

Professor Dr. Peter Reinicke ist Sozialarbeiter und Dipl.-Pädagoge und lehrt Sozialarbeit an der Evangelischen Fachhochschule Berlin, Postfach 37 02 55, 14132 Berlin, E-Mail: peter@reinicke.de

Professorin Dr. Heike Dech ist Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie und Klinische Geriatrie, sie lehrt Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin, Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin
E-Mail: dech@asfh-berlin.de

Professor Dr. Helmut Pauls ist Dipl.-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut. Er lehrt unter anderem Theorien der Sozialen Arbeit an der Fachhochschule Coburg, Friedrich-Streib-Straße 2, 96450 Coburg, E-Mail: pauls@fh-coburg.de

Hildegard Hegeler ist Dipl.-Sozialarbeiterin und leitet den Sozialdienst der Geriatrischen Reha-Klinik Haus Cadenbach und des Luisenhospitals, Boxgraben 99, 52064 Aachen
E-Mail: Hildegard.Hegeler@Luisenhospital.de

Professor Dr. Manfred Oster ist Arzt und Diplom-Psychologe, er lehrt Sozialmedizin, Sozialpsychiatrie und Klinische Sozialarbeit an der Hochschule Mannheim, Fakultät für Sozialwesen, Windeckstraße 110, 68163 Mannheim
E-Mail: m.oster@hs-mannheim.de

Professorin Dr. Silke Birgitta Gahleitner ist Dipl.-Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin (A), sie lehrt Klinische Psychologie sowie Sozialarbeit an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin, Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin
E-Mail: gahleitner@asfh-berlin.de

Professorin Dr. Astrid Hettke-Becker ist Erziehungswissenschaftlerin und Gerontologin, sie lehrt Theorie und Praxis Sozialer Arbeit, Klinische Sozialarbeit sowie Soziale Gerontologie an der Hochschule Mannheim, Fakultät für Sozialwesen, Wind Eckstraße 110, 68163 Mannheim
E-Mail: a.hettke-becker@hs-mannheim.de

Antonia Scheib ist Dipl.-Sozialpädagogin und arbeitet in freier Praxis sowie im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit – Altentagesklinik, J 5, 68159 Mannheim, E-Mail: scheib@zi-mannheim.de

Soziale Arbeit

März 2007

56. Jahrgang

| | |
|--|-----|
| Alexander Schneider-Kewenig | 82 |
| Ein preußischer Ministerialdirektor und sein Wirken für die Sozialarbeit | |
| <i>Peter Reinicke, Berlin</i> | |
| DZI-Kolumne | 83 |
| Klinische Sozialarbeit mit alten Menschen | 91 |
| Problemstellungen und Konzepte | |
| <i>Heike Dech, Berlin; Helmut Pauls, Coburg, Hildegard Hegeler, Aachen; Manfred Oster, Mannheim; Silke Birgitta Gahleitner, Berlin; Astrid Hettke-Becker, Mannheim</i> | |
| Aktivierung depressiver alter Menschen | 106 |
| Sozialpädagogische Intervention in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik | |
| <i>Antonia Scheib, Mannheim</i> | |
| Rundschau Allgemeines | 110 |
| Soziales | 111 |
| Gesundheit | 111 |
| Jugend und Familie | 112 |
| Ausbildung und Beruf | 112 |
| Tagungskalender | 113 |
| Bibliographie Zeitschriften | 114 |
| Verlagsbesprechungen | 117 |
| Impressum | 120 |



Eigenverlag
Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen

Alexander Schneider-Kewenig

Ein preußischer Ministerialdirektor und sein Wirken für die Sozialarbeit

Peter Reinicke

Zusammenfassung

Alexander Schneider-Kewenig gehört zu den Persönlichkeiten der Weimarer Republik, die moderne Hilfesätze für sozial Benachteiligte entwickelten. Er war an der Gründung eines Berufsverbandes für Sozialarbeiter beteiligt und übernahm das Amt des Vorsitzenden. Seine Erfahrungen nach 1933 bringen interessante Erkenntnisse über das Vorgehen politischer Machthaber gegenüber Menschen, die in einem demokratischen System Verantwortung für die Gemeinschaft und ihr Wohlergehen trugen. Diese Erkenntnisse erweitern das Wissen über das Wirken der Nationalsozialisten in den Bereichen der Sozialarbeit.

Abstract

Alexander Schneider is one of the personalities of the Weimar Republic who developed modern auxiliary approaches for socially disadvantaged people. He was involved in founding a professional association for social workers and took up his office as chairman. His experiences made after 1933 provide interesting insights into actions taken by political rulers towards people who assumed responsibility for the community and its welfare in a democratic system. These insights extend the knowledge on actions taken by national socialists in the fields of social work.

Schlüsselwörter

Sozialarbeit – historische Entwicklung – soziale Persönlichkeit – Preußen – Verwaltung – Berufsverband – Nationalsozialismus

Einleitung

Vor 125 Jahren wurde *Alexander Schneider-Kewenig* als *Alexander Schneider* geboren. Sein Name ist heute in der Sozialarbeit kaum bekannt, obwohl seine Aktivitäten mit dazu beitragen, dass die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und ihr Wirken einen anerkannten Platz in unserem Gesellschaftssystem einnehmen. Er war als einer der ersten Verwaltungsbeamten an verantwortlicher Stelle für den Sektor Sozialarbeit im Preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt tätig.

Sein katholisches Elternhaus, in dem er am 28. Mai 1881 zur Welt kam, stand in Merzig (Saar). Der Vater *Eugen Schneider*, geboren in Trier, war Jurist, Geheimer Justizrat. Im Spätherbst 1883 wurde dieser Land-



richter in Saarbrücken, im Herbst 1888 Landesgerichtsdirektor am Landesgericht Trier. Ende 1918 ließ er sich in den Ruhestand versetzen. *Alexander Schneider*s Mutter, *Ida Schneider* geborene *Kewenig*, war in Saarlouis zur Welt gekommen.

Ab Ostern 1887 besuchte *Alexander Schneider* „die Privatschule von Bach und Knobloch in der Duttweiler Strasse in St. Johann“, nahe Bitburg, wo er sich innerhalb von drei Jahren auf das Gymnasium vorbereiten konnte. Ostern 1891 wechselte der Schüler an das „Königlich Preußische Friedrich-Wilhelm Gymnasium in Trier, Jesuitenstrasse“. Über seinen Schulbesuch in Trier wird berichtet, dass er die Schule ohne Schwierigkeiten durchlief. „Ich wurde glatt versetzt und bekam im Abiturientenexamen im März 1901 die mündliche Prüfung geschenkt“, schrieb er (*Schneider-Kewenig* o.J.).

Berufsweg

„Ich hatte ursprünglich, nachdem ich den Gedanken, Missionar zu werden, sehr bald fallen gelassen hatte, ... vor, Maschineningenieur oder Architekt zu werden. Mein Vater hatte mir in den Herbstferien vor dem Abitur erklärt, ich könnte werden, was ich wolle; wenn er mir aber raten solle, dann solle ich Jurist werden, denn dazu hätte ich zweifellos eine ausgesprochene Veranlagung. Ich hatte zugehört und geschwiegen“ (*ebd.*). Im Abgangszeugnis vermerkte der Klassenlehrer 1901, dass er „Rechtswissenschaft“ studieren solle. *Alexander Schneider*

äußerte dazu: „Wenn die zwei Männer, die Lebenserfahrung haben und mich am besten beurteilen können, unabhängig voneinander mich zum Juristen stempeln, dann muss das doch wohl stimmen und ich mich über meine Veranlagung täuschen. So bin ich Jurist geworden“ (*ebd.*). Er studierte Jura vom Sommer 1901 bis zum Winter 1902/03 an den Universitäten Bonn, Straßburg, München, Berlin und von Ostern 1903 bis 1904 wieder an der Universität Bonn. 1904 legte er die Erste Juristische Staatsprüfung ab und wurde am 1. Juli 1904 Gerichtsreferendar im Bezirk des Oberlandesgerichts Köln.

Seinen Einjährig-Freiwilligen-Dienst leistete er ab Oktober 1904 im Trierischen Feldartillerie-Regiment Nr. 44 ab. 1905 wurde er mit der Dissertation „Schatz oder Fund?“ an der Universität Leipzig zum Dr. jur. promoviert (*Schneider* 1905). Am 12. Januar 1909 erfolgte die Ernennung zum Gerichtsassessor. Ein Jahr später bestand er die Zweite Juristische Staatsprüfung. *Alexander Schneider* heiratete am 6. Mai 1911 die Tochter des Kölner Oberlandesgerichtspräsidenten, des Wirklichen Geheimen Justizrats *Dr. h. c. Karl Morkramer, Johanna Morkramer*. Sie war am 20. Mai 1887 in Köln geboren und verstarb am 22. Oktober 1982 in Kevelaer. Familie *Schneider* hatte einen Sohn und zwei Töchter. Am 12. Februar 1909 verzog die Familie von Trier nach Köln und wohnte dort mit kurzen Unterbrechungen bis zu ihrem Umzug 1926 nach Berlin.

In Köln wurde *Alexander Schneider* am 12. Januar 1913 Staatsanwalt. Vom 24. April 1914 bis zum Kriegsausbruch im August 1914 war er bei der Oberstaatsanwaltschaft in Köln tätig. Am 3. August 1914 wurde er als Leutnant und Batterieoffizier des Trierischen Feldartillerie-Regiments Nr. 44 zur Armee einberufen. Bis zum 30. November 1918 war er im Militärdienst eingesetzt, wurde dann als Hauptmann und Offizier zur besonderen Verwendung im Stabe des Kommandeurs des Heimatluftschutzes aus dem aktiven Militärdienst entlassen.

Nach der Gründung der Weimarer Republik erfolgte am 26. Februar 1919 seine Wiederaufnahme in den Zivildienst, am 11. Februar 1920 seine Übernahme als Regierungsrat in die allgemeine preußische Staatsverwaltung und schließlich am 27. Oktober 1920 die Ernennung zum Zweiten Mitglied des Bezirksausschusses in Köln auf Lebenszeit. Ab August 1921 war *Dr. Schneider* aushilfsweise im Reichsministerium des Innern, Abteilung für die besetzten Gebiete, beschäftigt. Am 14. Januar 1922 wurde er zum Ministerialrat ernannt. Ab 28. April 1923 war er wieder der Regierung in Köln zum Zwecke der Vertretung

DZI-Kolumne

Umkehrschluss

Statistiken sind Allesköninger: Sie können aufklären und verschleiern, be-, offen- und widerlegen, untermauern und entkräften, Ängste schüren und Hoffnungen nähren, ja geradezu die Phantasie beflügeln. Nehmen wir einmal die gerade veröffentlichte UNICEF-Studie zur Lebenslage von Kindern und Jugendlichen in reichen Ländern. Sie lehrt uns: 43 Prozent der 15-Jährigen in Deutschland geben an, dass ihre Eltern mehrmals pro Woche „einfach so“ mit ihnen reden. Das ist der letzte Platz! „Erschreckendes Ergebnis“ titelten unsere Medien und waren sich einig: „Deutschlands Eltern reden zu wenig mit ihren Kindern!“

Stimmt das?! Mit ein wenig Phantasie – und Erfahrungen mit pubertierenden Kindern – kann man die Statistik auch anders herum lesen: Welche 15-Jährigen sehnen sich denn überhaupt täglich nach eingehenden „Einfach so“-Unterhaltungen mit ihren Eltern?! Die typische Reaktion der Befragungsgruppe auf einen Gesprächsversuch ist doch wohl: „Du nervst!“ – und es folgt das Knallen der Zimmertür.

Also, Deutschland, mehr Phantasie und Gelassenheit! Typische Pubertierende würden die UNICEF-Tabelle ganz anders interpretieren: Ein Horror, wenn wie in Italien und Ungarn an die 90 Prozent der Eltern mehrmals wöchentlich zur kommunikativen Overprotection ansetzen. Die dramatischen Folgen sind aus italienischen B-Movies hinlänglich bekannt: Selbst mit 35 fristen viele italienische Männer noch ein Nesthocker-Dasein an Mamas Herd. Ähnlich katastrophal schnitt Finnland ab: Platz 3 mit 78 Prozent elterlicher Belästigung. Gibt es da nicht – als Spätfolge gewissermaßen – einen Zusammenhang mit der traurigeren Spitzenposition Finlands bei der Selbstmordhäufigkeit?!

Phantasie und Wirklichkeit – Statistiken allein helfen hier nicht weiter. Was wirklich im menschlichen Miteinander zählt, Liebe und Verständnis, ist für Statistiken einfach nicht fassbar. Schade eigentlich.

Burkhard Wilke
wilke@dzi.de

des Regierungspräsidenten überstellt. Im Juni 1924 wurde *Dr. Schneider* von der britischen Militärbehörde wegen Vergehens gegen die Instruktionen der Interalliierten Hohen Rheinland-Kommission angeklagt. Ihm wurde vorgeworfen, als Stellvertreter des Regierungspräsidenten über die Vorbereitung von gefälschten Regie-Franken-Banknoten unterrichtet gewesen zu sein, ohne der Besatzungsbehörde eine Mitteilung gemacht zu haben. Weiterhin soll er einer anderen Person bei der Verteilung von Flugblättern in den besetzten Gebieten Deutschlands behilflich gewesen sein. Es kam zwar zu keiner Verurteilung, aber auf Intervention des Auswärtigen Amtes wurde *Dr. Schneider* im Juli 1924 vom Amt des Stellvertretenden Regierungspräsidenten in Köln entbunden. Am 9. Dezember 1924 zum Regierungsvizepräsidenten in Hildesheim ernannt, nahm er ab Januar 1925 diese Tätigkeit wahr (*Reinicke* 1998, S. 528).

