

Christian Zajer:

Die Verknüpfung von Konzepten klinischer Sozialer Arbeit und sozialräumlicher Sozialer Arbeit in Theorie und Praxis

Zusammenfassung

Sowohl die klinische als auch die sozialräumliche Soziale Arbeit müssen zum Ziel haben, die Lebenswelt von KlientInnen breit (im besten Fall ganzheitlich) und in Wechselwirkung mit den sich darin befindlichen Individuen und Gruppen zu thematisieren. Eine sozialräumlich ausgerichtete Soziale Arbeit fordert dabei eine aktive Rolle zur Verbesserung der Lebensbedingungen von KlientInnen – anschließend an oder präventiv zu klinischer Unterstützung – ein. Die Umwelt darf hierbei keine passive oder gar ausschließlich abverlangende Partnerin im Veränderungsprozess von AdressatInnen Sozialer Arbeit sein. Anpassungsleistungen oder Veränderungen im Sinne des Willens von KlientInnen können nicht ausschließlich seitens der KlientInnen Sozialer Arbeit erwartet werden.

Deshalb muss der Sozialarbeit die Aufgabe zufallen, AdressatInnen und Nicht-AdressatInnen Sozialer Arbeit zu ermächtigen, ihre Umwelt selbst zu gestalten, um so Lebensbedingungen für ein gelingendes Leben zu schaffen. Diese partizipativen Prozesse ermöglichen erst klinisch-sozialraumorientierte Soziale Arbeit. Im Artikel wird ein kritischer Abriss der Theorie und Praxis von Sozialraumorientierung dargestellt, um dann anhand von zwei Beispielen die Umsetzung dieser Prozesse zu beschreiben.

Schlagnworte: Sozialraumorientierung, klinische Sozialarbeit, Defizitorientierung, Perspektive, Praxis, *good practice*

Abstract

Both clinical and socio-spatial social work must aim to address the environment broadly (in the best case holistically) and in interaction with the individuals and groups within it. Social work that is socially and spatially oriented would require an active role to improve the living conditions of clients afterwards or preventively to clinical support. The environment should not be a passive or even exclusively demanding partner in the change process of addressees of social work. Adaptation services or, in the best case, changes in the sense of the will of the clients cannot be expected exclusively from the clients of social work.

That is why empowering addressees and non-addressees to the extent that they can shape their own environment in order to create living conditions for a successful life is a vital task of social work. These participatory processes enable clinical social space-oriented social work. The article presents a critical outline of the current theory and practice of social space orientation and describes the implementation of these processes by means of two examples.

Keywords: social space orientation, clinical social work, deficit orientation, perspective, practice, good practice

1. Einleitung: Sozialraumorientierte Soziale Arbeit

Die verschiedenen theoretischen und praktischen Überlegungen zu Sozialraumorientierung führen gleichzeitig zu Hoffnung, Skepsis und Verwirrung bei ProfessionistInnen der Sozialen Arbeit. Sowohl von FachautorInnen als auch vom Fachpublikum wird Unterschiedliches unter dem Begriff Sozialraumorientierung verstanden. Der Begriff findet einerseits als Titel verschiedener Fachkonzepte Verwendung, andererseits dient er zur Benennung neuer und erneuerter theoretischer Grundlagen der Sozialen Arbeit. In der Fachliteratur zu Sozialraumorientierung ist z.B. die Debatte um die, für sozialarbeiterisches Handeln relevante Aufteilung von Wohngebieten (vgl. Straus 2005: 76) in soziale Räume auffallend: Einige AutorInnen (vgl. Früchtel 2007: 27) schließen sich durchaus einer Operationalisierung von sozialen Räumen im territorialen Sinn an. Dabei werden bestimmte Gebiete, etwa Stadtteile, in so genannte Sozialräume eingeteilt, die mit Sozialraumbudgets ausgestattet werden. Andere AutorInnen wie zum Beispiel Fabian Kessl kritisieren gerade diese Territorialisierungs-Bestrebungen von sozialen Räumen als eine Stigmatisierung von Lebensräumen (zum Beispiel als „Ghetto“ oder „Reichenviertel“). Darüber hinaus wird die Gefahr einer Fremdbestimmung (vgl. Kessl 2007: 125ff.) durch bestimmte AkteurInnen (z.B. einflussnehmende PolitikerInnen) dieser solcherart definierten Gebiete, Wohnquartiere, Stadtteile oder Bezirke wahrgenommen.

Für Christoph Stoik (2008: 14ff.) stellt sich Sozialraumorientierung zurzeit in vier Begriffsbereichen dar. Als Modell der neuen Steuerung in Deutschland in der Jugendhilfe, in der Tradition der offenen und aufsuchenden Jugendarbeit,¹ in der Tradition der Gemeinwesenarbeit² und schließlich „als theoretische Grundlegung der Sozialen Arbeit, die sich mit den Raumtheorien Lefebvres und Bourdieus auseinandersetzt“ (Stoik 2008: 18). Für Stoik ergeben sich aus diesen Zugängen mehrere Konsequenzen, die auch für die Kinder- und Jugendhilfe von Bedeutung sind. Er beschreibt vier Dimensionen, in welchen sozialraumorientierte Soziale Arbeit umgesetzt werden müsste: „[D]ie Arbeit mit Individuen, die Arbeit mit Gruppen, im physischen Raum und auf politischer Ebene [...] Diese soziale Arbeit darf dabei nicht von gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen entkoppelt werden.“ (Stoik 2008: 18) Vor allem aber ist Stoik der Auffassung, dass Sozialraumorientierung als ein Vorhaben der Sozialen Arbeit mit und in Lebensräumen von Menschen bereit sein muss, die Möglichkeiten zur Teilhabe an der Gesellschaft zu erweitern. Diese Lebensräume sind dabei von einzelnen Menschen oder Gruppen veränderbar, aber gleichzeitig auch durch andere Menschen und andere Gruppen fremdbestimmt (vgl. Stoik 2008: 17).

