Herrn Fischer zeigt, dass die Modi Begleiten und Ausstatten durch die damit verbundene Stressreduktion viel dazu beigetragen haben, dass Herr Fischer wieder selbstständig wohnen und Kontakte mit seinen Kindern pflegen kann. Im Verlauf der ersten sechs Monate zu Hause leidet er unter Blaseninfekten, Schmerzen sowie einer depressiven Verstimmung. In Kombination mit seinen Antriebsschwierigkeiten führt dies dazu, dass er sich sozial zurückzieht, was auch die Ausübung seiner Vaterpflichten tangiert.

Beim Zweitinterview mit Herrn Fischer zeigt sich, dass dieser trotz seiner Probleme keine Hilfe beim ambulanten Sozialdienst gesucht hat und sich auch nicht um den Transport ins Arbeitsbelastungstraining kümmerte. Es gelingt ihm ohne aktive professionelle Unterstützung nicht, selbst aktiv zu werden, seine Vaterrolle und seine freundschaftlichen Beziehungen befriedigend zu gestalten und neue Perspektiven zu entwickeln. Er kann das vorhandene Potenzial für seine soziale Reintegration nach der klinischen Rehabilitation nicht ausschöpfen, was sich auch in seinen unterdurchschnittlichen Lebensqualitätswerten widerspiegelt (vgl. Zumbrunn et al. 2022).

Dies lässt darauf schließen, dass sich der Abbruch der professionellen Begleitung durch den Klinik-Sozialdienst und damit der Wegfall seiner „Leitplanke“ beim Austritt aus der Klinik ungünstig auf seine Entwicklung ausgewirkt hat, da es ihm auf sich selbst gestellt nicht gelingt, seine Antriebschwierigkeiten zu überwinden. Vieles spricht dafür, dass die Klinische Sozialarbeit durch eine längerfristige Begleitung und über die Modi Beraten, Aktivieren und Kompetenz fördern Herrn Fischer dabei unterstützen könnte, sein Potenzial auszuschöpfen, was zu einem verbesserten Wohlbefinden und der erwünschten sozialen Teilhabe führen würde.

Fazit

Es ist nicht neu, dass Ressourcenschließung im Sinne des Ausstattens für die soziale Integration und autonome Lebensführung zentral ist. Wir sehen diesbezüglich den Beitrag der ALIMEnt-Studie darin, empirisch zu belegen, wie sich solche vermeintlich trivialen Tätigkeiten von Sozialarbeitenden auf die soziale Teilhabe ihrer Klient*innen auswirken, und theoriebezogen zu rekonstruieren, durch welche biopsychosozialen Mechanismen diese Wirkung entsteht. Zusammenfassend kann angenommen werden, dass Ausstatten der mit dem beeinträchtigten Gesundheitszustand

einhergehenden Verschlechterung des sozialen Status bzw. dem sogenannten „sozialen Drift“ auf mehreren Ebenen entgegenwirken kann (Mielck & Wild 2021) was sich wiederum stabilisierend auf die Gesundheit auswirkt. Sozialarbeitende können dieses Wissen nutzen, sowohl um ihre Aktivitäten in ein Konzept der Funktion professionellen Handelns einzuordnen, als auch um die beabsichtigten Wirkungen auf Ebene der Lebenswelt der Klient*innen in ihrem biopsychosozialen Zusammenhang zu erkennen und erklären zu können. So zeigt sich, dass hinter administrativen Arbeiten respektive „Papierkrieg“ (wie es Herr Fischer betitelt hat), anspruchsvolle und komplexe Aufgaben stehen, die eine weitaus größere Relevanz haben, als im Praxisalltag zuweilen angenommen wird. Was das Wirkungsmodell betrifft, das in diesem Artikel nur kurz vorgestellt werden konnte, sehen wir durch die Rekonstruktion der Funktionsweise Klinischer Sozialarbeit und ihrer Outcomes eine Chance, im interprofessionellen Kontext mehr Argumentationskraft zu erlangen und so fundierter für die Anliegen ihrer Adressat*innen eintreten zu können.

Wir danken Andrea Zumbrunn, Peter Sommerfeld und Matthias Hüttemann für ihre wertvollen Beiträge zum vorliegenden Artikel.