Im Ministerium für Volkswohlfahrt

Während seiner Amtszeit als Regierungsvizepräsident in Hildesheim hielt der Katholische Deutsche Beamtenbund dort im Sommer 1926 eine Tagung ab. *Alexander Schneider* übernahm die Aufgabe, die mehrtägige Veranstaltung zu eröffnen. „Im Laufe der Zeit hatte ich mir angewöhnt, die allgemeinen Begrüßungsworte nicht, wie üblich, auszuspinnen, sondern möglichst kurz zu fassen, dafür aber irgend ein passendes und interessierendes Thema einzuflechten. So fügte ich auch bei dem Katholischen Deutschen Beamtenbund ein paar Sätze über die sozialen Pflichten des christlich eingestellten Beamten seinen Vorgesetzten gegenüber, aber auch seinen Untergebenen gegenüber ein. Damit löste ich – zu meiner völligen Überraschung – einen wahren Orkan begeisterter Zustimmung der ganzen großen Versammlung aus. Selbst der alte, abgeklärte Bischof Ernst kam, sichtlich beeindruckt, auf mich zu, um mir mit Dankesworten die Hand zu drücken“ (*Schneider-Kewenig* o.J.).

Diese Rede in Hildesheim hatte nach seinen Worten „... für mein weiteres Geschick ausschlaggebende Bedeutung“ (ebd.). Sein Vorgesetzter, der Jurist und Regierungspräsident *Dr. Carl von Halfern* (1873-1937) übermittelte ihm, dass ihn „maßgebende Kreise“ für eine Tätigkeit im Preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt vorgeschlagen hätten. Er solle ihn fragen, ob er bereit sei, eine Stelle als Ministerialdirektor anzunehmen. *Alexander Schneider* stimmte zu. Sein Vorgänger war *Erich Klausener*, der diese Aufgabe am 1. Januar 1925 übernommen hatte und nun in das Innenministerium wechseln sollte. *Klausener* gehörte zu den entschiedenen Gegnern der Nationalsozialisten, die ihn 1934 im Zusammenhang mit

dem Röhm-Putsch ermordeten. *Alexander Schneider* übernahm am 18. Oktober 1926 die neue Aufgabe im Ministerium kommissarisch (*Amtsblatt* 1926, Sp 1029), seine Berufung zum Ministerialdirektor erfolgte am 1. Dezember 1926. Das Preußische Ministerium für Volkswohlfahrt gliederte sich in drei Abteilungen:

- ▲ Abteilung I: Medizinal-Abteilung,
- ▲ Abteilung II: Wohn- und Siedlungswesen,
- ▲ Abteilung III: Allgemeine Volkswohlfahrt.

Die Leitung des Ministeriums lag in den Händen des Ministers, eines Unterstaatssekretärs (später Staatssekretärs) und dreier Ministerialdirektoren (*Marcus* 2000). Der Wunsch, ein Ministerium für Volkswohlfahrt zu gründen, bestand schon vor der Novemberrevolution 1918. Zur Realisierung kam es aber erst bei der ersten Regierungsbildung 1919 in der Weimarer Republik (*Hering* 2003, S. 86). Nach einer Darstellung *Alexander Schneiders* umfasste seine Abteilung „den ganzen sozialen Sektor Preußens, also, um nur einige Zweige zu nennen, die öffentliche und private Fürsorge in allen Sparten, das Krankenassen- und Notstandsarbeiten, Jugendpflege, Sport, Wohlfahrtslotterie und Wohlfahrtsmarken, Soziale Frauenschulen und vieles andere mehr. Mit 18 Referaten war meine Abteilung die Größte in Preußen“ (*Schneider-Kewenig* o.J.). Zu seinen Mitarbeiterinnen gehörte unter anderem *Helene Weber* (1881-1962), die „die Angelegenheiten der Sozialen Frauenschulen, der Sozialbeamten und der Jugendfürsorge“ wahrnahm. *Meta Kraus* geb. *Fessel* war für den Bereich „der Kleinkinderfürsorge und der Fürsorge für die sittlich gefährdete weibliche Jugend“ zuständig und *Dr. Anna Mayer* (1882-1937) betreute laut Geschäftsverteilungsplan 1927 die Aufgabenfelder „Kleinkinder-, Jugend- und Gefährdetenfürsorge sowie ... soziale Schwangeren-, Mütter- und Säuglingsfürsorge“ (*Reinicke* 1998, S. 385-386).

Interessant für heute ist – bereits bei der Beantragung der Stellen hatte Minister *Adam Stegerwald* (1874-1945) ausdrücklich darauf hingewiesen –, dass er diese Stellen mit Frauen besetzen wolle und daher Positionen für „Regierungsräinnen“ beantragte, was beim Finanzminister auf Ablehnung stieß. Dieser schrieb, dass ihm nicht bekannt sei, dass sich die Anstellung von Referentinnen bisher als notwendig erwiesen habe, und er vertrete die Auffassung, dass allenfalls eine Anstellung im Privatdienstvertrag und nur im allerengsten Rahmen infrage komme, doch Minister *Stegerwald*, Zentrum, setzte sich durch.

Alexander Schneider wurde eine weitere Funktion übertragen, und zwar die des „Preußischen Staatskommissars für die Regelung der Wohlfahrtspflege“. Diesen Namen führte die Institution ab 24. Juni 1922 (vorher Kriegswohlfahrtspflege, 1915 gegründet (Marcus 2007). Die Aufgabe dieser Einrichtung war die staatliche Aufsicht, Genehmigung und Kontrolle der Sammlungs- und Spendenaktionen zugunsten Hilfesuchender. Bis zur Schaffung dieser Kontrollinstanz 1915 gab es keine Regelungen, die Sammel- oder Spendenaktionen überwachten und einen Missbrauch verhinderten. Aufgabe im Ersten Weltkrieg war das Sammeln zu Wohlfahrtszwecken durch staatliche Maßnahmen. Diese wurden für Menschen benötigt, die durch den Krieg „hilfsbedürftig und notleidend“ geworden waren. Der Staatskommissar genehmigte und überwachte die Sammlungen von Privatpersonen, Vereinen und der Freien Wohlfahrtspflege. Es war die erste staatliche Einrichtung, die für diese Aufgaben geschaffen wurde. Am 21. Mai 1920 wurde dieser Aufgabenbereich vom Ministerium des Innern an das Ministerium für Volkswohlfahrt übertragen. Bis zum 1. November 1934 gab es diesen Aufgabenbereich, danach entfiel er. „Das Personal des Staatskommissars bestand aus zwei, später vier Ministerialbeamten und zwei Bürokräften. Daneben wurden weitere nebenamtliche Mitarbeiter beschäftigt, die kaufmännisch oder juristisch geschult waren ... Sie wurden aus Gebühreneinnahmen bezahlt“ (Marcus 2007).

Alexander Schneider nahm weitere Aufgaben im Rahmen seiner Ministeriumstätigkeit wahr, unter anderem als Vertreter des Ministers für Volkswohlfahrt im Landesgesundheitsrat, Mitglied im Reichsgesundheitsrat und als „Preußischer Bevollmächtigter im Reichsrat“. Während seiner Amtszeit fielen wichtige Entscheidungen. Ein Beispiel ist das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, das 1927 verabschiedet wurde. Es regelte erstmalig die Zuständigkeit der Gesundheits- und Jugendbehörden für den betroffenen Personenkreis, die bis dahin bei der Polizei als Ordnungsbehörde lag. Außerdem wurde die soziale Betreuung durch Wohlfahrtspflegerinnen eingeführt, die den Betroffenen persönliche und soziale Hilfe gewähren sollten. Zwar lag der Kontrolle noch kein solches Verständnis zugrunde, wie es heute vertreten wird, aber das Beratungsangebot durch qualifizierte Fachkräfte war ein wichtiger Schritt der Herauslösung dieses Aufgabenbereiches aus einer einseitigen Sicht der Diskriminierung der betroffenen Frauen. Eine weitere Veränderung bewirkte *Schneider* in seinem Aufgabenbereich durch ein Gesetz über die Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung (AVAVG) 1927.

Hier wurde erstmalig eine rechtliche Regelung für den Sektor der Arbeitslosigkeit, der Berufsberatung und anderes mehr geschaffen. Arbeitsämter wurden im gesamten Deutschen Reich aufgebaut. Die privaten Stellenvermittlungen, wie zum Beispiel für Sozialarbeiterinnen an den Ausbildungsstätten oder bei den Berufsverbänden, wurden geschlossen.

Die Erholungs- und Heilfürsorge

1917 war unter dem „Protektorat der Kaiserin Auguste Victoria eine Organisation geschaffen worden, die unterernährte Kinder aus den Großstädten auf das Land brachte, wo sie einige Wochen in guter Luft und bei kräftiger Kost sich erholen und neue Kräfte sammeln konnten“ (Schneider-Kewenig o.J.). Es war die Einrichtung „Landaufenthalt für Stadtkinder e.V.“, Reichszentrale für die Vermittlung von Landaufenthalt. *Alexander Schneider* wurde nach seinem Amtsantritt Vorsitzender dieses Vereins. Diese Organisation war nach dem Ersten Weltkrieg beibehalten worden. „Inzwischen hatten die Städte, die Provinzen, die Krankenkassen, die Caritas, die Innere Mission, das Rote Kreuz und andere hunderte von großen und kleinen, schönen, gut geleiteten Heimen verschiedenen Typs im Gebirge, an der See, in Badeorten und in waldreichen Gegenden geschaffen für schwächliche, anfällige, zurückgebliebene, kränkliche und erholungsbedürftige Kinder. Nur wurden die Kinder plan- und wahllos von den Kommunen und Organisationen in ihre eigenen Heime gebracht“ (ebd.). *Alexander Schneider* gelang es, so schreibt er, „alle mit diesen Fragen befassten Organisationen, Caritas, Innere Mission, Rotes Kreuz, Arbeiterwohlfahrt, Judenverband, Einsteinverband, Städtetag, Landkreistag, Landgemeindetag, die Preußischen Provinzen, die Krankenkassenverbände, die Versicherungsträger und anderes mehr zusammenzufassen und für ein Zusammenarbeiten nach einheitlichen Grundsätzen zu gewinnen“ (ebd.).

Unter seinem Vorsitz entstand die „Reichszentrale für die Entsendung von Kindern zum Erholungsaufenthalt“, der 76 Spitzenverbände angehörten. Das Arbeitsgebiet des Vereins umfasste: „Planmäßige Verteilung der Aufnahmekreise für Landaufenthalt an den Entsendestellen; Aufstellung von Richtlinien für die Auswahl, Beförderung, Begleitung und Unterbringung der Kinder sowie verkehrstechnische Zusammenfassung der Kinderentsendung; Vermittlung einer weitgehenden Fahrpreisermäßigung und einer Versicherung der Kinder, Begleitung und Betreuungspersonen gegen Unfall und Haftpflicht; Förderung eines Ausgleichs bei der Heimbelegung; Vermittelung finanzieller Beihilfen aus öffentlichen Mitteln sowie die Unterstützung des Austausches

von erholungsbedürftigen Kindern mit den außer-deutschen Staaten die hinsichtlich Fahrpreisermäßigung usw. Gegenseitigkeit verbürgen. Über alle im Deutschen Reiche bestehenden Heil-, Genesungs- und Erholungsanstalten führt der Verein eine Reichskartothek" (Schneider 1929, S. 449-450). Für diese Leistungen verlieh ihm der Reichspräsident von Hindenburg das Ehrenkreuz II. Klasse des Deutschen Roten Kreuzes und er wurde in den Vorstand des Preußischen Roten Kreuzes gewählt. „Die augenfälligen Erfolge der spezialisierten Gesundheitsfürsorge führten dazu, nunmehr auch die deutschen Kinder im Ausland in die Betreuung einzubeziehen. Wir nahmen Verbindung mit den gesundheitsfürsorgerischen Organisationen in Österreich, in Ungarn, in der Schweiz, in Dänemark und in anderen Ländern auf ... Selbst der antideutsche Westmarkenverein in Polen schloss sich uns an" (Schneider-Kewenig o.J.).

Gründung von Berufsverbänden

Sozialarbeiterinnen gründeten am 11. November 1916 ihren ersten Berufsverband, den Katholischen Verband der Sozialbeamten, ihm folgten am 28. November 1916 der Deutsche Verband der Sozialbeamten (DVS) und am 25. Januar 1921 der Verband evangelischer Wohlfahrtspflegerinnen, deren Vorgängerinnen sich im Interessenverband Berufsarbeiterinnen der Inneren Mission zusammengeschlossen hatten.

Vorsitz im Verband katholischer deutscher Sozialbeamten

Die männlichen Kollegen, deren erste Ausbildungsstätte, das Seminar für Jugendwohlfahrt, in Berlin 1923 unter der Leitung von Carl Mennicke (1887-1959) errichtet wurde (Reinicke 1987), gründeten im Mai 1926 ihren ersten Berufsverband, den Bund deutscher Sozialbeamten (BDS).

Im Bereich der konfessionell gebundenen Sozialarbeiter waren es die Katholiken, die den Aufbau einer Berufsorganisation anstrebten. Persönlichkeiten des katholischen Deutschland bemühten sich in einer Besprechung am 20. Dezember 1928 darum, einen besonderen Zusammenschluss der katholischen männlichen Wohlfahrtspfleger im Deutschen Reich aufzubauen. Der Vertreter des Deutschen Caritasverbandes in Berlin, Heinrich Wienken (1883-1961), schrieb am 10. Januar 1929 einen Brief an alle Diözesan-Caritasverbände, „nunmehr (sei) der Zeitpunkt gekommen ... mit einem Aufruf zu einem bündischen Zusammenschluss an die im sozialen Berufe stehenden männlichen Personen im Deutschen Reiche heranzutreten“ (Reinicke 1990, S.167). Interessant ist, auch für heute, welche künftigen Mitglieder für die

berufspolitische Arbeit gewonnen werden sollten.

Vier Hauptgruppen wurden aufgezählt:

- ▲ die Gruppe der Beamten bei öffentlichen Behörden (Kommunen, Ländern, Reich);
- ▲ die Gruppe der in der privaten Wohlfahrtspflege Angestellten, soweit sie Laien sind;
- ▲ die Gruppe der Geistlichen (Weltpriester und Ordensleute), die hauptsächlich in der Wohlfahrtspflege tätig sind;
- ▲ die Gruppe der zu dieser Zeit auf den Wohlfahrtsschulen, Seminaren und Universitäten in der Ausbildung befindlichen Schüler und Studenten, die später ja den entscheidenden Nachwuchs für den zu gründenden Bund bildeten.