Die Definition vom sozialen Raum, angelehnt an Bourdieu, findet sich auch bei anderen Autoren wie Fabian Kessl und Christian Reutlinger (2007: 27). Frank Früchtel (2007: 201) spricht in diesem Zusammenhang davon, dass mit „Räumen Relationen hergestellt werden“. Diese Beziehungen zwischen Individuen, Gruppen und Milieus

definieren ihrerseits den sozialen Raum, indem sie bestimmen, welche AkteurInnen des sozialen Raums sich wo befinden (dürfen). Soziale Arbeit habe demnach die Aufgabe, daraus entstehende Ungleichheiten zu bearbeiten (vgl. Früchtel 2007: 201).

Die Fachkonzepte mit der Orientierung an sozialen Räumen wie das Soni-Konzept (vgl. Früchtel 2007: 23ff.) oder die Sozialraumorientierung nach Wolfgang Hinte (2002: 92) werden zurzeit durch experimentelle Neuausrichtungen Sozialer Arbeit in einzelnen Organisationen wie Einrichtungen der Jugendhilfe in Deutschland und der Kinder- und Jugendhilfe in Graz umgesetzt. Einige FachautorInnen fordern eine sozialräumliche Neuausrichtung Sozialer Arbeit, um zu einer „wirksameren Aufgabenerledigung“ (Hinte 2008: 8) zu kommen. Sie beschreiben ferner Konsequenzen für die Soziale Arbeit, die sich aus der Berücksichtigung von Bourdieus Modell der Kapitalsorten ergäbe, wie zum Beispiel eine effektivere Differenzierung von Kapital. Auf der Grundlage einer sozialräumlichen Ausrichtung könnten SozialarbeiterInnen so besser erkennen, welche Kapitalbildung (vor allem soziales und kulturelles) von ihnen wo unterstützt werden müsste, und sie könnten Vorschläge machen, wie dies möglich gemacht werden könnte, z.B. Beratung oder Selbsthilfegruppen (vgl. Stoik 2008: 17). Ebenfalls thematisiert wird eine Anforderung an die Soziale Arbeit, die darin besteht, dass sich Soziale Arbeit über Grenzen und Ressourcen von Räumen bewusst werden muss. Soziale Arbeit soll also sogenannte Verortungsprozesse verschiedener Machtstrukturen wahrnehmen und sich darin positionieren, um Ungleichheiten zu bearbeiten (vgl. Kessl/Reutlinger 2007: 128).

2. Soziale Kontrolle und Defizitorientierung

In der Sozialarbeit finden sich parallel zu Ansätzen zur Sozialraumorientierung auch solche zur Förderung der Wettbewerbsfähigkeit von als defizitär identifizierten Individuen. Beispielsweise das Familienintensivtraining, ein Konzept, das in der Magistratsabteilung für Kinder- und Jugendhilfe Wien (MA 11) umgesetzt wurde und das eine von der behördlichen Jugendwohlfahrt adaptierte Form des Fernsehformats *Die Super Nanny*³ darstellt. Max Kreuzer kritisiert an solchen Konzepten allerdings in aller Deutlichkeit, dass deren Effekt neben Hilfe auch soziale Kontrolle von als defizitär beurteilten AdressatInnen Sozialer Arbeit ist. Diskrepanzen in der Interaktion zwischen HelferInnen und KlientInnen tauchen auf, wenn einerseits der öffentliche Auftrag in der Beseitigung von Defiziten besteht, die Handlungsziele von HelferInnen andererseits aber positiv formuliert werden sollen. Als Ergebnis einer von ihm selbst durchgeführten Evaluationsstudie stellt Kreuzer entsprechend fest:

„Während in der Rhetorik der Fachkräfte ‚vom Positiven ausgehen‘, erstes und überzeugendes Grundprinzip von VHT [Video Home Training, Anm. CS] war, spielte der durch Interviews erfassten Einschätzung der mit VHT behandelten

Eltern das Argument, in überzeugender Weise ‚die eigenen Fehler zu sehen‘, die erste und entscheidende Rolle.“ (Kreuzer 2006: 105)