Literatur:

Bunge, M.; Mahner, M. (2004): **Über die Natur der Dinge: Materialismus und Wissenschaft**. Hirzel Verlag.

Dettmers, S.; Bischkopf, J.; Altenhöner, T.; Beivers, A.; Blankenburg, K.; Börm, S. (2021): **Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit**. 2. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Gregusch, P. (2013): **Auf dem Weg zu einem Selbstverständnis von Beratung in der Sozialen Arbeit**. Kassel: Socialnet Verlag.

Hüttemann, M.; Solèr, M.; Süssstrunk, S.; Sommerfeld, P. (2017): **Wirkungsforschung und Evaluation in der Klinischen Sozialarbeit**. In: Klinische Sozialarbeit - Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 13. Jg. (3), S. 4–6.

Kazi, M. (2003): **Realist Evaluation for Practice**. In: British Journal of Social Work, 33. Jg. (6), S. 803–818.

Knoop, T.; Scheiblich, N.; Dettmers, S.; Meyer, T. (2022): **Sozialarbeiterische Wirkmechanismen in der medizinischen Rehabilitation: theoretische und konzeptuelle Einordnung des Reha-Forschungsprojekts SWIMMER**. Soziale Passagen, 14 Jg. (2), S. 389–404.

Mielck, A.; Wild, V. (2021): **Gesundheitliche Ungleichheit – auf dem Weg von Daten zu**

Taten: Fragen und Empfehlungen aus Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik. 1. Auflage. Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Beltz Verlag.

Mühlum, A. (2022): **Klinische Sozialarbeit als gesundheitsbezogene Fachsozialarbeit-Wegmarken der Entwicklung**. In: C. Kröger, G. Hahn, & S. B. Gahleitner (Hg), Klinische Sozialarbeit: Das Soziale Behandeln Entwicklung einer Fachsozialarbeit. KS-Verlag für psychosoziale Medien, S. 15–23.

Sommerfeld, P.; Solèr, M.; Süssstrunk, S. (2019): **Lebensverlauf, Kontext, Zeit und Wirkung sozialarbeiterischer Intervention**. In: Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit / Revue suisse de travail social, 24 (2, 2018), S. 77–97.

Sommerfeld, P.; Solèr, M.; Hess, N.; Hüttemann, M.; Süssstrunk, S. (2021): **ALIMEnt – Kontexte, Mechanismen und Wirkungen Sozialer Arbeit**. Olten: FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit. URL: <https://irf.fhnw.ch/handle/11654/32537>

Zumbrunn, A.; Hess, N.; Solèr, M.; Hüttemann, M.; Sommerfeld, P.; Süssstrunk, S. (2022): **Messung der subjektiven Lebensqualität von Klient*innen klinischer Sozialarbeit im Interventionsverlauf**. In: Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit / Revue suisse de travail social, 30 (2022), S. 34–62.

Spiritualität in der Beratung: Eine wirksame Unterstützung in der Sozialen Arbeit?

Daniela Battain & Dietrun Lübeck

Psychoziale Beratung gilt als wirksame Interventionsform der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit (vgl. DVSG 2022). Ihre Adressat*innen sind Menschen, deren biopsychosoziales Wohlbefinden ins Ungleichgewicht geraten ist. Aus diesem Belastungs-Bewältigungs-Ungleichgewicht gehen starke alltägliche Beeinträchtigungen, Lebenskrisen und soziale Probleme hervor, insbesondere, wenn die persönlichen und lebensweltlichen Ressourcen schwer zu entdecken scheinen. Für Berater*innen gibt es keine allgemeingültige „Interventionsanleitung“ im Umgang mit Belastungen und Lebenskrisen der Klient*innen, sie können sich aber methodisch an Faktoren ausrichten, deren Wirkung nachgezeichnet bzw. Wirksamkeit belegt ist. Dafür sind sowohl die professionell-unterstützende Prozesskompetenz der Fachkräfte als auch die biopsychosozialen Fallkonstellationen der Klientel entscheidend (vgl. Wälte 2021, S. 43; Wälte & Lübeck 2021, S. 25). Um passgenaue Lösungen zur Bewältigung der Krisen zu erarbeiten, versucht die ressourcenaktivierende Soziale Arbeit, auch in der psychosozialen Beratung, das vorhandene Potenzial der Adressierten zu erkunden und zu fördern (vgl. Schubert 2021, S. 201).