Neben diesen Hauptgruppen seien ferner noch viele Einzelpersönlichkeiten, insbesondere Professoren und Dozenten der betreffenden Universitäten und anderer Instituten, Leiter der Wohlfahrtsschulen, höchste Beamte (Minister der Sozialfürsorge) und auch Politiker zu interessieren. Für die Aufgaben des Verbandes sollten „neben dem Bedürfnis nach gegenseitiger ideeller Förderung (weltanschauliche Vertiefung, Ausbildungsfragen, Teilverfahren in den einzelnen Berufszweigen und anderes mehr) auch das materielle Programm (Stellenvermittlung, Anstellung und Gehaltsfragen) eine Rolle spielen“ (ebd., S. 167). Die Gründungsversammlung fand auf dem 29. Deutschen Caritastag in Freiburg im Breisgau statt.

Gründe für den Aufbau einer eigenen katholischen Berufsvertretung für Sozialarbeiter wurden darin gesehen, „dass der katholische Gedanke die Grundlage für den Zusammenschluss und für unsere Arbeit sein soll“, formulierte Hermann Bolzau (1883-1946) in seinem Einführungsreferat am 1. September 1929 (ebd., S.167-168). Eine weitere Aussage, die die Position unterstützte, war, sich nicht einem „interkonfessionellen Bunde anzutrauen“, da Sozialarbeit „weit mehr als eine bloße Versorgung mit materiellen Gütern ist“ und diese nicht „auf neutraler Grundlage zu leisten“ sei. Und die evangelisch gebundenen Sozialarbeiter planten zu dieser Zeit auch die Gründung eines eigenen Verbandes, die im November 1930 realisiert werden konnte. Ein nicht zu unterschätzendes Argument für die Gründung wurde angeführt, welches auch heute weiterhin Bestand hat. „Jeder, der ... die Verhältnisse in der deutschen Wohlfahrtspflege kennt, wird zugeben, dass man nur dann gehört wird, wenn man eine eigene Organisation hinter sich hat“ (ebd.). Vorsitzender des Berufsverbandes wurde auf der Gründungsversammlung Ministerialdirektor Dr. Alexander Schneider, Geschäftsführer anfangs Heinrich Wienken, später Franz Kloidt (1897-1968). Die Geschäftsstelle befand

sich in Berlin-Mitte, Oranienburger Strasse 13/14.

Mitglied werden konnten katholische Sozialbeamte, die hauptberuflich in der Sozialen Arbeit tätig waren. Voraussetzung war „der Nachweis der staatlichen Anerkennung als Wohlfahrtspfleger (Sozialbeamter, Fürsorger) oder einer fachlichen Berufsausbildung oder einer mindestens zweijährigen hauptamtlichen sozialen Berufstätigkeit“ (ebd., S.168). Ein für die damalige Zeit moderner Schritt war, dass in der Ausbildung stehende soziale Kräfte dem Verbande als außerordentliche Mitglieder mit beratender Stimme beitreten konnten. Zur Unterstützung der Verbandsarbeit wurden Ortsgruppen gebildet, die in Augsburg, Berlin, Breslau, Koblenz, Köln, Mainz, München, Münster, Oppeln, Ratibor und Trier entstanden. Die erste gegründete Ortsgruppe war Berlin, ihr gehörten 40 Mitglieder im Jahr 1931 an. Den Vorsitz übernahm auch hier Ministerialdirektor *Dr. Alexander Schneider*.

Monatlich wurden Treffen veranstaltet, in deren Mittelpunkt Referate zu aktuellen Themen, beispielsweise Entwicklung und Aufgaben der Arbeitsämter, insbesondere der Arbeitslosenversicherung (1929/1930), Großstadterziehung (1931), Gegenwartsfragen der freien Anstaltsfürsorge, Wohlfahrtspflege und Eugenik (1932) standen. Eine wichtige Funktion des Verbandes war zudem, sich um die Nachqualifizierung der in der Wohlfahrtspflege Tätigen zu bemühen. 1927 wurde für Männer in der Wohlfahrtspflege die vorläufige staatliche Anerkennung erlassen und damit die Möglichkeit geschaffen, analog zu den Frauen durch einen Antrag an einer Nachqualifizierungsmaßnahme in Berlin teilzunehmen. Nach einem erfolgreichen Abschluss erfüllten die Teilnehmer die Voraussetzung für den Erwerb der staatlichen Anerkennung als Wohlfahrtspfleger (Fürsorger, Sozialbeamter). Zusammenarbeit ergab sich mit dem Verein katholischer deutscher Sozialbeamterinnen und mit den katholischen Wohlfahrtsschulen in Aachen und Freiburg, die ebenfalls Männer ausbildeten. Auf der Hauptversammlung am 3. September 1932 in Essen beschloss die Versammlung, der Union Catholique Internationale de Service Social beizutreten.

Verbandsarbeit

Die Mitglieder des Berufsverbandes waren über ganz Deutschland verteilt. Ihre Information wurde anfangs durch die Versendung von Rundbriefen verbreitet. Das erste Rundschreiben ist aus dem Januar 1930 bekannt. Ende September 1931 beschloss der Vorstand, monatlich ein Nachrichtenblatt zu versenden, in dem Aktivitäten des Gesamtvorstandes, einzelner Gruppen, wichtige Hinweise aus dem Gebiet der Wohlfahrtspflege, Hinweise auf andere Zeitschriften

mit interessanten Aufsätzen, Neuerscheinungen einschlägiger Fachliteratur und Berichte über Vorträge in den Ortsgruppen dargestellt werden sollten. Ein Ziel war auch, das Nachrichtenblatt „zu gleicher Zeit als Propagandamittel“ zu benutzen.

Am 12. November 1931 erschien erstmalig das „Nachrichtenblatt katholischer deutscher Sozialbeamter“ und löste damit die bisherigen Rundschreiben ab. Ein monatliches Erscheinen konnte nicht eingehalten werden. Bis April 1933 erschienen insgesamt neun Ausgaben. In der kurzen Zeit des Bestehens der Organisation gab es neben der Gründungsversammlung 1929 nur eine weitere Hauptversammlung am 3. September 1932 anlässlich des Katholikentages in Essen. Im Mittelpunkt stand hier die Aktivierung und Vergrößerung des Verbandes. „Ministerialdirektor Dr. Alexander Schneider wies darauf hin, dass die Arbeit zur Vergrößerung des Verbandes bislang über die Caritasdirektoren gegangen sei. Man hätte aber feststellen müssen, dass diese sehr überlastet seien und so nicht zum richtigen Einsatz kämen“ (ebd., S.171). Vorgeschlagen wurde, eine „Freizeit“ mit katholischen Sozialarbeitern aus dem Deutschen Reich durchzuführen. In dieser Veranstaltung, geplant war sie vom 4. bis zum 7. Januar 1933 in Bad Saarow bei Berlin, sollte für eine aktive Mitgliedschaft geworben werden. Vorgesehene Themen waren unter anderem: „Wohlfahrtsstaat, Wohlfahrtspflege, Wohltätigkeit in den staatspolitischen Strömungen der Gegenwart“ mit dem Referenten *Dr. Franz Xaver Rappenecker*, Leiter des Seminars für Wohlfahrtspfleger des DCV in Freiburg, und „Die Stellung des Sozialbeamten im öffentlichen Leben“ mit dem Referenten Landesrat *Walther Paduch*, Ratibor. Die Tagung fand, vermutlich wegen der politischen Ereignisse, nicht statt (ebd., S.167).

Entwicklung nach 1933

Im April 1933 berichtete der Vorstand im Nachrichtenblatt des Verbandes über seine Aktivitäten: „Infolge der schweren politischen Wirren der letzten Monate war es nicht möglich, die Herausgabe des Nachrichtenblattes in der geplanten Form durchzuführen. Seit dem Erscheinen der letzten Nummer“ (sie erschien am 4. November 1932) „hat sich in der Wohlfahrtspflege manches geändert, was nicht ohne einschneidende und tiefgreifende Wirkung auch beim katholischen Sozialbeamtentum geblieben ist. Die monatlichen Vereinsarbeiten konnten jedoch im gewohnten Rahmen durchgeführt werden. Der Vorstand glaubt, dass jetzt mit der langsamen Befriedigung der Verhältnisse auch die Arbeit an der Vergrößerung und Vertiefung des katholischen Sozialbeamtenverbandes Aufschwung und Fortschritt nehmen

kann. Vor dem Rausch der Feste und Paraden der vergangenen Wochen ist die bittere Not des Lebens und der Zeit für einen Augenblick zurückgetreten. Sie kommt jetzt desto drückender und schmerzlicher zurück. Der katholische Sozialbeamte, dessen Tätigkeit fern von jeder großen Politik im opferwilligen Dienste am leidenden Mitmenschen verläuft, wird unberührt von persönlichen Interessen und äußerem politischen Verschiebungen seine schwere Arbeit weiterhin tun mit dem inneren Bestreben, von der Nächstenliebe der heiligen katholischen Kirche her dem notleidenden und ringenden deutschen Menschen zu helfen und ihn zu stützen" (*ebd.*, S. 167). Die letzte Sitzung aller Vorstandsmitglieder fand Anfang 1933 statt, danach brach der Kontakt untereinander ab. Eine eigenständige berufspolitische Tätigkeit ließen die politischen Verhältnisse nicht mehr zu. *Alexander Schneider* schrieb in seinem Tagebuch im Zusammenhang mit Angriffen der neuen politischen Machthaber gegen ihn: „Zuerst wurde der Reichsverband katholischer Deutscher Sozialbeamten, dessen Vorsitz ich führte, von Staatswegen aufgelöst“ (*Schneider-Kewenig o.J.*).

Letzte Hinweise über das Wirken *Alexander Schneiders* im Verband katholischer deutscher Sozialbeamter sind im Juli 1933 zu finden. Vertreter des Deutschen Caritasverbandes setzten sich mit der Forderung der Nationalsozialisten an die Berufsverbände, sich der Deutschen Arbeitsfront (DAF) anzuschließen, auseinander. In einem Brief vom 27. Juli 1933 schrieb *Heinrich Wienken* an Caritasdirektor *Kuno Joerger* (1893-1858) in Freiburg: „Herr Ministerialdirektor Schneider hat inzwischen den Vorsitz des Verbandes der katholischen Sozialbeamten niedergelegt. Damit ist nun die Bahn für die Neuorganisation des Verbandes freigemacht worden. Ich werde in diesen Tagen mit Herrn Präsident Kreutz darüber beraten, in welcher Form nun am Zweckmäßigsten die katholischen sozialen Kräfte in die Arbeitsfront eingegliedert werden ... Es geht vorläufig noch alles durcheinander. Hoffentlich wird bald eine endgültige Klärung kommen“ (*Reinicke 1990*). Die von *Heinrich Wienken* angedeutete Eingliederung des Verbandes in die DAF „ist nicht endgültig nachgewiesen. Auch die Akten über die Verhandlung mit der DAF geben darüber keinen Aufschluss“ (*ebd.*).

Weitere Aktivitäten in Berlin

Anfang 1929 wurde *Alexander Schneider* zum Ersten Vorsitzenden des Caritasverbandes für Berlin und das Bistum Berlin berufen. Der Bischofssitz war damals Breslau. „In Berlin hatte immer ein Laie den Vorsitz im Caritasverband geführt“, so *Alexander Schneider*, „weil er bei den evangelisch und freigeis-

tig eingestellten Berliner Behörden mehr erreichen konnte als ein katholischer Geistlicher“ (*Schneider-Kewenig o.J.*). Die beiden Ämter, Vorsitzender des Berufsverbandes und des Caritasverbandes, „brachten es mit sich, dass ich viel mehr in der großen Öffentlichkeit bekannt wurde als durch mein Amt. Auch war eine engere Verbindung mit dem Berliner Bischof und dem päpstlichen Nuntius die Folge“ (*ebd.*). Den Vorsitz im Caritasverband legte *Alexander Schneider* 1934 nieder, verblieb aber im Vorstand. In der katholischen Herz-Jesu-Gemeinde Charlottenburg übernahm er ein Amt im Kirchenvorstand. Er war Mitglied der Deutschen Zentrumspartei, Mitherausgeber der von *Hermann Adolf Griesbach* (1854-1941) im Jahr 1900 gegründeten Zeitschrift „*Gesunde Jugend*“ des Allgemeinen Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege und von 1932 bis etwa 1935 Vorsitzender der in Berlin gegründeten Arbeitsgemeinschaft Bücherhilfe für Erwerbslose – Geistige Winterhilfe. Im 1929 von *Julia Dünner* herausgegebenen Handwörterbuch der Wohlfahrtspflege veröffentlichte er die Artikel „*Landaufenthalt für Stadtkinder e.V.*“ und „*Sozialministerien der Länder*“.

Die politischen Veränderungen

Am 20. Juli 1932 wurde die preußische Regierung „durch ein staatsstreichartiges Manöver“ abgesetzt. „Drahtzieher des sogenannten Preußenschlages war Reichsminister Kurt von Schleicher... Durch eine Notverordnung aufgrund von Artikel 48 Abs.1 und 2 der Weimarer Verfassung wurde Reichskanzler von Papen zum Reichskommissar für das Land Preußen ernannt. ... Damit war die geschäftsführende preußische Regierung faktisch für abgesetzt erklärt worden“ (*Marcus 2000*). In einer Sitzung vom 28. auf den 29. Oktober 1932 wurde beschlossen, die Zuständigkeiten des Ministeriums für Volkswohlfahrt auf andere Ministerien, das Ministerium des Innern sowie das Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung zu übertragen (*ebd.*), die Auflösung geschah zum 30. November 1932.