Es besteht m.E. kein Zweifel daran, dass die Erfassung und Bewusstmachung von konflikthaften Interaktionen (z.B. zwischen Eltern und Kindern) in jedem Fall der Schaffung eines Problembewusstseins bei KlientInnen dient. Es stellt sich aber die Frage, ob ProfessionistInnen Sozialer Arbeit dazu die Unterstützung einer Videokamera benötigen. Vor allem wenn die Folge eines diagnostischen Einsatzes einer Videokamera in einer Verstärkung des defizitorientierten Blickes besteht, wie aus den Forschungsergebnissen Kreuzers zu entnehmen ist. Es ist mit Rekurs auf Kreuzers Erhebung auch zu hinterfragen, welchen Sinn es für KlientInnen macht „in überzeugender Weise, die eigenen Fehler zu sehen“ und welcher Nutzen für HelferInnen daraus entsteht, dass diese Überzeugung eine „erste und entscheidende Rolle“ im Behandlungsprozess darstellt. Der defizitäre Blick auf das Individuum darf nicht im Zentrum sozialarbeiterischen Handelns stehen. Dies könnte zu einer „Selektionsdiagnostik“ (vgl. Pantuček 2012: 88) führen. Der Diskurs über mögliche negative Stigmatisierung von Menschen mittels diverser sozialer Diagnoseraster darf nicht aus einer zukunftsgerichteten Sozialen Arbeit verschwinden und muss mit einem sorgfältig kritischen Blick begleitet werden, damit der Inklusionsgedanke Sozialer Arbeit nicht unfreiwillig unterlaufen wird.

Die öffentlich wirksame Betitelung sozialpädagogischer und sozialarbeiterischer Konzepte als Familienintensivtraining oder als Familiencoaching impliziert einen defizitären, häufig paternalistischen Blick auf immer neu zu bestimmende Defizite (ICD Reihen). Diese Defizite, so wird suggeriert, liegen im Bereich der Individuen und müssen ebenda auch behandelt werden. So kann das Training (hier im engeren Sinne des Familienintensivtrainings) von konformem Verhalten durchaus Chancengleichheit zum Ziel haben – was grundsätzlich als positiv einzustufen ist. Chancengleichheit allein garantiert jedoch noch keine realistische Wettbewerbsfähigkeit.⁴ Denn dazu muss auch das Phänomen der Defizitorientierung von KlientInnen beachtet werden, das einer vordergründigen Beseitigung von Defiziten mittels Training Vorschub leisten könnte. Diese Maßnahmen beziehen sich allerdings auf Einzelfälle, also auf einzelne Familien, die diagnostizierte Defizite haben.

3. Erweiterung des klinisch-sozialarbeiterischen Blicks auf den sozialen Raum

Mit einer Erweiterung des Blicks vom Individuum auf den sozialen Raum, also die Lebens(um)welt von AdressatInnen Sozialer Arbeit, würden gesellschaftliche Phänomene wie Armut oder Gewalt in der Familie wieder verstärkt in den Blick geraten (müssen). Das Individuum hätte aus dieser Perspektive nicht mehr die Exklusivrechte auf ein soziales Problem. So würde auch für SozialarbeiterInnen und LailInnen wieder

deutlicher werden, dass Familienprobleme wie Gewalt in der Familie keine einzeln vorkommenden Fälle darstellen, sondern ein Problemfeld in der Gesellschaft manifest werden lassen. Dazu verzeichnen Siegfried Lamnek und Jens Luedke:

„In gut einem Drittel der Familien kam aber physische Gewalt vor, wobei alleinige Eltern-Kind-Gewalt am häufigsten ist: 28,4% aller Familien zählen zu dieser Kategorie. Ausschließliche Partnergewalt tritt in 2,4% aller Familien auf. Etwas mehr Familien sind es, bei denen es sowohl zu Partner- als auch zu Eltern-Kind-Gewalt kam (3,5%).“ (Lamnek/Luedke 2002: 9)

Die – wenn auch von Fachkräften nicht gewollte – Ausblendung von umweltlichen Bedingungen (z.B. Armut, Arbeitslosigkeit) schwächen kurz-, mittel- und langfristig die Wirkkraft von professioneller Sozialer Arbeit. So werden auch engagierte Fachkräfte wenig Einfluss auf die Lebenswelt ihrer KlientInnen haben können, wenn sie diese (auch professionell gestärkt) nach einer erfolgreichen Fallarbeit wieder in die jeweilige Umwelt entlassen. Wenn KlientInnen beispielsweise mittels sozialarbeiterischer Unterstützung einen erfolgreichen Drogenentzug hinter sich gebracht haben, um danach abermals in das sozialarbeiterische Betreuungsvakuum der örtlichen Straßendrogenszene zu gelangen, kann das altbekannte Umfeld der KlientInnen wieder zum Lebensmittelpunkt werden. Die aufsuchende Soziale Arbeit wie z.B. Streetwork ist als klassisches Konzept Sozialer Arbeit längst etabliert. In der Sozialpsychiatrie sind sich PraktikerInnen der Problematik bewusst, ein rein klinisches Konzept anzubieten, ohne das Draußen in Behandlungspläne miteinzubeziehen. Hier taucht die sogenannte Entlassungsproblematik auf, die entsteht, wenn KlientInnen ohne sozialräumliche Unterstützungsangebote ihrem Umfeld überlassen werden (vgl. Schörghofer 2017: 167).