Spiritualität als Ressource in der psychosozialen Beratung

Spiritualität wird in der Beratung durch Sozialarbeiter*innen nach wie vor wenig Beachtung geschenkt, obwohl sie Bestandteil psychosozialer Begleitung in der sozialen, therapeutischen und seelsorglichen Arbeit ist (vgl. Utsch 2013, S. 33) und als Erweiterung der bio-psycho-sozialen Rahmung anerkannt wurde (vgl. Dhar et al. 2013). Ihre definitorische Eingrenzung leidet unter dem inflationären und schwammigen Gebrauch des Begriffs. Bucher

(2014) definiert aus psychologischer Perspektive heraus die subjektiv wahrgenommene Verbundenheit als Kern von Spiritualität, sowohl horizontal mit der Mitwelt, Natur und dem Kosmos als auch vertikal mit einer den Menschen transzendent-umgreifenden Dimension (vgl. Lübeck & Grohn 2021). Des Weiteren wird Spiritualität in der Positiven Psychologie als Tugend aufgefasst, die im Zusammenspiel mit weiteren Tugenden wie Wertschätzung, Dankbarkeit, Selbstvergebung, Hoffnung und Akzeptanz steht. Wechselwirkungsprozesse zwischen diesen Tugenden und Spiritualität können das subjektive Wohlbefinden erhöhen und negative Reaktionen und Gefühle mindern (vgl. Krause 2015, S. 52 ff.).

Aufgrund zahlreicher empirischer Studien ist die Auswirkung von Spiritualität auf Körper und Psyche und das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum gut belegt. Mit dem Ziel, in der Beratung das Belastungs-Bewältigungs-Gleichgewicht wieder herzustellen und das Kohärenzgefühl (Antonovsky 1979) der Adressat*innen zu stärken, kann die sozialarbeiterische Praxis durch spirituell-konnotierte Methoden und Techniken bedürfnisorientiert ergänzt werden. Dazu zählen u. a. Meditation, Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen und Übungen zum Fokus auf das Wesentliche und auf das Hier-und-Jetzt, die spirituell verortbare Themen wie Akzeptanz, Hoffnung und Dankbarkeit umsetzen. Allerdings ist kaum etwas bekannt darüber, inwiefern spirituelles Erleben und der Einsatz spiritueller Praktiken in der psychosozialen Beratung durch Sozialarbeiter*innen eine Rolle spielen und welche Zusammenhänge hier relevant sind. Dieser Fragestellung wurde in der vorgestellten Studie empirisch nachgegangen. Mögliche Zusammenhänge mit weiteren Faktoren wurden dabei erkundet.

Studie zu Zusammenhängen zwischen spirituell-orientierten Interventionen und internalen sowie externen Einflussfaktoren

Die Ermittlung einer engen Ursache-Wirkungs-Beziehung in der Sozialforschung ist wegen der Schwierigkeit, einzelne Faktoren als Ursache komplexer Situationen zu benennen, nahezu unmöglich. Möglich ist aber, empirisch gestützt Korrelationen zwischen mehreren Faktoren zu erkennen, um darüber auch theoretisch begründbar Zusammenhänge aufzudecken. Anhand einer quantitativen Untersuchung wurden Daten sowohl über den konkreten Einbezug von spirituell-orientierten Interventionen in die eigene psychosoziale Beratung erhoben als auch Zusammenhänge mit dem eigenen fachlichen Wissen, persönlichen spirituellen Ansichten und der Offenheit für spirituelle Themen und ihrer Förderung seitens der Einrichtung ausgewertet. Dafür wurden im Rahmen einer (quantitativen, teils mit offenen Antwortmöglichkeiten angelegten) Online-Umfrage Fachkräfte der Sozialen Arbeit verschiedener Organisationen/Träger befragt, die explizit psychosoziale Beratung für Erwachsene in Lebenskrisen in Berlin anbieten. Die Stichprobe umfasste 44 vollständig ausgewertete Fragebögen.