„Meine Abteilung wurde aufgeteilt und kam an verschiedene Ministerien, so die Jugendpflege und der Sport an das Preußische Kultusministerium. Die Arbeitslosenfragen und die Notstandsarbeit übernahm das Reichsarbeitsministerium, das inzwischen durch die Schaffung von Arbeitsämtern einen eigenen Unterbau erhalten hatte. Andere Referate fielen an das Preußische Innenministerium, an das Reichswirtschaftsministerium und andere. Aber nirgendwo blieben sechs meiner bisherigen Referenten zusammen. Der Ministerialdirektor wurde aber in Preußen nur dann in ein anderes Ministerium übernommen, wenn mindestens sechs seiner bisherigen Referen-

ten zusammenblieben. Mithin musste ich bei Auflösung des Ministeriums zur Disposition gestellt werden. Damals sagte man dafür „Versetzung in den einstweiligen Ruhestand“ (Schneider-Kewenig o.J.). Minister *Hirtsiefer* teilte *Alexander Schneider* bei der Abschiedsfeier im Ministerium mit, er werde nicht lange im einstweiligen Ruhestand verbringen. Das Kabinett habe ihn „bereits für die erste freiwerdende Stelle als Staatssekretär oder Ministerialdirektor ausersehen... Die Aussicht auf ein paar Wochen oder Monate Ausspannung war mir höchst angenehm. Ich ahnte nicht, dass infolge der kommenden Ereignisse meine Beamtenlaufbahn am 30. November 1932 endgültig zu Ende war“ (ebd.). Die neuen Machthaber benötigten *Alexander Schneider* nicht mehr. „Im Juni oder Juli 1933...“, er war 51 Jahre alt, erhielt er „... einen „blauen Brief“ des Preußischen Finanzministers, demzufolge ich ohne Grundangabe in den dauernden Ruhestand abgeschoben worden war. Man konnte eben einen Beamten wie mich in der neuen Zeit nicht mehr brauchen“ (ebd.).

Diskriminierungsversuche durch die Nationalsozialisten

Im Februar 1933 kehrte *Alexander Schneider* nach Berlin zurück. Er hatte vom Finanzminister ein Schreiben erhalten, „dass inzwischen gegen mich ein förmliches Disziplinarverfahren eröffnet worden war“ (ebd.). Die Eindrücke, die er aus seiner Sicht über Berlin nach der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten schildert, sind interessant. Nach seiner Beobachtung „hatte sich dort das Straßenbild sehr erheblich verändert. Ständig ertönte Marschmusik und der Marschschritt der braunen Kolonnen, überall hing die rote Hakenkreuzfahne, überall traf man auf Gestalten in braunen Uniformen. Viele Übergriffe, Ungerechtigkeiten und Gewalttätigkeiten gegen Andersdenkende wurden bekannt. Doch hielt man sie zunächst nur für Kinderkrankheiten des neuen Regimes im ersten Machtrausch, die wohl von der Führung bald abgestellt werden würden. Das geschah aber nicht. Im Gegenteil. Die Messerhelden in der SA gingen straflos aus, und das Auftreten der braunen Horden wurde immer anmaßender und rücksichtsloser. Sehr bald war klar, dass die NSDAP keine politische Partei im demokratischen Sinne war, sondern die Willkürherrschaft einer despotischen Machtgruppe unter demagogischer Führung“ (ebd.). *Alexander Schneider* ging in seinem Tagebuch auf einen weiteren Aspekt ein. „Ein scharfer, auf Vernichtung abzielender Kampf gegen die beiden christlichen Konfessionen und vor allem gegen die Juden setzte ein. In zynischer Weise wurden die bisherigen Staatsmänner der sogenannten „Systemzeit“ in Reden, Presse und im Rundfunk als un-

fähig, korrupt, als charakterlich minderwertig und als krasse Egoisten heruntergerissen, um dem neuen System und seinen Vertretern umso glänzendere Vorschüllerbeeren weihen zu können. Auch ich sollte sehr bald die Faust der neuen Machthaber zu spüren bekommen“ (ebd.).

Die Vorgehensweise gegen Beamte aus dem ehemaligen Preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt sind bisher in der Fachpresse kaum behandelt worden. Kenntnisse darüber sind bedeutsam, da sie zeigen, wie man mit Menschen umgehen kann, deren Haltung und Gesinnung einem politischen System nicht genehm sind. Man bemühte sich, sie durch Verächtigungen zu diskriminieren, durch üble Nachreden, durch Pressekampagnen, aber auch durch Prozesse und die damit verbundenen Verfahren. *Alexander Schneider* erlebte, dass ihm 76 Fälle von Fehlverhalten während seiner Amtszeit als Ministerialdirektor vorgeworfen wurden, für die er sich rechtfertigen musste. Vorhaltungen waren unter anderem, dass er Gelder zweckentfremdet verwendet habe, dass er auf Staatskosten Vergnügungsreisen unternommen habe und seine Familie kostenlos mitreisen ließ.

In diese Vorgänge wurde die Presse einbezogen. „Besonders übel und bedrückend war die Einspannung der Presse gegen mich. Sobald eine Beschuldigung der Staatsanwaltschaft zugeleitet wurde, erschienen in der nationalsozialistischen Tagespresse Artikel, in denen die Beschuldigung als erwiesene Tatsache hingestellt und ich als „korrupter, gewissenloser, sich auf Staatskosten bereichernder Zentrumsbonze“ angeprangert wurde. Wenn ich dann bei meiner Vernehmung den Fall klargestellt hatte, so schwiegen sich die Zeitungen darüber restlos aus“ (ebd.). Nach langen Voruntersuchungen kam es im Juni 1934 zur Hauptverhandlung gegen Minister a.D. *Heinrich Hirtsiefer*, Staatssekretär *Adolf Scheidt*, Ministerialdirektor *Alexander Schneider* und drei weitere ehemalige Mitarbeiter. Ende August 1934 wurde das Urteil gesprochen: „Sämtliche sechs Angeklagte werden freigesprochen. Die Kosten des Verfahrens trägt die Staatskasse.“ In der Begründung führte der Vorsitzende aus: „Auch der politische Gegner steht unter dem geltenden Gesetz und hat daher Anspruch auf Freisprechung, wenn er sich im strafrechtlichen Sinne nichts hat zu Schulden kommen lassen“ (ebd.). *Alexander Schneider* fährt in seinem Bericht über den Prozess fort: „Dass wir so davon gekommen sind, ist nur dem Umstand zuzuschreiben, dass 1934 das deutsche Richtertum noch seine Unabhängigkeit gegenüber dem Drängen der NSDAP zu wahren wusste“ (ebd.).

Seinen Doppelnamen „*Schneider-Kewenig*“ führten er und seine Familie seit 1935, nach Abschluss der Prozesse. „Während der Voruntersuchungen hatte ich 1933 einmal erklärt, man habe mir meinen guten Namen ‚Schneider‘ in der Öffentlichkeit derart heruntergerissen, dass ich unter diesem Namen keine Existenz mehr aufbauen könne. Deshalb solle man zum Ausgleich, wenn alle Verfahren ausnahmslos zu meinen Gunsten auslaufen sollten, den Mädchennamen meiner Mutter ‚Kewenig‘ meinem Namen ‚Schneider‘ anfügen. Ungefähr drei Wochen nach dem Abschluss des Disziplinarverfahrens erhielt ich im November 1935 die Mitteilung, dass ich, meine Frau und meine minderjährigen Kinder fortan den Namen ‚Schneider-Kewenig‘ zu führen hätten“ (ebd.). Diese Entscheidung wurde umgesetzt. In seiner Geburtsurkunde „ist am Geburteintrag ein Randvermerk über eine Namensänderung eingetragen. Seit 15. November 1935 führte er den Familiennamen ‚Schneider-Kewenig‘, lautet ein Hinweis des Standesamtes Merzig (Schreiben 1989).

Wirken nach 1935

Mit einem seiner Schwiegersöhne, der ebenfalls nach 1933 aus dem Staatsdienst ausscheiden musste, gründete *Schneider-Kewenig* 1935 eine Grundstücks- und Hypothekenvermittlung als offene Handelsgesellschaft, aus der er Anfang 1937 wieder ausschied. Er beschäftigte sich aus Interesse, ausgehend von seinen Erfahrungen im Bereich der Erholungsmaßnahmen für Kinder, mit „Fragen auf biologischem Gebiet“. Im Austausch mit anderen entwickelte er „ein komplettes landwirtschaftliches Programm auf biologischer Grundlage“. Für die Umsetzung dieser Ideen fand er einen Partner, „der ihm seine Ländereien im Kreise Deutsch Krone im Regierungsbezirk Schneidemühl zur Verfügung stellte, nämlich die aneinander grenzenden Rittergüter Schlossgut Märkisch Friedland und Wilhelmsfeld“ (ebd.). *Schneider-Kewenig* übernahm die Leitung der Güter und arbeitete dort nach seinen Methoden bis 1945. Am Ende des Zweiten Weltkrieges musste er mit seinen Angehörigen flüchten und kehrte über mehrere Stationen 1951 nach Köln zurück, wo er einst seine berufliche Laufbahn begonnen hatte. Am 11. Februar 1963 verstarb *Alexander Schneider-Kewenig* in Köln.

Literatur

- Amtsblatt** und Halbmonatsschrift des Preußischen Ministeriums für Volkswirtschaft 1926, Sp. 1029
- Hering, Sabine:** Die Zentralstelle für Volkswirtschaft. In: Soziale Arbeit 3/2003, S. 86
- Marcus, Paul:** Das Preußische Ministerium für Volkswirtschaft. In: Archivalische Zeitschrift 83/2000
- Marcus, Paul:** Der Preußische Staatskommissar für die Regelung der Wohlfahrtspflege. In: www.gsta.spk-berlin.de/downloads/StaRW.pdf (Abruf am 12. 2. 2007)
- Reinicke, Peter:** Das Seminar für Jugendwohlfahrt an der Hochschule für Politik. Carl Mennicke zum 100. Geburtstag. In: Soziale Arbeit 10/1987, S. 381-386
- Reinicke, Peter:** Die Berufsverbände der Sozialarbeit und ihre Geschichte. Von den Anfängen bis zum Ende des zweiten Weltkrieges. Frankfurt am Main 1990, S. 167-181
- Reinicke, Peter:** Mayer, Anna. In: Maier, Hugo (Hrsg.): Who is Who der Sozialen Arbeit. Freiburg im Breisgau 1998, S. 385-386
- Reinicke, Peter:** Schneider-Kewenig, Alexander. In: Maier, Hugo (Hrsg.): Who is Who der Sozialen Arbeit. Freiburg im Breisgau 1998, S. 528
- Schneider, Alexander:** Schatz oder Fund? Borna-Leipzig 1905
- Schneider, Alexander:** Landaufenthalt für Stadtkinder e.V. In: Dünner, Julia (Hrsg.): Handwörterbuch der Wohlfahrtspflege. Berlin 1929, S. 449-450
- Schneider-Kewenig, Alexander:** Tagebücher. Unveröffentlichtes Manuskript. o.J. Die Tagebücher befinden sich im Besitz der Familie von Alexander Schneider-Kewenig und sind von ihm ausschließlich zur privaten Nutzung bestimmt.
- Schreiben** der Kreisstadt Merzig: Der Standesbeamte vom 13.7.1989. Archiv Peter Reinicke

Bildnachweis

Archiv Peter Reinecke

Klinische Sozialarbeit mit alten Menschen

Problemstellungen und Konzepte
Heike Dech; Helmut Pauls; Hildegard Hegeler; Manfred Oster; Silke Birgitta Gahleitner; Astrid Hettke-Becker

Zusammenfassung

Soziale Arbeit mit alten Menschen bedarf einer spezifischen gerontologischen Methodenkompetenz. Sie steht vor der Aufgabe, die Forschungsergebnisse und Wissensbestände der Gerontologie und Geriatrie in eigene Konzepte zu integrieren und ihren professionellen Standort in der offenen oder stationären Altenhilfe einzubringen. Die Klinische Sozialarbeit, als beratende und behandelnde Sozialarbeit, ist mit ihrem spezifischen Methodeninventar in besonderem Maße für die Soziale Arbeit mit alten Menschen geeignet. Sie beschäftigt sich unter psychosozialer Perspektive mit Gefährdungen, Erkrankungen und Beeinträchtigungen innerhalb dieser Lebensphase unter Berücksichtigung der Lebenslage und Lebenswelt. In diesem Beitrag werden typische Fragestellungen, Konzepte und Methoden im Hinblick auf die Nutzbarmachung für die beratende und behandelnde Arbeit mit alten Menschen diskutiert.

Abstract

Social work with elderly people requires specific gerontological competences. Social work therefore needs to integrate gerontological and geriatric knowledge into its own concepts and methods in order to integrate its professional perspective into multidisciplinary services for the elderly. Clinical social work with its strengths in counselling and psychotherapeutic methods is specifically suitable for this field of work due to its psycho-social perspective on health risks, disorders and disabilities and its person-in-environment concept. Typical problems, concepts and methods are discussed in this paper in view of meeting the needs of elderly people.

Schlüsselwörter

alter Mensch – Altenhilfe – Methode – Funktion – Handlungskompetenz – psychosoziale Versorgung – Demenz – Angehörigenarbeit – Trauma – Salutogenese – Klinische Sozialarbeit

1. Einführung

Heike Dech; Astrid Hettke-Becker

Kommentare zum Altwerden und Altsein finden sich schon in der griechischen und römischen Literatur. Und doch: Eine Altersphase, wie wir sie kennen, ist etwas Neues und in dieser Form noch nicht Dagewe-

senes. Denn die Lebenserwartung hat sich in den letzten 150 Jahren nahezu verdoppelt und steigt weiter. Im Zuge des demographischen Wandels rückt die Lebensphase Alter immer mehr auch in den Mittelpunkt des sozialarbeiterischen Interesses. Soziale Arbeit mit alten Menschen wird daher ein zunehmend wichtigeres Arbeitsfeld, sie richtet sich auf einen längeren Lebensabschnitt, der von einer immer größeren Anzahl von Personen durchlebt wird und der zugleich vielgestaltig, pluralistisch und uneinheitlich ist und dementsprechend vielerlei Fragestellungen aufwirft. Es stellen sich Fragen nach einer sinnvollen Gestaltung dieses Lebensabschnitts, nach Wohnformen und Generationsbeziehungen, nach sozialen Angeboten und Versorgungsstrukturen bei Hilfebedürftigkeit. Altwerden und Altsein sind sowohl individuelle Entwicklungsaufgabe als auch soziale und gesellschaftliche Herausforderung.