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit kann nicht stattfinden, wenn KlientInnen ausschließlich in einer isolierten klinischen Situation als finanzierte Fälle (z.B. im Krisenzentrum oder in Wohngemeinschaften) betreut werden. Mittel- und langfristige Soziale Arbeit hat dann Erfolg, wenn sie in der Lebenswelt der AdressatInnen stattfindet und betroffene Individuen Einfluss auf ihre Lebenswelt nehmen können. In dieser Wechselwirksamkeit von Person und Umwelt finden erfolgreiche und für KlientInnen nachhaltig umsetzbare Veränderungsprozesse ihren fruchtbaren Boden. Werden KlientInnen exklusiv individuell und/oder klinisch betrachtet, wird auch eine zusätzliche, durch sozialräumliche Problematiken entstandene Vorgeschichte, wie etwa schlechtere Lebensbedingungen in ärmlichen Stadtteilen, ausgeblendet. Zudem besteht die Gefahr, die daraus erwachsenen klinischen Symptommatiken den KlientInnen der klinischen Sozialarbeit, Psychotherapie oder Psychiatrie zuzuschreiben und deren Unvermögen, nicht ausreichende Anpassungsleistungen zu erbringen.

Ein gesundheitlich nachteiliger Lebensstil ergibt sich neben einer individuellen persönlichen Disposition zusätzlich aus nicht ausreichend vorhandenem Wissen um die Wirkung potentiell problematischer Lebensmittel wie z.B. Industrienahrung, Zucker,

Fett, und deren günstigen Preise im lokalen Supermarkt. Die m.E. von klinischen PraktikerInnen nicht gewollte – aber in klinischen Konzepten implizit auftretende – Reduzierung der Probleme ihrer Klientel auf nachteilige Lifestyles klammert örtliche Umstände letztendlich vollkommen aus. Werden KlientInnen nach erfolgreicher klinischer Behandlung in ihre Lebenswelt entlassen, sollten sich PraktikerInnen posttherapeutisch über Rückfallszenarien mit einem konzentrierten KlientInnen-spezifischen Blick auseinandersetzen. Zusätzlich müssen auch Vorbedingungen und Bedingungen wie Wissen oder umsetzbare Entscheidungsmöglichkeiten – Wie gelange ich in meiner Umgebung, in meinem Sozialraum zu gesunder Nahrung? – für ein zukünftiges Gesundheitshandeln beachtet werden (vgl. Blättner/Waller 2018: 190). Sozialräumliche Diagnostik wie etwa Sozialraumanalysen würde zusätzliche Informationen liefern, die erkennen lassen, dass KlientInnen etwa prekären Umweltbedingungen ausgesetzt sind und den Weg in die klinische Praxis erst gar nicht finden. Schließlich trägt die Kombination von sozialräumlich gestalteter Sozialer Arbeit mit klinischer Sozialarbeit einen wesentlichen Anteil an der Motivationslage von KlientInnen. Erst das Bewusstsein, als Mensch nicht allein an einer misslichen Lage schuld zu sein, ergibt ein komplexes, reales Bild sozialer Ungleichheiten in Gesellschaften.

Marianne Roessler vertritt die Auffassung, dass erfolgreiches sozialarbeiterisches Handeln im Umfeld von KlientInnen auch ein Handeln im jeweiligen Bezugsrahmen von KlientInnen bedeutet (vgl. Roessler 2008: 8). Soziale Arbeit orientiert sich dabei eng an der Lebenswelt, an Stärken und am Willen ihrer AdressatInnen. Problematiken der KlientInnen bedürfen klinisch-sozialräumlicher Methodik, damit diese an ihren Zielen arbeiten können. Die Verbindung von klinischer und sozialräumlicher Sozialarbeit lässt sich nach Pauls auch folgendermaßen definieren: „Klinische Sozialarbeit will unter der Perspektive des doppelten Fokus, nämlich der Betrachtung der Einheit ‚Individuum – in sozialen Verhältnissen‘, klinisch sozial (be-)handeln.“ (Pauls zit.n. Karlsruh 2008: 4) In diesem doppelten Fokus ist die Bedeutung sozialräumlicher Perspektiven im Behandlungskontext klinischer Sozialarbeit immens.

4. Bedeutung von Empowerment für die Soziale Arbeit

Im sozialarbeiterischen Prozess müssen KlientInnen vorerst aus der Spirale der – auch ihrer – negativen Wahrnehmungen befreit werden, damit sie überhaupt in die Lage gebracht werden, das positive Potential im Selbst und im Miteinander zu erkennen. Denn letztendlich ist es Ziel Sozialer Arbeit, konstruktives Verhalten wie z.B. gewaltfreie Konfliktaustragung zu verstärken. Dies kann nur dann gelingen, wenn der Blick von KlientInnen im Hilfeprozess so schnell und intensiv wie möglich auf ihr positives Potential gerichtet wird. AdressatInnen von Familienhilfe beurteilten entsprechend auch die Wirksamkeit von Interventionen deutlich höher, wenn diese empowernd waren und damit die Selbstermächtigung steigerten. Im Gegensatz zu Interventionen von

Fachkräften der Familienhilfe, die ihre AdressatInnen durch direkte Handlungsanleitungen von oben herab behandelten oder diese als „Pseudo-ExpertInnen“ instrumentalisierten „und an Ihnen Trainingsprogramme implementierten“ (Pauls zit. in Karlusch 2008: 107).