Wesentliche Ergebnisse und Diskussion

Die Mehrheit der Antworten zur Bedeutung des Begriffs „Spiritualität“ stand nicht in Resonanz mit dem Verständnis nach Bucher (2014) und im Sinne der Positiven Psychologie. Erwähnt wurden vielmehr Begriffe wie Glaube, Hokuspokus, Übernatürliches, Abwendung von Wissenschaft. Die Bedeutung von Spiritualität im psychologisch-wissenschaftlichen Sinne scheint unter den Befragten also nicht verbreitet und wenn, dann stellt sie keine

naheliegende Voraussetzung für ihren Einbezug in die Beratung dar. Der Aussage „Ich unterstütze, wo möglich, meine Klient*innen in ihren Lebenskrisen mit spirituell-orientierten Interventionen“ wurde von nur einem Fünftel der Fachkräfte zugestimmt. Dabei wurden vorab Fallkonstellationen extrahiert, für die die Einbringung von spirituellen Themen bewusst nicht geschieht, beispielsweise wenn diese im Einzelfall auf dysfunktionale Copingstrategien hinwiesen oder sie als Mitverursacher/verschlimmernder Faktor einer Lebenskrise erkannt wurden.

Die Hälfte der Befragten schätzt das eigene professionelle Wissen über die gesundheitliche Wirkung von Spiritualität als nicht befriedigend ein, was Folge einer unzureichenden Behandlung des Themas im Studium bzw. in der Ausbildung sein dürfte. Dies ist der Fall bei 90 Prozent der Befragten. Des Weiteren spricht nur ein Drittel der Fachkräfte spirituelle Themen von sich aus an. Der geringe Anteil an Sozialarbeiter*innen, die Spiritualität explizit thematisch und methodisch einbeziehen, scheint auf verschiedene Gründe zurückführbar zu sein. Zum einen dürfte es am mangelnden Fachwissen liegen, zum anderen auf einer „säkularisierten“, als professionell verstandenen, Entscheidung beruhen, Klient*innen im Hilfeprozess durch persönliche spirituelle Ansichten und Lebenseinstellungen nicht beeinflussen zu wollen. Möglich ist auch eine Tabuisierung und Ablehnung spirituell verortbarer Themen und Techniken (so auch Duttweiler et al. 2022). Diese Abwehr im Erkunden spiritueller Bedürfnisse der Klientel bei der Anamnese könnte sich als ungünstig für einen wirksamen Beratungsverlauf erweisen, sofern dadurch eine potenziell vielschichtige(re) Ressourcenentdeckung und -aktivierung im Hilfeprozess ausgelassen wird.

Durch die eher negative Konnotation des Begriffs „Spiritualität“ können die Sinnhaftigkeit von spirituell-orientierten Interventionen nicht begriffen und eine bewertungsfreie Thematisierung dieser in der psychosozialen Beratung nicht ermöglicht werden. Das gleiche dürfte im Falle von Unternehmens-

kulturen gelten, die weder Fachkräfte noch Klientel dazu motivieren, einen Schritt zurückzutreten und zu beobachten, was die gesamte bio-psycho-sozial-spirituelle Fallkonstellation im Augenblick oder im Beratungsprozess bestimmt und als solche ausmacht. 39 der 44 Befragten berichteten, ihr Träger bzw. ihre Einrichtung läge eher bis gar keinen Wert auf spirituell-orientierte Interventionen. Eine Steigerung der Anzahl und Qualität von Fachtagungen und Workshops zum Thema Spiritualität und zur Förderung ihres Einbezuges in die Beratung würde jedoch die Hälfte der Befragten begrüßen.

Hintergrund dieser Schlussfolgerungen stellt die statistische Prüfung mehrerer Korrelationshypothesen dar, denen mittels linearer Produkt-Moment-Korrelationen (r) nachgegangen wurde. Dabei ergaben sich mittlere bis hohe Korrelationen zwischen dem praktischen Einbezug spirituell-konnotierter Interventionen, u. a. Achtsamkeitsübungen und Meditation (als feste Variable bei jedem Korrelationspaar gelegt), und unterschiedlichen Wissens- sowie praktischen Umsetzungsebenen seitens der Berater*innen (Battain 2023). Exemplarisch seien hier die Zusammenhänge zwischen dem praktischen Einbezug spirituell-konnotierter Interventionen und der fachlichen Anerkennung von Spiritualität als Ressource ($r=.74$), ihr gegebenem Raum im privaten Alltag ($r=.37$) und einem unterstützenden Umgang seitens der Organisation, sowohl bei der Arbeit mit der Klientel und ihren Ressourcen ($r=.55$) als auch für ihr freies Erleben durch die Fachkräfte ($r=.48$) erwähnt. Die Ergebnisse dieser Studie legen auf statistisch-methodischer Ebene nahe, perspektivisch das Erhebungsmaterial stärker mit bereits etablierten Instrumenten zu unterfüttern (zusammenfassend in Bucher 2014; Krause 2015), um dezidiertere statistische Analysen (z. B. multivariate Analysen) möglich zu machen.