Soziale Arbeit dient definitionsgemäß zur Verbesserung der subjektiven Lebenssituation und der objektiven Lebenslage vulnerabler Menschen und Gruppen. Funktion einer Sozialen Arbeit mit alten Menschen ist es, Entwicklungsaufgaben zu unterstützen, die Selbstständigkeit und die Teilhabe am sozialen Leben zu ermöglichen und aktiv bei der Bearbeitung und Bewältigung von alterstypischen Problemen zu helfen. Gerontologische Sozialarbeit lässt sich nicht über Arbeitsfelder (zum Beispiel offene Altenarbeit) oder über Zielgruppen (zum Beispiel Demenzkranke) oder Verfahren (bestimmte Methoden) allein definieren. Man kann vielmehr sagen, dass die genannten Aspekte in jeweils unterschiedlicher Gewichtung in einer auf eine bestimmte Lebensspanne bezogene Aufgabenstellung zusammenkommen und praxisbezogene Kompetenzen im Umgang mit alten Menschen erfordern. Für eine gerontologische Fachlichkeit muss sich die Soziale Arbeit mit alten Menschen durch eine spezifische Methodenkompetenz ausweisen. Hierbei steht die Soziale Arbeit zunächst vor der Aufgabe, die Forschungsergebnisse und Wissensbestände der theoretischen Grundlagendisziplinen der Gerontologie und Geriatrie in praktisch anwendbare Konzepte weiterzuentwickeln sowie ihr eigenes Methodenrepertoire für die Soziale Arbeit mit alten Menschen auszuwählen und anzupassen beziehungsweise fortzuschreiben. Sie hat dabei ihren professionellen Standort zu reflektieren und ihre Kompetenzen in der interdisziplinären Zusammenarbeit in der offenen oder stationären Altenhilfe einzubringen und abzustimmen.

Die Klinische Sozialarbeit, als beratende und behandelnde Sozialarbeit, ist mit ihrem spezifischen Methodeninventar in besonderem Maße für die Soziale

Arbeit mit alten Menschen geeignet. Sie beschäftigt sich unter psychosozialer Perspektive mit Gefährdungen, Erkrankungen und Beeinträchtigungen innerhalb dieser Lebensphase unter Berücksichtigung der Lebenslage und Lebenswelt. Ausgehend von den Erörterungen eines gemeinsamen Symposiums wird hier die Nutzbarmachung dieser Ansätze für die Arbeit mit alten Menschen diskutiert. Die nachfolgenden Beiträge können sicherlich keinen umfassenden Überblick über das weite Spektrum der Klinischen Sozialarbeit mit alten Menschen geben. Der Anspruch ist vielmehr der eines Einblicks in typische Fragestellungen, Konzepte und Methoden.

2. Klinische Sozialarbeit ist psychosoziale Beratung und Behandlung

Helmut Pauls

2.1 Zur Komplexität des Sozialen

Im Bereich der (psychischen) Gesundheit wirken zumindest drei Merkmalkomplexe mit- und ineinander. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) spricht denn auch bekanntlich vom körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden. Im Jahre 2002 stellte sie ein „Treatment Gap“ in Bezug auf die soziale Gesundheitsdimension fest (WHO 2001). Diese „Lücke“ ist wie alles im Leben mehrfach determiniert: gesellschaftlich, berufspolitisch und wissenschaftsgeschichtlich, aber auch vom Gegenstand her, denn „das Soziale“ ist für eine wissenschaftliche Betrachtung das komplexeste System.

Diese Vielschichtigkeit ist durch die Mehrdimensionalität der „Situation“ im Rahmen des bio-psychosozialen Ansatzes bedingt. Wir unterscheiden:

- ▲ psychologischer Situationsbegriff (erlebte Situation): ist das Ganze, das der Person in ihrem Erleben-Verhalten jeweils gegeben ist (bewusst und unbewusst);
- ▲ sozialer Situationsbegriff: Über die psychisch repräsentierten Dimensionen hinaus sind in umfassender Weise dingliche beziehungsweise materielle Umgebung und soziales Umfeld eingeschlossen, auch unabhängig von der Wahrnehmung durch das Subjekt (objektive Situation);
- ▲ auf der biologischen Ebene sind auch nicht im Erleben repräsentierte leibliche Merkmale zur Situation zu zählen (zum Beispiel Erkrankungen).

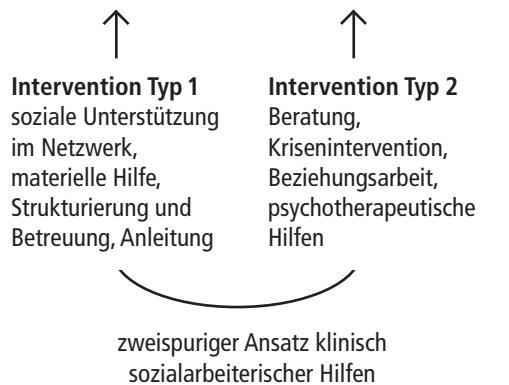
Die Situation überspannt die Subjekt-Objekt-Spalten, indem sie beides, das Subjekt und die Objekte, immer schon in sich aufgenommen hat. Die Kunst der psychosozialen Fallarbeit bedeutet, im Rahmen kommunikativer (intersubjektiver) Prozesse das Verhältnis zwischen Subjekt und „objektiver“ Außen- und Innenwelt zu verbessern. Dies erfordert vertiefte

Fähigkeiten in Gesprächsführung, Beratung und Interventionskompetenzen. Die Person-in-der-Situation ist in der Klinischen Sozialarbeit eine Person in psychosozialer Not (Rauchfleisch 2004). Psychosoziale Fallarbeit muss deshalb divergente Dimensionen überschauen und erfordert die Arbeit an der Passung verschiedener Gegenstandsebenen.

Abb.1: Integration des Divergenten (Pauls 2004)

Menschen in psychosozialer Not

soziale und materielle („äußere“) Probleme, abweichendes Erleben/Verhalten, Beziehungsprobleme



2.2 Kernaufgaben Klinischer Sozialarbeit

Eine wichtige Aufgabe Klinischer Sozialarbeit ist die Integration einer psychosozialen Behandlungsperspektive in ein weitgehend asoziales und ahistorisches Bild von Patienten/Klienten in unserem Gesundheitswesen: Gesundheitsversorgung mit angemessenen sozialen und psychosozialen Hilfen im Rahmen eines bio-psychosozialen Gesundheitsverständnisses. Eine weitere Kernaufgabe ist die Förderung der klinisch-psychosozialen Beratungs-, Behandlungs- und Forschungskompetenzen im Sozialwesen. Im Unterschied zum immer wieder anzutreffenden Fehlverständnis, Klinische Sozialarbeit bedeute Sozialarbeit in Kliniken, wird von Klinischer Sozialarbeit gesprochen, wenn die Soziale Arbeit in Interventionskontexten der direkten Fallarbeit erfolgt und wenn die Soziale Arbeit *eigene*, direkte Beratungs- und Interventionsaufgaben im Rahmen der „direct practice“ wahrnimmt. Ihre Arbeitsfelder finden wir in der Psychiatrie (Kliniken, Tageskliniken, sozialpsychiatrischen Diensten, Übergangseinrichtungen, Praxen), in der ambulanten psychosozialen Beratung (Beratungsstellen aller Art), der Familien-, Kinder- und Jugendhilfe, in Fach-, Akut- und Rehabilitationskrankenhäusern, in der Altenarbeit, Geriatrie und Gerontopsychiatrie, in der ambulanten und stationären Suchthilfe und in der Resozialisierung und Gefährdetenhilfe (Geissler-Piltz u.a. 2005). Das heißt Adressaten

sind Patienten und Patientinnen, leidende Menschen in allen Lebensaltern und unterschiedlichen Lebenslagen, deren psychosoziale Belastung reduziert und deren Problembewältigungsverhalten durch personenzentrierte und umfeldorientierte Einflussnahme verbessert werden soll (direct practice) und bei denen Bedürfnisse nach Zuwendung und Unterstützung, nach Aufklärung, Begleitung, Beratung und Behandlung mit dem Ziel der sozialen Integration bestehen (Pauls; Mühlum 2004).

Als fachsozialarbeiterische Teildisziplin übernimmt Klinische Sozialarbeit die Förderung der sozialarbeiterischen Beratungs-, Interventions- und Forschungskompetenzen im Rahmen psychosozialer Fallarbeit im Sozial-, Erziehungs-, Schul-, Justiz- und Gesundheitswesen bei klinischen Aufgabenstellungen. Bei diesen Aufgabenstellungen handelt es sich um:

▲ Lebensprobleme und Reifungskrisen, die nicht als psychische Erkrankung im Sinne des Gesetzes zu bewerten sind, bei denen Beratung und Intervention jedoch vertiefte (sozial)therapeutische Behandlungskompetenzen erfordern;

▲ Erziehungs-, Lern-, Familien- und Partnerschaftsprobleme mit klinisch relevanten Auffälligkeiten; berufliche Förderung im Rahmen der Rehabilitation von psychisch Kranken, Behinderten oder Personen mit chronischen Erkrankungen oder Traumatisierungen; sozialtherapeutische Beratung und Intervention bei sozialen Belastungen in Multiproblem-Situativen, Verschränkungen zwischen individuellen ökonomischen und sozialen Benachteiligungen, defizitären psychosozialen Kompetenzen, abweichenden Verhaltensweisen;

▲ Mitwirkung bei der Behandlung von Krankheiten in allen Bereichen der Psychiatrie, Beratung der Patienten und Patientinnen und ihrer Angehörigen, Psychoedukation;

▲ sozialtherapeutische Vorgehensweisen im Sinne gemeindebezogener, *aufsuchender* Intervention, die ökosoziale Lebensbedingungen mit einbeziehen und netzwerkbezogene Arbeit, auch Case Management.

2.3 Merkmale der Interventionsperspektive Klinischer Sozialarbeit

In der Klinischen Sozialarbeit geht es um „Leiden an der Gesellschaft“: Benachteiligung, Überforderung, Ausschluss, Isolation, Konflikt, Gewalt, die mit starken, wiederkehrenden negativen Emotionen der Bedrohung, Angst und Hilflosigkeit, aber auch der Irritierung und Verärgerung verbunden sind, die ihrerseits Aktivierungszustände im Organismus auslösen (chronischer sozio-emotionaler Distress) (Siegrist 2005). Dieses „Krankwerden durch Kränkung“ kennzeichnet das Spektrum des Klientels: psychisch

Kranke und Menschen mit emotionalen und Verhaltensstörungen sowie Abhängigkeitserkrankungen, chronisch körperlich Kranke und behinderte Menschen, Menschen mit familiären Problemen sowie in Krisen, Gewaltopfer und Gewalttäter, dissoziale und straffällige oder traumatisierte Personen.

Voraussetzung für die Hilfeplanung ist die Entwicklung von realistischen Veränderungs- beziehungsweise Entwicklungszielen und einer darauf bezogenen Interventionsstrategie, möglichst gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten. Dabei muss schon die klinisch-sozialarbeiterische Abklärung die isolierende Betrachtung von psychischen Störungen beziehungsweise „isolierten seelischen Behinderungen“ einerseits, Erziehungsdefiziten und sozialen Notlagen andererseits überwinden. Isolierte therapeutische Leistungen sind in der Regel wenig geeignet, die komplexen Problemlagen zu verbessern. Dabei lässt sich klinisch-sozialarbeiterische Behandlung grundsätzlich auf drei Ebenen methodischer Fallarbeit differenzieren: person- beziehungsweise individuenbezogen, beziehungsbezogen (zum Beispiel Familie und Gruppe) und umgebungsbezogen (zum Beispiel Gemeinwesen). Ziele der Intervention bestehen in der

▲ Entlastung und Förderung der Orientierungs-, Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit;

▲ Förderung der Selbstständigkeit;

▲ Nutzung sozialer Unterstützung;

▲ Einbindung in soziale Strukturen;

▲ Verbesserung von Basiskompetenzen für Rehabilitationsmaßnahmen;

▲ Verbesserung der Compliance.

Ein wichtiges Merkmal Klinischer Sozialarbeit, das sie zugleich deutlich von klassischer psychologischer Beratung und Psychotherapie unterscheidet, ist die Vielfalt der Settings, in denen die Interventionen stattfinden. Die Dauer der Hilfen umfasst ein Spektrum von kurz bis lang (wenige Sitzungen bis jahrelange Begleitung); die Interventionen finden regelmäßig oder unregelmäßig, auch an verschiedenen Orten (zum Beispiel aufsuchend) statt; kennzeichnend ist die Offenheit gegenüber dem Umfeld und weiteren Hilfen (*aktive Vernetzung*); die Maßnahmen werden ambulant, teilstationär und stationär durchgeführt.

Die Klinische Sozialarbeit in Deutschland hat seit dem Jahre 2000 (Aufruf der Arbeitsgruppe Gesundheit der Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS)) eine beachtliche Wegstrecke zu ihrer Etablierung zurückgelegt. Hier seien abschließend einige Meilensteine genannt:

- ▲ 2000: Gründung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) (www.klinische-sozialarbeit.de);
- ▲ 2001: Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit an der Fachhochschule Coburg;
- ▲ 2003: Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin und der Katholische Fachhochschule Berlin (die Akkreditierung der Masterstudiengänge mit Anerkennung für den Höheren Sozialdienst erfolgte im Januar 2005);
- ▲ 2004: Gründung der Sektion Klinische Sozialarbeit in der DGS
- ▲ 2004/2005: wichtige Veröffentlichungen;
- ▲ 2005: Zeitschrift für Klinische Sozialarbeit.

3. Die soziale Beratung in der geriatrischen Rehabilitation

Hildegard Hegeler

Altern geschieht in Prozessen der Freisetzung von vorgezeichneten Lebensformen, der Pluralisierung sowie in einer gesellschaftlichen Phase, in der Traditionen sich verändern oder auch verschwinden. Es gibt also keine festgelegten, standardisierten Lebenswege oder verbindliche Funktionen mehr für die Altersphase, die dazu noch einen längeren Zeitraum einnimmt als noch vor 20 bis 30 Jahren. Auf der anderen Seite erhöhen sich die von gesellschaftlichen Institutionen – wie Pflege- oder Rentenversicherung – vorgegebenen Regelungen und Zwänge.