Aus der Praxisforschung zur Psychotherapie ist ebenfalls bekannt, dass es vor allem die Umwelt ist, die zum Therapieerfolg beiträgt, und dass „[u]ngünstige gegenwärtige Lebensbedingungen wie Armut, Arbeitslosigkeit, schlechte soziale Umgebung, geringe Unterstützungsmöglichkeiten“ (Grawe 2004: 412) den Psychotherapieerfolg eindeutig und stark behindern, sogar verunmöglichen. Daher liegt es nahe, sich auch in klassischen klinischen Feldern der Sozialen Arbeit mit der Umwelt von KlientInnen auseinanderzusetzen, um diese nach erfolgter klinischer Beratung in eine von sozialräumlicher Sozialer Arbeit begleitete Lebenswelt zu entlassen.

5. *Good Practice*: Einzelfallspezifische und einzelfallunspezifische Soziale Arbeit

Als Alternative zu einer Separation oder gar einer Konkurrenz bietet sich eine bewusste Zusammenführung beider Ansätze an. Diese lässt sich durch die Kombination von klinischer Sozialarbeit, Sozialpädagogik und sozialräumlicher Sozialarbeit erreichen. Die stärkere Berücksichtigung des sozialen Raums anstelle einer Sozialarbeit, in der KlientInnen vor allem oder gar exklusiv klinisch und als Fall betrachtet werden, würde die Professionalität Sozialer Arbeit durchaus erweitern. Aus der stärkeren Berücksichtigung des sozialen Raums heraus ergäben sich Potentiale, die eine Erweiterung der Interventionsmöglichkeiten vom klinischen Einzelfall auf Gruppen und Systeme der Meso- und Makroebene zuließen. Damit ist nicht das Watzlawick'sche *more of the same* und die kritiklose Anhäufung von Methodik gemeint. Vielmehr gilt es, erfolgreiche Methodiken aus der Welt sozialarbeiterischer Praxis zu vernetzen, um SozialarbeiterInnen und AdressatInnen Sozialer Arbeit bestmöglich zu unterstützen. Wenn Soziale Arbeit ernsthafte gesellschaftliche Inklusion ihrer AdressatInnen zum Ziel hat, bedarf es einer sozialräumlichen Grundausrichtung.

6. *Family group decision-making conferences*

Ein Beispiel für eine gelungene Verbindung aller dargestellter sozialräumlicher Aspekte ist die Methode der *Family group decision-making conferences* (FGDM), eine Methodik Sozialer Arbeit für den Kinderschutz, welche sich gut in der Kinder- und Jugendhilfe einsetzen ließe (vgl. Turnell/Lohrbach/Curran 2008: 107ff.). Diese Entscheidungsfindungskonferenzen im Familienverband werden eingesetzt, um ein von Gewalt bedrohtes Kleinkind zu schützen. Das Beispiel soll folgend als Anregung dienen und findet sich in der englischsprachigen Literatur zur Arbeit mit unfreiwilligen KlientInnen

der Kinder- und Jugendhilfe. Entwickelt wurde die Methode von Andrew Turnell, Sue Lohrbach und Scott Curran, die als SozialarbeiterInnen in Australien tätig sind.

Eine Fallvignette beschreibt das Vorgehen der SozialarbeiterInnen. Motiviert durch die SozialarbeiterIn der Jugendwohlfahrt trafen sich in regelmäßigen Abständen Vertrauenspersonen der Eltern (ein befreundetes Paar, Großmutter und Großeltern) und arbeiteten unter der Leitung eines/r MitarbeiterIn der Kinder- und Jugendhilfe, sogenannter *long-term social worker*, die vergleichbar sind mit MitarbeiterInnen der aufsuchenden Arbeit mit Familien (Sozialpädagogische Familienhilfe, Familienintensivbetreuung, Mobile Arbeit mit Familien). Gemeinsam erstellten sie einen Plan, wie das Kind vor Gewalt seitens der Mutter geschützt werden kann. Die Maßnahmen, die dieses Netzwerk erarbeitet hat, sind folgende:

- Das Kind verbringt jedes Wochenende bei dem befreundeten Paar.
- Drei NetzwerkpartnerInnen erhalten die Erlaubnis, zu jeder Tages- und Nachtzeit in die elterliche Wohnung kommen zu dürfen und dem Kind zu helfen oder es mitzunehmen.
- Der Vater arbeitet in der Nachtschicht. Er wird vier bis fünf Mal pro Schicht zu Hause anrufen.
- Eine Freundin und die Großmutter melden sich mindestens einmal pro Tag bei der Mutter.

Erreicht werden konnte die Zustimmung der Eltern zu dieser Vorgangsweise dadurch, dass die SozialarbeiterInnen der australischen Kinder- und Jugendhilfe stark mit Empowerment gearbeitet haben. Sie bestärkten die Eltern, indem sie ihnen mit der Errichtung der FGDM die Möglichkeit gaben, selbst Entscheidungen darüber zu treffen, wie ihr Kind sicher in der elterlichen Umgebung aufwachsen kann. Dazu gaben sie dem Elternpaar die Möglichkeit, ihr eigenes, vertrautes Netzwerk zu nutzen. Die SozialarbeiterInnen hielten sich dadurch an die lebensweltlichen Bedingungen ihrer KlientInnen. Durch Netzwerkarbeit wurde das soziale Kapital der Familie vergrößert. Die Teilhabe der NetzpartnerInnen an der Situation der Familie wurde von professionell geleiteten Encounter-Gruppen unterstützt, um kritische Situationen zu reflektieren. Die Signalwirkung an den umgebenden Raum der Familie war gegeben, eine Enttabuisierung von Gewalt abseits klinisch isolierter Sozialer Arbeit fand ebenso statt. Turnell und seine KollegInnen beschreiben die Art der Vorgehensweise als *little steps*, die sehr behutsam und immer im Einvernehmen mit der Familie ausgeführt werden müssen, um die Familie vor etwaigen unerwünschten Bloßstellungen zu bewahren.