Anregungen für die Praxis der Wirkungsforschung

Die empirisch gestützte Untermauerung von Zusammenhängen zwischen dem Einbezug von Spiritualität und

das Beratungshandeln beeinflussen den Faktoren stellt den Hauptverdienst der vorgestellten Studie dar. Dennoch, wenn versucht wird, die konkrete Wirkung von Spiritualität in der psychosozialen Beratung zu messen, ist die Sozialforschung mit verschiedenen Hindernissen konfrontiert. Die fehlende Anerkennung von spiritueller Praxis als wirkungsvolle Intervention an sich und die stark-subjektive Bedeutung des Begriffs sind zwei wesentliche Elemente, die ihre Wirkungsmessung erschweren. Sind aber solche Hindernisse ausreichend, um Spiritualität als beforschbaren Wirkfaktor zu ignorieren?

Die Schwierigkeit einer akkuraten Messung und Konkretisierung ihres Mehrwerts im Hilfeprozess könnte auch an nicht adäquaten Erhebungsmethoden liegen. So stellt sich also die Frage: Welche Erhebungsmethoden bzw. -designs können in Betracht gezogen werden, um die Wirksamkeit eines hilfreichen Konstrukts auch in der psychosozialen Beratung empirisch nachzuweisen und somit seine fachliche Anerkennung zu fördern?

Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass einzelne Interventionen in der Sozialen Arbeit per se hinreichend oder gar notwendig sind, um Veränderungen zu erzeugen, sie aber einen wesentlichen Beitrag zur Erreichung angestrebter Wirkungen leisten können (vgl. Flatters & Giel 2023, S.39), ist die Berücksichtigung weiterer Methodologien gefragt, um ihren Wirkungsgrad abstecken zu können. Wo der empirische Beleg eines kausalen Zusammenhangs zwischen geführter Maßnahme und einer intendierten Veränderung (auch unter Einbezug bereits etablierter Erhebungsinstrumente, s. Empfehlung oben) schwer umsetzbar ist, dürfte perspektivisch der theoriebasierte Evaluationsansatz der sogenannten Kontributionsanalyse nach John Mayne (2012) fruchtbar sein. Dabei wird nicht die präzise Wirkungsmessung einer Maßnahme versucht, sondern in Anbetracht der vielen beeinflussenden Faktoren, die Beantwortung der Frage „Hat die Intervention einen Unterschied gemacht?“ angestrebt.

Zusammenfassendes Fazit

Anliegen dieses Beitrags ist nicht das Infragestellen wirksamer sozialarbeiterischer Beratungspraxis, sondern empirisch unterlegt in Erinnerung zu rufen, dass auch scheinbar nicht erfassbare Konstrukte, wie Spiritualität als subjektive Wahrnehmung, und deren praktische Umsetzung, wirkungsvoll in Beratungsprozessen sein

können und in einer diversitätsorientierten Sozialen Arbeit nicht ignoriert werden sollten. Motiviert werden soll außerdem zur Betrachtung alternativer Herangehensweisen auch in der quantitativen Forschung, um weitere Studien anzuregen, die weniger den Nachweis reiner „Ursache-Wirkung-Zusammenhänge“ anstreben, sondern deren Verdienst im Sinne eines ent-

standenen Mehrwerts im Hilfeprozess nachzuzeichnen versuchen.

Lässt sich dieser Ansatz in triangulärer Kombination mit qualitativem Material sowie unter Einbezug bereits etablierter Erhebungsinstrumente umsetzen, dürfte die Wirkungsforschung perspektivisch einen Schritt weiterkommen.

Literatur:

Antonovsky, A. (1979): **Health, stress, and coping**. San Francisco: Jossey-Bass.