Die Alternsphase ist damit zwar individuell gestaltbar, aber auch gestaltungsnotwendig: Wie kann ich meine Lebensbedingungen möglichst optimal, meinen Vorstellungen entsprechend ausrichten? Altern ist damit ein veränderbarer Prozess. Das Verhalten und Erleben älterer Menschen wird bestimmt durch das Verhältnis von Anforderungen an die jeweilige Person. Die Möglichkeit, diese zu bewältigen, ist abhängig von deren sozialer Kompetenz. Durch eine Krankheit können insbesondere im Alter häufig innerhalb kürzester Zeit gravierende körperliche und geistige Funktionsstörungen auftreten. Zu ihnen gehören vor allem hüftgelenksnahe Frakturen nach Stürzen, Schlaganfälle, immobilisierende neurologische Erkrankungen wie Morbus Parkinson oder Polyneuropathie, Amputationen der unteren Extremitäten bei arteriellen Verschluss oder diabetischer Angiopathie. Oft kommt zu einer Erkrankung eine weitere hinzu.

Für einen gesunden jüngeren Menschen ist es nur schwer vorstellbar, wie ein betagter oder hoch betagter Mensch ein akutes Krankheitseignis erlebt: Hinfälligkeit und Schmerzen sind gepaart mit Angst vor der weiteren Entwicklung. Die Lebensgrundlage wird mitunter im wahrsten Sinne des Wortes „schlag-

artig“ verändert. Das Leben geht jedoch weiter. An die Akutversorgung schließt sich hoffentlich eine geriatrische Rehabilitationsbehandlung an. Der Lebensgestaltungsprozess wird während dieser Rehabilitationszeit einer grundlegenden Revision unterzogen, die Patientin oder der Patient muss sich mit einer Krankheit arrangieren, die mit schwerwiegenden physischen und psychischen Belastungen verbunden sein wird.

Die Sozialarbeit in der geriatrischen Rehabilitation sieht die Patienten ganzheitlich, in ihrer individuellen Eigenart und Entwicklung, ihrem soziokulturellen Lebensraum und ökonomischen Situation. Sie stellt nicht einen Teilbereich in den Mittelpunkt, sondern bezieht die Erlebnisfähigkeiten und Lebensmöglichkeiten über die Klinik hinaus bei allen Überlegungen, Beratungen und Interventionen mit ein. In diesem Verhältnis von Individuum und Gesellschaft/Gemeinschaft spielen nicht nur die Interessen der Patienten eine Rolle, wenn es um die Annahme von Angeboten geht. Auch die Interessen der Gesellschaft und des sozialen Umfeldes sind im Hinblick auf die Auswahl von Angeboten von Belang. Trotzdem ist es natürlich der zentrale Auftrag der Sozialarbeit, sich für die Erhaltung der Selbstständigkeit und für das Selbstbestimmungsrecht der kranken Menschen einzusetzen, für die Integration Sorge zu tragen und die soziale Kompetenz zu erhalten beziehungsweise zu fördern.

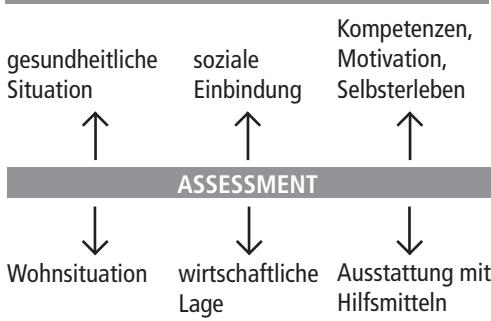
Die Kernidentität der Sozialarbeit ist die psychosoziale Beratung, eingebunden in den jeweils von der sozialen Fachkraft bevorzugten Beratungsansatz, der systemisch, lösungsorientiert oder klientenzentriert sein kann und mit der Methode des Case Managements verbunden ist. Die sozialen Probleme, die in der Beratung bearbeitet werden, besitzen neben der Sachebene immer auch eine psychische Ebene. Eine 80-jährige Patientin, die einen cerebralen Insult mit nachfolgender Lähmung zum Beispiel eines Beines und Einschränkung der Mobilität eines Armes erlitten hat, muss dies neben den Fragen nach Schwerbehindertenausweis, Leistungen nach dem Pflegegesetz, Wohnungsumbau oder Wohnungswechsel auch psychisch verkräften. Die Sozialarbeit begegnet deshalb keiner Krankheit, sondern Menschen, die abrupt vor eine neue Lebenssituation gestellt sind und mit Beeinträchtigungen leben müssen. Ein hohes Alter macht dies nicht leichter.

Hilfe von sozialarbeiterischer Seite erfordert zunächst einmal Zeit und Bereitschaft zum Zuhören, um sich dann auf das Anliegen der Patienten im Gespräch einzulassen. Nach dem lösungsorientierten Ansatz

wird die Sozialarbeit von Neugier und Respekt geleitet: Neugier, alternative Sichtweisen zu erforschen, und Respekt vor den Patienten als ebenbürtige Gesprächspartner. Im Hinblick auf ihre Probleme, Fragen und Lösungen sind sie Experten in eigener Sache, Experten für ihren Lebenskontext.

Die Kompetenz der Sozialarbeit besteht auch darin, Überblick über die privaten und öffentlichen sozialen Netze der Betroffenen zu haben und mögliche Gefährdungen oder bereits eingetretene Beeinträchtigungen dieser Vernetzungen zu erkennen. Wie sieht es mit der Belastungsfähigkeit des sozialen Netzes aus? Wie sicher ist ein Leben im häuslichen Umfeld? Ist die Schwelle zur sozialen Isolation und mangelhafter Unterstützung überschritten? Ist dadurch die Gesundheit gefährdet und eine Intervention notwendig und gerechtfertigt? Behindert die soziale Situation die Wiedergenesung und das größtmögliche Wohlfühlen? Soziale Präferenzen und Werte werden beurteilt und fließen in den Therapieplan mit ein. Darum müssen möglichst früh die Angehörigen in den Prozess der Lösungserarbeitung eingebunden werden, um die Kompetenzen und Resourcen des sozialen Netzes zu beleuchten und in die weitere Vorgehensweise mit einzubeziehen. Familiäre Belastungen können sonst unter den neuen Bedingungen zu Überbelastungen werden. Im Assessment wird auf der Patient-Ebene und – wenn nötig, was meist der Fall ist – auf der Angehörigen-Ebene die Gesamtsituation synoptisch zusammengestellt.

Abb. 2 (Wissert 1996)



Im weiteren Verlauf muss geklärt werden, ob das bestehende soziale Netz so gut geknüpft ist, dass die Behandlungserfolge der Rehabilitationsklinik im Alltag der Patienten Bestand haben. Die Sozialarbeit bündelt und koordiniert dafür die Erkenntnisse und Zielvorstellungen der Beteiligten. Lücken im Netz werden durch neue Kontakte zu den Trägern der ambulanten Dienste und ehrenamtlichen Gruppen geschlossen. Neue Möglichkeiten von Haus- und Wohn-

gemeinschaften werden in die Überlegungen einbezogen. Ergänzt wird dies alles durch die Hilfe bei der Antragstellung für die jeweiligen Sozialleistungen und durch das Bemühen, vor der Entlassung die Entscheidung über deren Genehmigung zu erwirken. Der gesamte Entscheidungsweg ist oft mühsam und lang. Er erfordert hohe kommunikative Kompetenz seitens der Sozialarbeiterin oder des Sozialarbeiters und viel Einfühlungsvermögen in die Situation alter und zusätzlich von Krankheit und Behinderung/Einschränkung betroffener Menschen.

4. Forschung in der Klinischen Sozialarbeit

Heike Dech

4.1 Versorgungsproblematik

Mit dem Anstieg der Lebenserwartung, mit dem Anwachsen der Zahl alter und hoch betagter Menschen erhöht sich, bedingt durch die alterskorrelierte Prävalenz, folglich auch der Anteil verwirrter, demenzkranker oder psychisch veränderter Menschen sowie die Zahl derjenigen, die im Rahmen häuslicher Pflege unmittelbar und sehr persönlich mit diesem Problem konfrontiert sind. Man kann sagen, dass die Demenz eine ganz besonders zerstörerische Erkrankung des Alters ist (*American Psychiatric Association 1997*). Sie beeinträchtigt nicht nur die Erkrankten, sondern auch die sie pflegenden Angehörigen. *Zarit (1985)* spricht von „den versteckten Opfern“ (hidden victims) der Demenz. Die Krankheit gewinnt eine zunehmende gesundheitspolitische Bedeutung und stellt Anforderungen an die Planung und Organisation von Versorgungsstrukturen, nicht zuletzt auch weil durch die wachsende Mobilität und Verstädterung sowie die Zunahme von Kleinfamilien das familiäre Pflegepotenzial und die Belastbarkeit der Familien abnimmt. Unterstützungs- und Behandlungsangebote müssen daher so konzipiert werden, dass ein funktionierendes System aus individueller Verantwortung und öffentlicher Unterstützung entsteht (*Dech; Machleidt 2004*).

Das Ausmaß an Unterstützung und Beaufsichtigung, das den Angehörigen in der häuslichen Versorgung abverlangt wird, ist enorm. *Mace und Rabins (1996)* schildern in ihrem Buch „Der 36-Stunden-Tag“ den Alltag pflegender Angehöriger auf eindrucksvolle Weise. Deren Präsenz ist buchstäblich pausenlos erforderlich, an jedem Tag der Woche, nicht selten über viele Jahre hinweg und häufig ohne die Möglichkeit eines Urlaubs. *Arber und Ginn (1991)* errechnen, dass Angehörige durchschnittlich 53 Stunden, Ehepartner sogar 65 Stunden pro Woche für die Versorgung des mit ihnen lebenden Patienten aufwenden. Es ist daher ohne Weiteres nachvollziehbar, dass die sozialen Beziehungen pflegender Angehöriger

oft unter der Pflegesituation leiden. Schwere, langwierige, sich stetig verschlechternde Erkrankungen wie die Demenz verändern kontinuierlich den Charakter der Pflege. Anfänglich gestaltet sie sich zu meist als Hilfestellung, letztlich wird sie zu einer alles dominierenden und zeitlich stark einschränkenden Versorgungsbeziehung. Die Notwendigkeit ständiger Beaufsichtigung bedeutet für die versorgenden Angehörigen, dass sie das Haus kaum noch verlassen können. Ihnen bleibt meistens keine Zeit, eigenen Interessen nachzugehen oder soziale Kontakte und Beziehungen zu pflegen. Einige Autoren (Donaldson u.a.1997, Levin u.a. 1994) stellen fest, dass Angehörige durch ihre Versorgungsaufgaben leicht in eine soziale Isolation geraten oder zumindest ihre sozialen Aktivitäten deutlich reduzieren. Gründe dafür sind neben dem Mangel an Zeit auch psychische Faktoren wie Stress- und Erschöpfungszustände.

4.2 Ergebnisse aus der Hessischen Alzheimer-Angehörigen-Studie

Die aus dieser Situation resultierenden psychosozialen Belastungen werden hier anhand von Ergebnissen aus einer eigenen empirischen Untersuchung vorgestellt. Für diese Querschnittsstudie wurden 150 Angehörige von Patientinnen und Patienten mit wahrscheinlicher Demenz vom Alzheimer Typ (DAT) im ambulanten Sektor befragt. Diese wurden über verschiedene ambulante Dienste in Hessen, über Hausärzte und -ärztinnen sowie über Alzheimer Selbsthilfegruppen angesprochen, wobei nur Angehörige, die die Demenzkranken als Hauptversorgende (main carer) betreuten, befragt wurden. Hinsichtlich der Erkrankten selbst wurden die international gebräuchlichen Kriterien zur Demenzdiagnostik ICD-10 und NINCDS-ARDRA verwendet. Es wurden sowohl quantitative als auch qualitative Verfahren angewandt, unter anderem die folgenden quantitativen Instrumente: General Health Questionnaire (GHQ-28), WHOQOL, Global Deterioration Scale (GDS), Zarit Carer Burden Inventory.

Gesamtstichprobe (n=150) Häufigkeit Prozent

| | | |
|------------------------|-----|------|
| Ehepartner | 79 | 52,7 |
| Tochter/Sohn | 44 | 29,3 |
| Schwiegertochter/-sohn | 23 | 15,3 |
| Sonstige | 4 | 2,7 |
| Gesamt | 150 | 100 |

Die Pflegenden waren überwiegend Frauen, insbesondere in der Untergruppe der pflegenden Kinder: In der Untergruppe „Ehepartner“ (n=79) waren 49 (62 Prozent) der pflegenden Angehörigen weiblich und 30 (38 Prozent) männlich. In der Untergruppe „Kinder“ (Tochter, Sohn, Schwiegertochter, Schwie-

gersohn) (n=71) waren 65 (91,4 Prozent) der pflegenden Angehörigen weiblich und lediglich sechs (8,5 Prozent) männlich.

In der Selbstbeurteilungsskala General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg; Blackwell 1970) zeigte sich, dass Stress- und Erschöpfungssymptome bei den pflegenden Angehörigen im Vordergrund stehen. So berichteten 68 Prozent der Ehepartner und -partnerinnen und 64 Prozent der pflegenden Kinder, dass sie sich ständig unter Druck fühlten, 51 Prozent beziehungsweise 43 Prozent fühlten sich mit den Nerven am Ende und 49 Prozent beziehungsweise 39 Prozent waren ständig nervös und gereizt. Auch somatische Beschwerden wurden häufig genannt: 54 Prozent der Ehepartner und 39 Prozent der pflegenden Kinder litten unter Schlafstörungen (wobei diese häufig durch nächtliche Unruhe und Umherwandern der Demenzkranken bedingt war), 60 Prozent beziehungsweise 54 Prozent fühlten sich abgeschlagen und 44 Prozent beziehungsweise 37 Prozent krank. Schwere depressive Symptome, wie zum Beispiel Gefühle der Wertlosigkeit (8,8 Prozent beziehungsweise 12,8 Prozent) oder Suizidgedanken und -vorhaben (10 Prozent beziehungsweise 4,2 Prozent) traten hingegen seltener auf. Auch hatten die Angehörigen in hohem Maße das Gefühl, das Richtige zu tun (85 Prozent beziehungsweise 81,4 Prozent).