Sozialräumlich zu arbeiten bedeutet auch, einzelfallunspezifisch zu arbeiten. Die Ausrichtung der Sozialen Arbeit über den Einzelfall hinaus kann präventiv wirksam sein. Die folgende Falldarstellung aus meiner ehemaligen Praxis in der Wiener Kinder- und Jugendhilfe soll einen Einblick bieten.

7. Fallbeispiel Frau A.

Frau A. wurde der Kinder- und Jugendhilfe bekannt, als die Polizei ihren dreijährigen Sohn stark dehydriert und mit einem erheblichen Nahrungsmangel in der Wohnung vorfand. Frau A. war zu diesem Zeitpunkt seit zwei Tagen nicht mehr in der Wohnung gewesen. In den folgenden Gesprächen mit eingebundenen ProfessionistInnen stellte sich heraus, dass Frau A. einen problematischen Alkoholabusus aufweist. Mehrmals im Jahr trank sie Alkohol über längere Zeit hindurch ohne Pause. Sie verließ dabei auch die Wohnung und kehrte manchmal erst nach über 36 Stunden Abwesenheit zurück. In dieser Zeit war ihr Sohn sich selbst überlassen. Frau A. zeigte sich außerhalb dieser Trinkzeiten allerdings als liebevolle und fürsorgliche Mutter, was das Kindertagesheim nach Recherchen der Sozialarbeiterin der Kinder- und Jugendhilfe bestätigte.

Eine Kindesabnahme stand als Konsequenz im Raum, da die Mutter eine klinische Behandlung ihrer diagnostizierten Alkoholkrankheit in Gesprächen mit der Kinder- und Jugendhilfe stets verweigerte. Nach der Fallerörterung in einer HelferInnenkonferenz stellte sich die fachliche und organisationale Frage, wofür die Kinder- und Jugendhilfe nun genau zuständig sei. Sollte sie den Behandlungsverlauf der Mutter verfolgen und kontrollieren, um erst durch eine bewiesene Abstinenz einer Rückführung des Kindes zuzustimmen? Die Konzentration der Frage auf das Kindeswohl und darauf, wodurch dieses gewährleistet werden könnte, ließ noch einen weiteren Interventionsansatz zu: Was, wenn es gelingen würde, mit Hilfe von Ressourcenorientierung und Netzwerkarbeit ein geeignetes Netzwerk zu erstellen, das sicherstellen würde, dass das Kind auch während der Phasen des Alkoholabusus gut versorgt werden würde? Die Frage, wofür die Kinder- und Jugendhilfe zuständig wäre, wurde also vorerst auf das Kind konzentriert, aber auch von der Mutter als zielführendes Behandlungsobjekt weggeleitet.

Eine Sozialarbeiterin der Kinder- und Jugendhilfe nahm in Folge Kontakt zur väterlichen Großmutter auf, zu zwei im Wohnhaus lebenden Frauen und zu einer Freundin der Mutter und organisierte ein gemeinsames Gespräch, um einen Notfallplan zu erstellen, falls die Mutter unter dem Druck ihrer Krankheit die Wohnung verlassen würde. Die NetzwerkpartnerInnen erklärten sich in diesem Fall bereit, mittels Autorisierung der Kindesmutter in die Wohnung zu kommen und in der Zeit der Abwesenheit das Kind zu betreuen. Frau A. musste sich vorerst lediglich verpflichten, eine oder mehrere ihrer Unterstützerinnen zu einem frühen, rechtzeitigen Zeitpunkt zu kontaktieren. Eine Nachbarin erklärte sich, mit Einverständnis der Mutter, außerdem dazu bereit, zweimal am Tag in die Wohnung zu kommen, um nach dem Rechten zu sehen. Die Sozialarbeiterin vereinbarte mit Frau A. außerdem angemeldete und unangemeldete Hausbesuche während der kommenden Monate. Dieser hilfeorientierte Ansatz mit dem Ziel, den Sohn von Frau A. bestmöglich zu unterstützen, ohne Frau A. in einen Hilfeplan zu zwingen, ist vorerst als fallspezifische Soziale Arbeit zu betrachten. Die

Einbindung von engagierten Mitmenschen ging darüber hinaus in eine fallübergreifende über, da sich zwei der NetzwerkpartnerInnen Frau A.s bereit erklärt hatten, auch in anderen Fällen für eine Betreuung von Kindern zur Verfügung zu stehen. Eine neue Ressource hatte sich eröffnet, auch Frau A. äußerte sich in ihrem Umfeld sehr positiv über diese Art von Unterstützung.