Battain, D. (2023): **Spiritualität in Lebenskrisen: Eine reale Unterstützung in der Sozialen Arbeit?** (Bachelorthesis). Berlin: Evangelische Hochschule Berlin.

Bucher, A. (2014): **Psychologie der Spiritualität**. 2., vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (2022): **Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit**. Berlin: DVSG. Online abrufbar: https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Die-DVSG/DVSG-Gesundheitsbezogene-Soziale-Arbeit.pdf (31.12.2023).

Dhar, N.; Chaturvedi, S.K.; Nandan D. (2013): **Spiritual health, the fourth dimension: a public health perspective**. In: WHO South-East Asia J Public Health 2(1), S. 3–5.

Duttweiler, S.; Sotoudeh, S.; Stalder, J. (2022): **Verkürzte Professionalität durch Tabuisierung?!**

– **Religion und Spiritualität in der Beratung**. Bern: Berner Fachhochschule. Online abrufbar: <https://arbor.bfh.ch/16682/> (14.11.2023).

Flatters, B.; Giel, S. (2023): **Soziale Arbeit wirkt – und es gibt Wege, dies zu zeigen. Erfahrungen aus Evaluationen**. In: Ottmann, S.; König, J. (Hg.): Wirkungen im Blick – Wirkungsorientierung in der Sozialen Arbeit und Sozialwirtschaft. Tagungsdokumentation der Transferkonferenz. Forschung, Entwicklung, Transfer – Nürnberger Hochschulschriften, Nr. 53. Nürnberg: Evangelische Hochschule Nürnberg, S. 39–49.

Krause, C. (2015): **Mit dem Glauben Berge versetzen? Psychologische Erkenntnisse zur Spiritualität**. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Lübeck, D.; Grohn, A. (2021): **Spiritualität**. socialnet Lexikon. Bonn: socialnet. Online abrufbar: <https://www.socialnet.de/lexikon/3128> (14.12.2023).

Mayne, J. (2012): **Contribution analysis: Coming of age?** In: Evaluation 18 (3), S. 270–280.

Schubert, F.C. (2021): **Ressourcenaktivierung**. In: Wälte, D.; Borg-Laufs, M. (Hg.): Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention. 2., aktual. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 198–213.

Utsch, M. (2013): **Spiritualität in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis: eine verloren gegangene oder eine wiedergefundene Dimension?** In: Armbruster, J.; Petersen, P.; Ratzke, K. (Hg.): Spiritualität und seelische Gesundheit. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 27–47.

Wälte, D. (2021): **Wirkfaktoren**. In: Wälte, D.; Borg-Laufs, M. (Hg.): Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention. 2., aktual. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 43–51.

Wälte, D.; Lübeck, A. (2021): **Was ist psychosoziale Beratung?** In: Wälte, D. & Borg-Laufs, M. (Hg.): Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention. 2., aktual. Aufl., Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 25–30.

katho

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences



ANZEIGE

MASTERSTUDIENGANG Soziale Arbeit

Sie wollen Ihr Wissen und Ihre Handlungskompetenzen aus dem Bachelorstudium der Sozialen Arbeit vertiefen, sich auf ein Arbeitsfeld spezialisieren und hier komplexen Fragestellungen nachgehen? Die katho bietet Soziale Arbeit (M.A.) an allen vier Standorten an, setzt aber fünf inhaltliche bzw. arbeitsfeldbezogene Schwerpunkte:

Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit (Aachen)

Bildung und Teilhabe (Aachen)

Innovationsmanagement in der Sozialen Arbeit (Köln)

Inklusive Kinder- und Jugendhilfe sozialräumlich gestalten (Münster)

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (Paderborn)

Gleich in welchem Schwerpunkt – Sie erweitern Ihre Kompetenzen in Methoden empirischer Sozialforschung und lernen, innovative Methoden für Praxisfelder zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Das Studium ist praxisnah, handlungsorientiert und befähigt Sie zur Leitung von Organisationen. Der Masterabschluss berechtigt zur Promotion und zur Tätigkeit im höheren Dienst.

Bewerbungszeitraum: jährlich vom 1. Dezember bis 31. Mai

Weitere Informationen unter katho-nrw.de/soziale-arbeit-ma