Der Skalenmittelwert des GHQ lag zwar im subklinischen Bereich, jedoch deutlich über dem cut-off-level für psychische Morbidität, was angesichts der hohen zeitlichen und emotionalen Anforderungen der Pflegesituation plausibel ist. Dabei erschien die pflegenden Ehepartner und -partnerinnen im Vergleich zu den pflegenden Kindern tendenziell mehr gestresst und psychisch belastet. Hier machte die qualitative Befragung, neben vielen gemeinsamen Belastungen, Unterschiede zwischen den beiden Kohorten deutlich: Stressphänomene wurden bei pflegenden Ehepartnern und -partnerinnen insbesondere durch kommunikative Einschränkungen und die Persönlichkeitsveränderungen der zu Pflegenden hervorgerufen, während pflegende Kinder eher durch die Einschränkungen ihres gewohnten Aktionsradius gestresst waren. Die Untersuchung zeigte, dass der Anteil der Pflege durch Angehörige an dem Gesamtaufwand der Versorgung von Demenzkranken außerordentlich hoch ist. Viele Angehörige kümmern sich um Demenzkranke, deren Alltagsaktivitäten und Selbstständigkeit derart eingeschränkt sind, dass sie zweifelsfrei die Kriterien für eine Pflegeheimversorgung erfüllen. Besonders zu erwähnen ist die außerordentlich hohe Motivation der Angehörigen, die sich trotz schwieriger Versor-

gungsaufgaben um das Weiterführen des häuslichen Zusammenlebens und das Hinauszögern beziehungsweise die Vermeidung einer Pflegeheimaufnahme bemühen.

Diese Beziehungs- und Motivationsaspekte als positive Momente der Pflegesituation enthalten für die Gesundheitsplanung den Hinweis, durch Stützen der familialen, speziell ehelichen Kontinuität indirekt auch das in ihr liegende Gratifikationspotenzial zu stärken. Das würde bedeuten: Unterstützungsangebote sind so zu konzipieren, dass sie das System der häuslichen Pflege stabilisieren (Dech 2004). Das Spektrum der so ausgerichteten Angebote sollte von einer verbesserten Beratung bis hin zu psychosozialen Interventionen reichen. Für die Gesundheitspolitik gilt es, dieses positive Potenzial zu stärken.

4.3 Demenzkranke und deren pflegende Angehörige als Adressaten der Klinischen Sozialarbeit

Die Ergebnisse unserer Studie über die psychischen Belastungen zeigen einen hohen Bedarf an psychosozialer Beratung sowie an unterstützenden und entlastenden Maßnahmen für die versorgenden Angehörigen. Klinische Sozialarbeit beschäftigt sich unter psychosozialer Perspektive mit Gefährdungen, Erkrankungen und Beeinträchtigungen innerhalb dieser Lebensphase unter Berücksichtigung der Lebenslage und Lebenswelt. Ihr spezifisches Methodeninventar setzt sie dabei sowohl beratend als auch behandelnd ein. Demenzkranke und ihre pflegenden Angehörigen sind typische Adressaten einer Klinischen Sozialarbeit:

- ▲ Es geht um eine Fallarbeit im Sinne der „direct practice“ mit psychosozialen Beratungs- und Interventionsaufgaben in einer Situation mit komplexem Hilfebedarf, in der sowohl therapeutisch-beratende als auch praktisch-organisierende Berufskompetenzen benötigt werden.
- ▲ Ein Großteil der pflegenden Angehörigen leidet zwar unter signifikanten Stress- und Erschöpfungsgefühlen, jedoch nicht unter einer psychischen Erkrankung, bei der eine Psychotherapie indiziert wäre. Es geht hier vielmehr um die Kombination aus psychosozialer Verlusterfahrung, Trauer und langsamem Abschiednehmen mit sehr konkreten, alltagspraktischen Problemen des Versorgens, die eine breitere, die Lebenslage und Lebenswelt berücksichtigende Perspektive benötigt.
- ▲ Die Person-in-environment-Perspektive und der ressourcenorientierte mehrdimensionale Ansatz der Klinischen Sozialarbeit ist besonders geeignet, um der häuslichen Versorgungsproblematik gerecht zu werden, denn die beratende Unterstützung der An-

gehörigen zielt auf die Stabilisierung und Erhaltung des vertrauten sozialen Umfeldes für die Demenzkranken selbst.

▲ Die Möglichkeit des Aufsuchens in der Klinischen Sozialarbeit ist für diese Kranken und ihre Angehörigen von besonders hoher Bedeutung, insbesondere wenn die pflegenden Angehörigen die ebenfalls betagten Ehepartnerinnen oder -partner sind.

Die Mehrdimensionalität von Gesundheit, wie sie in der bekannten WHO-Definition zum Ausdruck kommt, beinhaltet nicht nur körperliches, sondern auch psychisches und soziales Wohlbefinden. Im Sinne dieses Gesundheitsverständnisses stellen die Reduzierung von Stress- und Belastungsfaktoren und die Förderungen positiver Gesundheitspotenziale eine wichtige Aufgabe in der Angehörigenforschung und -arbeit dar. Bisher am überzeugendsten nachgewiesen ist der Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen, gegenseitiger Unterstützung und Gesundheit (Badura; Kickbusch 1991). Bezogen auf die untersuchten pflegenden Angehörigen könnten organisatorische Gesundheitspotenziale in der Verbesserung von Handlungsspielräumen und Einflussmöglichkeiten sowie in der Erhaltung eines unterstützenden Netzwerkes sozialer Beziehungen liegen. In der Versorgung Demenzkranker ist die ressourcenorientierte Klinische Sozialarbeit für den längstmöglichen Erhalt der bisherigen häuslichen Lebensverhältnisse, die Vermeidung einer Heimeinweisung und die Reduzierung des Risikos von Missbrauchs-situationen unverzichtbar.

5. Implikationen der Salutogenese für die Klinische Sozialarbeit mit älteren Menschen

Manfred Oster

5.1 Ausgangssituation

Das deutsche Gesundheitssystem ist krank. Noch vor Jahren selbstverständliche Leistungen werden von den Kostenträgern nicht mehr erstattet. Nahezu alle beteiligten Akteure fühlen sich überfordert, ausgebeutet und unterbezahlt, die Versicherten gar im Stich gelassen, da sie beständig Zuzahlungen zu leisten haben. Sie sind unzufrieden und resigniert, meiden den Gang zum Arzt, zur Ärztin, um die Praxisgebühr zu sparen. Der Circulus vitiosus der Verschlechterung des Gesundheitszustands nimmt seinen Lauf, verstärkt durch die Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren. Die Auswirkungen eines inadäquaten Systems haben ihren vorläufigen Höhepunkt erreicht. Der Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung wird als der schlechteste der Industriekulturen bewertet (Blüchel 2003). Doch was sind die Ursachen? Gesundheit selbst wird zwar als übergeordnetes Ziel eines Gesundheitssystems verstan-

den, ein diesbezüglich expliziter Operationalisierungsauftrag existiert jedoch nicht. Ganz im Vordergrund dagegen steht Krankheit. Diese gilt es aufzuspüren und zu behandeln. Die Versorgung kranker Menschen nimmt die Medizin vollständig in Anspruch und verstellt damit den Blick auf den Erhalt oder die nachhaltige Wiederherstellung von Gesundheit. Potenziell vorhandene Ressourcen werden nicht genutzt und verkümmern. Ein solcherart verstandenes Gesundheitssystem mutiert unter diesem Paradigma zu einem System der reinen Krankenversorgung und entspricht damit nicht mehr dem Bedeutungsgehalt seiner Bezeichnung. Es handelt sich demnach, schärfert formuliert, um einen Etikettenschwindel.

5.2 Problemkonstellation

Das medizinische Konzept von Gesundheit ist in Deutschland traditionell nur marginal entwickelt, da das Denken durch die berufliche Sozialisation der Medizinerinnen und Mediziner an Krankheiten orientiert ist. Demzufolge dominiert grundsätzlich eine pathogenetische Fragestellung, das heißt man fokussiert mögliche auslösende Faktoren, welche als Risiko für die Entstehung von Krankheiten identifiziert werden konnten. Diese Faktoren gilt es zu beachten beziehungsweise auszuschalten. Entsprechende Maßnahmen werden als Prävention bezeichnet. Andererseits richtet sich die Aufmerksamkeit beim Auftreten von möglichen Krankheitssymptomen auf Diagnostik, Diagnosestellung und Therapie.

Die Einführung der Sozialgesetzgebung in Deutschland unter *Bismarck* einschließlich ihrer Weiterentwicklungen bis heute führte in unserer Bevölkerung zur Verinnerlichung der staatlichen Versorgungsverantwortung, verbunden mit einer Garantie für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Eine mangelhaft ausgeprägte Eigenverantwortung der Bevölkerung für den Erhalt ihrer Gesundheit, verbunden mit der überwiegenden Einnahme einer passiven Versorgungshaltung, war die logische Folge.

5.3 Lösungsvorschlag

Die Gesundheit einer Bevölkerung wird durch medizinische Maßnahmen wie Prävention und Kuration nicht vollständig gewährleistet, es fehlt ein spezifisches Konzept zur Erhaltung beziehungsweise Wiederherstellung von Gesundheit. Eine sinnvolle Ergänzung der bisherigen medizinischen Versorgung könnte die Gesundheitsförderung sein. Sie ist im Gegensatz zur Prävention nicht daran orientiert, was Menschen krank werden, sondern gesund bleiben lässt. Eine mögliche Umsetzung dieses Ansatzes stellt das Modell der Salutogenese von *Aaron Antonovsky* (1923-1994) dar. Die praktische Aus-

gestaltung in unserem Gesundheitssystem sollte durch die Klinische Sozialarbeit erfolgen.

5.4 Salutogenese

5.4.1 Die salutogenetische Fragestellung

Im Unterschied zum medizinisch-pathogenetischen Ansatz, der sich dafür interessiert, warum Menschen krank werden, fragt die Salutogenese danach, warum Menschen trotz vieler potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund bleiben. Weitere Fragestellungen orientieren sich daran, wie Menschen es schaffen, sich von Erkrankungen wieder zu erholen beziehungsweise was das Besondere an Menschen ist, die trotz extremster Belastungen nicht krank werden. Im Mittelpunkt der Salutogenese steht das sogenannte Kohärenzgefühl.

5.4.2 Kohärenzgefühl

Der Gesundheits- beziehungsweise Krankheitszustand wird durch eine individuelle, psychologische Einflussgröße bestimmt: die allgemeine Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben. Von der Ausprägung dieser sowohl kognitiven als auch affektiv-motivationalen Grundeinstellung hängt es ab, wie gut Menschen in der Lage sind, vorhandene Ressourcen zum Erhalt ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens zu nutzen.

Antonovsky bezeichnet diese Grundhaltung als Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC). Kohärenz bedeutet Zusammenhang, Stimmigkeit. Je ausgeprägter dieses bei einer Person ist, desto gesünder sollte sie sein beziehungsweise desto schneller sollte sie gesund werden und bleiben (*Bengel* u.a. 1998). Das Kohärenzgefühl beruht auf drei Komponenten: Gefühl von Verstehbarkeit, Gefühl von Handhabbarkeit beziehungsweise Bewältigbarkeit sowie Gefühl von Sinnhaftigkeit beziehungsweise Bedeutsamkeit.

Mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl kann ein Mensch flexibel auf Anforderungen reagieren, indem er die für diese spezifischen Situationen angemessenen Ressourcen aktiviert. Bei einem gering ausgeprägten Kohärenzgefühl werden Anforderungen eher starr und rigide beantwortet, da weniger Ressourcen zur Bewältigung zur Verfügung stehen oder wahrgenommen werden. Weitere Elemente der Salutogenese sind Lebenserfahrungen, somato-psychische und soziale Widerstandsressourcen, der soziokulturelle und historische Kontext sowie biographische Quellen, die ihrerseits das Kohärenzgefühl konstituieren. Darüber hinaus ist *Antonovskys* Abkehr von der dichotomen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit von grundsätzlicher Bedeutung: Er schlägt im Gegensatz zu dieser ein Kontinuum

vor, dessen Pole von Gesundheit und Krankheit gebildet werden. Damit wird eine weitaus differenziertere Einschätzung eines individuellen Gesundheitszustands in Form der jeweiligen Position auf diesem Kontinuum möglich. Auf Grundlage seiner individuellen Ausstattung wird der Mensch mit potenziellen Stressoren konfrontiert, die zum Beispiel psychosozialer, physischer oder biochemischer Provenienz sind. Aus dem individuell möglichen Umgang mit einem Stressor resultiert ein jeweils individueller Spannungszustand mit individuellen Folgen: In Abhängigkeit verfügbarer (das heißt von der Ausprägung des Kohärenzgefühls abhängiger) Bewältigungsmöglichkeiten findet er sich auf einer entsprechenden Stelle des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums wieder (Abb. 3). Der Anwendungsbe- reich dieses Modells ist nicht auf bestimmte Altersgruppen begrenzt. Nachfolgend wird aufgrund der thematischen Einbettung sowie der bis vor kurzem vorherrschenden anderslautenden Einschätzung die Übertragung des Modells ausschließlich auf die Gruppe der älteren Menschen dargestellt.