KlientInnen der Kinder- und Jugendhilfe erleben häufig eine unangenehme Stigmatisierung durch die Tatsache, von der Kinder- und Jugendhilfe kontrolliert zu werden. Hier wurde Frau A. in erster Linie Unterstützung angeboten, sie ließ sich erst Monate später auf eine ambulante Behandlung ihrer Alkoholkrankheit ein, während ihr Sohn nach dem mutterzentrierten Ansatz nicht bei ihr bleiben hätte können. Durch die erfolgreiche Installation eines Netzwerks, wurde auch bei Rückfällen sichergestellt, dass der Sohn von Frau A. betreut wird.

Im Sozialbau wird gesprochen. Die Möglichkeit zur Kommunikation war immer schon ein Ziel der Wiener Sozialbaupolitik. Die Bekanntmachung dieses Falls über die NetzwerkpartnerInnen in der Lebensumgebung von Frau A. könnte kritisch als sozialpornographische Öffentlich-Machung einer intimen Problematik verstanden werden. Doch die Absicht hinter einer Kommunikation ist nie einseitig oder gar absolut böseartig. In diesem Fall kam es zur vereinzelt öffentlichen Stigmatisierung von Frau A. Wie sich herausstellte, war ihr Alkoholabusus jedoch schon länger in der Umgebung bekannt, die Veröffentlichung der Situation von Frau A. durch die NetzwerkpartnerInnen hatte jedoch noch andere Folgen: Die Nachbarinnen wurden von BewohnerInnen angesprochen, ob sie ihnen nicht auch Betreuungszeiten anbieten könnten, damit alleinerziehende Mütter z.B. Einkäufe oder Arztbesuche leichter erledigen können. Hier würde sich die fallübergreifende Soziale Arbeit nahtlos anschließen. Wenn ein Netzwerk von BetreuerInnen aus dem Sozialbau gegründet wird, offen über soziale Phänomene gesprochen wird, dann wird präventiv gehandelt. Eventuell würde so auch die Notwendigkeit einer lokalen Beratungsstelle der Kinder- und Jugendhilfe deutlich werden.

Hier sei noch angeschlossen: Für klinische Problematiken wie den Alkoholabusus oder aber auch für pädagogische Themen braucht es selbstverständlich ProfessionistInnen, deren Arbeit in den Sozialraum hineinwirken soll und aus dem heraus Aufgaben für sie kommen sollen.

8. Schlussüberlegungen: Generierung von sozialem Kapital

Der Diskurs zum Thema Sozialraumorientierung erweitert sich auch an anderer Stelle und in Bezug auf die Kombination von klinischer und sozialraumorientierter Sozialarbeit. Kessler (2006: 51) schlägt den Begriff „sozialraumsensible klinische Sozialarbeit“ vor, in dem beide Ansätze vereint scheinen. Ausgangspunkt sozialer Arbeit müssen

dem entsprechend die „heterogenen, hierarchischen sozialen Räume der verschiedenen Akteursgruppen“ sein. Dies bedeutet neben der Akzeptanz von Lebenswelten und dem Willen von KlientInnen, die Erweiterung ihres sozialen Kapitals durch Soziale Arbeit. Dies kann mittels der Installation verschiedener Netzwerke geschehen, durch die erweiterte Inanspruchnahme sozialen Kapitals von Menschen, durch strukturierte Analysen zur Ressourcenerkundung und auch durch den Einsatz der Methode *Case Management*, wenn diese in eine auf Sozialraumorientierung basierende Soziale Arbeit eingebettet ist.

In einer sozialarbeiterischen Handlungslogik hat der Eklektizismus seinen fixen Platz. Die praxisorientierte Methodenvielfalt und vor allem der Einsatz wissenschaftlich evaluierter Methoden im Sinne einer praktikablen, konzentrierten und für KlientInnen nachvollziehbaren Umsetzung rechtfertigt diesen Stellenwert. In der gelungenen Kombination von klinischer und sozialraumorientierter Sozialer Arbeit geht es demnach nicht um eine Neuausrichtung Sozialer Arbeit oder um die Konkurrenz von Konzepten, sondern um die verstärkte Konzentration auf bereits erfolgte und erfolgreiche Leistungen Sozialer Arbeit.

Eine Verschränkung von klinischer und sozialraumorientierter Sozialer Arbeit würde das Spektrum an Möglichkeiten, um sozialen Ungleichheiten zu begegnen, erheblich erweitern. Um die dazu benötigte erfolgreiche Methodik zu erfassen und weiterzuentwickeln, braucht Soziale Arbeit weiterhin geräumige Experimentierfelder für empirische Forschung im makrosozialpolitischen Bereich. Durch klinische Wirkungsforschung wird ebenso Praxiswissen generiert. Dieses kontinuierlich aus sozialarbeiterischer Praxis entstandene Wissen wird zur Theoriebildung und verbesserter Qualität Sozialer Arbeit beitragen.

„In thinking about the best ways for helping professionals to make a difference in working with involuntary ‚clients‘ (sic!) in child protection settings we believe it is vital that more attention be paid to particularities of how practitioners are able to achieve on the ground success with these sorts of situations.“ (Turnell et al. 2008: 110)

Es stellt sich abschließend die Frage, wie weit eine Trennung von sozialraumorientierter Sozialer Arbeit und klinischer Sozialer Arbeit überhaupt möglich ist und ob eine Separation oder gar Konkurrenz dieser Ansätze für Organisationen Sozialer Arbeit überhaupt sinnvoll erscheint, da sie in der Praxis ohnehin eng miteinander verflochten zu sein scheinen.

Verweise

¹ In Wien am Beispiel des Vereins *Jugendzentren der Stadt Wien* umgesetzt.

² Hier sei als Beispiel die *Bassena* am Schöpfwerk angeführt. Ein Nachbarschaftszentrum für BewohnerInnen eines Wiener Sozialbaus. <https://www.wohnpartner-wien.at/aktuelles/detail/frisch-saniert-und-neu-eroeffnet-bassena-am-schoepfwerk/>.

³ Ein britisches Fernsehformat, für den österreichischen Raum vom Fernsehsender *ATV Plus* adaptiert. Sozialpädagoginnen suchen Familien mit Erziehungsproblemen zu Hause auf und intervenieren. Die Familien hatten sich vorher dazu bereit erklärt und erhalten eine Aufwandsentschädigung. Die Interventionen der *Super Nanny* werden filmisch begleitet und kommentiert.

⁴ Ein Mann mit 100 Kilogramm Gewicht am Start eines olympischen Laufwettbewerbs hätte zwar Chancengleichheit durch seine Zulassung zum Start, die er durch Verhandlungsgeschick erreicht hat und welches mit ihm trainiert wurde. Dennoch würde er keine Chance auf einen Sieg haben.

Literatur

- Blättner, Beate/Waller, Heiko (2018): *Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Früchtel, Frank (2007): Sozialer Raum und Soziale Arbeit. In: Früchtel, Frank/Cyprian, Gudrun/Budde, Wolfgang (Hg.): *Textbook Theoretische Grundlagen*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 19–36.
- Grawe, Klaus (2004): *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hinte, Wolfgang (2008): Sozialraumorientierung. Prinzipien, Strukturen und Finanzierungsformen. In: *SIÖ 2008/1*, S. 8–13.
- Hinte, Wolfgang (2002): Fälle, Felder und Budgets. Zur Rezeption sozialraumorientierter Ansätze in der Jugendhilfe. In: Merten, Roland (Hg.): *Sozialraumorientierung*. Weinheim/ München: Juventa, S. 16.
- Karlusch, Heinz (2008): Sozialraumsensible Klinische Sozialarbeit. Und was macht der Raum mit uns? In: *Klinische Sozialarbeit, Juli*, S. 4–6.
- Keil, Sabine, (2008): Zur Sozialraumorientierung klinischer Sozialarbeit. In: *Klinische Sozialarbeit, Juli*, S. 6.
- Kessl, Fabian (2007): Wer regiert den Sozialraum. Zur Kritik der pädagogischen Illusionen nahräumlicher Selbstbestimmung? In: *Projekt „Netzwerke im Stadtteil“* (Hg.): *Grenzen des Sozialraums. Kritik eines Konzepts – Perspektiven für Soziale Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 125–145.
- Kessl, Fabian (2006): Sozialer Raum als Fall? In: Galuske Michael/Thole, Werner (Hg.): *Vom Fall zum Management. Neue Methoden der sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 37–54.
- Kessl, Florian/Reutlinger, Christian (2007): *Sozialraum. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Kreuzer, Max (2006): Neue Methoden in der Familienarbeit. In: Galuske, Michael/Thole, Werner (Hg.): *Vom Fall zum Management*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 97–117.
- Lamnek, Siegfried/Luedke, Jens (2002): Studie: Schläge in jeder dritten Familie. http://www-edit.kueichstaett.de/presse/archiv_agora/ausgabe1_03/familie.de (01.09.2019).
- Pantuček, Peter (2012): *Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit*. Wien: Böhlau.
- Roessler, Marianne (2008): Sozialraumorientierte und klinische Sozialarbeit im Dialog. In: *Klinische Sozialarbeit, 2008*, S. 6–8.
- Schörghofer, Josef (2017): „Raum – Klinik“ – Soziale Arbeit in der Sozialpsychiatrie. In: Fürst, Roland/Hinte, Wolfgang (Hg.): *Sozialraumorientierung*. Wien: Facultas, S. 164–178.
- Stoik, Christoph (2008): Sozialraumorientierung – als theoretische Grundlegung der Sozialen Arbeit. In: *SIÖ 2008/1*, S. 14–18.
- Straus, Florian (2005): Soziale Netzwerke und Sozialraumorientierung – Gemeindepsychologische Anmerkungen zur Sozialraumdebatte. In: *Projekt „Netzwerke im Stadtteil“* (Hg.): *Grenzen des Sozialraums. Kritik eines Konzepts – Perspektiven für Soziale Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 73–86.
- Turnell, Andrew/Lohrbach, Sue/Curran, Scott (2008): Working with Involuntary Clients in Child Protection: Lessons from Successful Practice. In: Calder, Martin C. (Hg.): *The carrot or the stick? Towards effective practice with involuntary clients in safeguarding children work*. Lyme Regis: Russel House Publishing, S. 104–119.

Über den Autor

DSA Christian Zajer, MA

www.zajer.at

Hochschullehrer FH Burgenland, Vortragender, Referent, Seminarleiter in freier Praxis.