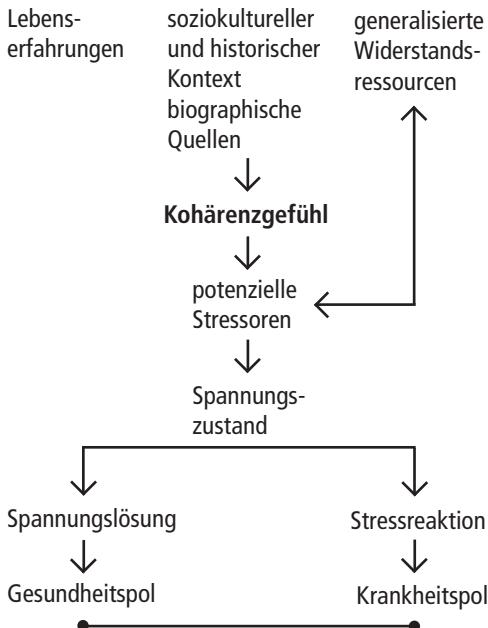
5.5 Salutogenese im Alter – wissenschaftliche Ergebnisse

Bis zum Ende der 1990er-Jahre (Bengel u.a. 1998) bestanden große Zweifel an der empirischen Überprüfbarkeit des Kohärenzgefühls. Ferner war Antonovksy persönlich noch der Überzeugung gewesen, das Kohärenzgefühl könne ab einem bestimmten

Lebensalter nicht mehr verbessert werden (Wiesmann u.a. 2004a). Beide Annahmen konnten in der jüngeren Vergangenheit widerlegt werden: So zeigt Brooks (1998) einen Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl, Lebenszufriedenheit, sozialer Gesundheit und körperlicher Gesundheit auf, während Lutgendorf u.a. (1999) im Kohärenzgefühl einen starken Prädiktor für Gesundheitsmaße und Lebenszufriedenheit im Alter sehen. Rennemark und Hagberg (1995) weisen einen negativen Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und der Anzahl von Krankheitssymptomen nach, Gunzelmann u.a. (2000) eine positive Korrelation zwischen einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl und einer besseren subjektiven Gesundheit beziehungsweise weniger Körperbeschwerden. Wiesmann u.a. (2004b) schließlich beschreiben die Relevanz des Kohärenzgefühls für psychisches Wohlbefinden und Belastungsfreiheit.

Gesundheit im Alter stellt sich als ein Wechselspiel von subjektiven und objektiven Merkmalen dar. Das bedeutet, dass man im Einzelfall eine individuell angemessene Form des Umgangs mit eventuellen Erkrankungen, Behinderungen und Einschränkungen finden muss, um ein Leben in Zufriedenheit und Wohlbefinden führen zu können. Das subjektive Erleben ist der verhaltensbestimmende Faktor und der verlässliche Indikator für Langlebigkeit und Morbidität – nicht der objektiv festgestellte Gesundheitszustand.

Abb.3: Das Modell der Salutogenese (stark vereinfachend modifiziert nach Antonovksy 1979)



5.6 Kompetenzen der Klinischen Sozialarbeit für die Gesundheitsförderung/Salutogenese bei älteren Menschen

Die Salutogenese ist kein genuin medizinisches Konzept, sondern wurde vom Medizinsoziologen Aaron Antonovksy begründet. Leider fand sie bisher in der Medizin nur wenig Beachtung. Mit ihrem Ansatz der komplexen Berücksichtigung der Bedingungen von Gesundheit und der – bei entsprechender Intervention – damit einhergehenden Erhaltung dieser bietet die Salutogenese nicht nur eine komplementäre Perspektive zur Medizin, scheint sie als ein Instrument der ganzheitlichen Betrachtung des Menschen für seine adäquate Betreuung in komplexen Lebenslagen dringend notwendig zu sein. Für einen solch umfangreichen Behandlungs- beziehungsweise Betreuungsansatz sind Medizinerinnen und Mediziner im Allgemeinen nicht ausgebildet, sondern bereits mit der Diagnostik und Therapie von Erkrankungen voll ausgelastet. Das einzige Studium, dessen Curriculum in Ergänzung zur Medizin dem umfassenden Modell der Salutogenese gerecht werden könnte, stellt die Klinische Sozialarbeit dar. Wie von Pauls (2004) beschrieben, verstehen wir Klinische Sozial-

arbeit als fachliches Handeln auf Grundlage des bio-psychosozialen Ansatzes. Dieser Ansatz vereinigt verschiedene spezifische Betrachtungs- und Problemebenen in sich. Klinische Sozialarbeit fokussiert sowohl eine biologische Perspektive als auch die Beachtung einer psychosozialen Personalität, sie weiß um die Entwicklung des Selbst-in-der-Welt, kümmert sich insbesondere um die Person-in-der-Situation, ist vertraut mit psychosozialen Belastungen wie auch sozialer Unterstützung.

Darüber hinaus verfügt sie über ein umfangreiches Methodeninventar: Neben der Kenntnis psychotherapeutischer Grundrichtungen ist ihre Domäne die psychosoziale Diagnostik sowie die psychosoziale Behandlung. Aufgrund ihrer breit gefächerten Struktur ist Klinische Sozialarbeit im besten Sinn des Wortes interdisziplinär. Sie entspricht damit den hochgradig anspruchsvollen Fragestellungen, die sich bei vielen älteren Klientinnen und Klienten stellen. Sie vereinigt mehrere spezifische Wissensgebiete unter der Perspektive der Ganzheitlichkeit, womit sie der individuellen Bedürfnislage der betroffenen Menschen am ehesten gerecht wird. Damit überschaut sie neben der Medizin am besten die Faktoren, die das Kohärenzgefühl konstituieren.

5.7 Möglichkeiten von Operationalisierung und Visionen

Unabdingbare Voraussetzung für die Nutzbarmachung des beschriebenen Potenzials der Klinischen Sozialarbeit ist die Verabschiedung eines Gesetzes, welches eine entsprechende Aufgabenstellung für diese als anerkannte Akteurin in der Gruppe der Gesundheitsberufe beschreibt. Vorstellbar wäre eine Modifikation des Entwurfs für ein Präventionsgesetz, welcher in seiner gegenwärtigen Formulierung bereits das durchgängig explizit formulierte Nebeneinanderbestehen der Termini „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ enthält. Die Klinische Sozialarbeit findet leider bisher keine Erwähnung, obwohl sie für viele der im Gesetzentwurf enthaltenen Überlegungen und Szenarien am besten geeignet wäre.

Für eine zukünftige Beteiligung der Klinischen Sozialarbeit im Sinne der Gesundheitsförderung sind mehrere Modelle vorstellbar. Ein mögliches Modell beschreibt Köppel (2003): Es stellt das Konzept eines Gesundheitszentrums dar, welches räumlich auf dem Gelände eines Krankenhauses untergebracht ist und sowohl mit dessen Abteilungen (stationäre Versorgung) als auch mit Einzelpaxen verschiedener Disziplinen (ambulante Versorgung) mit dem Ziel einer interdisziplinären Zusammenarbeit

und einer „optimalen und lückenlosen Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung und einer nachhaltigen Gesundheitsentwicklung nach dem Konzept der Salutogenese auf regionaler und überregionaler Ebene“ kooperiert (*ebd.*, S. 54).

Als weitere Möglichkeit, zum Beispiel in Ergänzung beziehungsweise Erweiterung bisheriger Ansätze sowie zukünftiger Entwicklungen Sozialer Arbeit (*Hegeler 2005, Thiele 2001*) ist die unmittelbare Anbindung der Klinischen Sozialarbeit an die Hausarztpraxis vorstellbar. Hier wäre, gleichsam Tür an Tür mit dem behandelnden Arzt, die oben beschriebene inhaltliche Komplementarität auch räumlich gegeben. Psychosoziale Probleme könnten „auf kurzem Wege“ niederschwellig erörtert und angegangen werden, die enge Verzahnung böte die Aussicht auf geringe Reibungsverluste. Die Hausärzte wären entlastet, sie könnten sich verstärkt auf das medizinische „Kerngeschäft“ konzentrieren. Auf der Grundlage einer obligaten psychosozialen Diagnostik könnten sie ohne Verzug, gegebenenfalls auch parallel zur medizinischen Versorgung, die psychosozialen Dimensionen der in Erfahrung gebrachten bestehenden oder drohenden Probleme einer spezifischen Diagnostik und Intervention durch die Klinische Sozialarbeit zuführen und aufgrund des interdisziplinären Austauschs über den jeweiligen Stand des Prozederes informiert sein. Ein solches Vorgehen wäre nicht nur bei der Versorgung von älteren Menschen wünschenswert, es sollte idealiter grundsätzlich, das heißt bei Menschen jeden Alters, zur Identifikation von Problemen angewandt werden, bevor sich Symptome von Krankheiten zeigen. Dies könnte der entscheidende Beitrag zur nachhaltigen Neuorientierung auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung sein. In diesem Sinne könnte mit Hilfe der Klinischen Sozialarbeit aus unserem derzeitigen Krankenversorgungssystem tatsächlich ein Gesundheitssystem hervorgehen.

5.8 Zusammengefasste Thesen

- ▲ Die Gesundheitsförderung spielt gegenwärtig im deutschen Gesundheitssystem mit ihrem ganzheitlichen, der Eigenverantwortung verpflichteten Ansatz so gut wie keine Rolle.
- ▲ Die medizinische, pathogenetisch orientierte Versorgung der Bevölkerung bedarf der salutogenetischen Ergänzung.
- ▲ Die Salutogenese ist auch bei Menschen höheren Alters wirksam.
- ▲ Die Klinische Sozialarbeit mit ihrem genuin bio-psychosozialen Ansatz ist die am besten geeignete Disziplin für die adäquate Operationalisierung einer salutogenetischen Perspektive bei älteren Menschen.

▲ Bei Anwendung des salutogenetischen Konzepts auf sämtliche Altersgruppen könnte die Klinische Sozialarbeit mit ihrer Kompetenz dazu beitragen, dass sich unser Krankenversorgungssystem tatsächlich zu einem Gesundheitssystem entwickeln.

6. Trauma – (k)ein Thema im Alter?

Silke Birgitta Gahleitner

Trotz der zunehmenden Beschäftigung der Psychotraumatologie mit den Folgen traumatischer Erfahrungen im Lebensverlauf wird weitgehend vernachlässigt, welche Herausforderungen die Bewältigung solcher Erfahrungen an alte Menschen stellt. Dieses Faktum ist umso bemerkenswerter, als die heutige Generation hochbetagter Menschen besonders traumaträchtigen geschichtlichen Ereignissen wie dem Holocaust, zwei Weltkriegen, Flucht und Vertreibung mit all den sie begleitenden (auch sexuellen) Gewaltübergriffen sowie materiellen Notzeiten ausgesetzt war.

Am Beispiel einer 77-jährigen Frau, die an einem Forschungsprojekt zur Verarbeitung komplexer Traumata teilgenommen hat, wird ein Einblick gegeben, welche Formen des Umgangs alte Menschen mit erfahrenen Traumata finden können und wie sich diese auf die aktuelle Situation und Befindlichkeit im Alter auswirken. Dabei wird deutlich, wie wenig Unterstützung ältere Menschen für die Integration erfahrener seelischer Verletzungen von der Gesellschaft erhalten. Ein kurzer Exkurs zu einigen Alternativen, die klinisch-sozialarbeiterische Ansätze in diesem Bereich bieten könnten, schließt den Text.

6.1 „Der menschliche Wille ist stark und vermag vieles“

Frau Ohnstedt ist 77 Jahre alt, Rentnerin, und war neben ihrer Aufgabe als alleinerziehende Mutter langjährig im kaufmännischen Bereich angestellt. Sie ist in zweiter Ehe verwitwet. Zur Familie ihres Sohnes steht sie in regem Kontakt. *Frau Ohnstedt* wurde vom acht bis zum zwölften Lebensjahr von ihrem acht Jahre älteren Cousin regelmäßig vergewaltigt. In einem Forschungsgespräch (Gahleitner 2004, 2005) sprach sie das erste Mal über ihre sexuellen Gewalterfahrungen: „Er hat mich vergewaltigt. Er war ein richtiger Sadist. Aber fragen Sie mich nicht, ich hab das vollkommen verdrängt ... ich wusste, das ist hier verschlossen, und das musste dort bleiben.“ *Frau Ohnstedt* schilderte ausführlich die Unmöglichkeit, die Gewalthandlungen im Kontext der allgemeinen Tabuisierung des Themas in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts aufzudecken: „Ich hätte es nicht über die Lippen bekommen. Angst ist mächtig.“ Bis heute fügt sie sich aufgrund schwerer Schuld-

zuweisungen in ihr Schicksal: „Ich habe es einfach akzeptiert, weil ich ja schuldig war, mitschuldig jedenfalls ... ich hätte es ja verhindern können, oder müssen. Oder?“ Bereits als Jugendliche hatte sie unmittelbar im Anschluss an die Gewalterfahrung Suizidgedanken: „Ich bin manchmal in den Wald gegangen und habe die Bäume angeguckt, habe gedacht: ‚Ach, da raufklettern und einfach runterfallen?‘ ... das war grausam, das Gefühl. Das kann man gar nicht wiedergeben.“ Im jungen Erwachsenenalter beging sie mit Alkohol und Tabletten einen Suizidversuch, den sie nur knapp überlebte. Im Krieg wurde sie beinahe erneut vergewaltigt – durch einen ‚hilfreichen Fremden‘ – ein Schicksal, das sie mit zahlreichen anderen Frauen teilt.

In ihrem beschwerlichen Leben mit immer wiederkehrenden existenziellen Bedrohungen hatte sie jedoch kaum Gelegenheit, sich mit ihren Kindheitserlebnissen zu befassen. Die Ablehnung durch die eigene Mutter, Krieg, Hunger, Zerstörung und später das Leben als erwerbstätige und alleinerziehende Mutter ließen sie gar nicht zu einer Beschäftigung mit der Vergewaltigungserfahrung kommen: „Ich möchte nicht sagen, dass ich es ganz vergessen habe, aber dadurch, dass immer wieder neue Tragödien oder Situationen eingetreten sind, die das Alte verdeckt haben, musste ich unheimlich viel verarbeiten. Es gab immer noch schlimmere Situationen.“

Auf die Frage, wie sie es geschafft habe, ihr Leben zu meistern, sagte *Frau Ohnstedt* spontan: „Wissen Sie was, das weiß ich selber nicht so genau ... Aber ich wusste, du hast ein Kind, und du musst für es da sein.“ Das Bedürfnis, „alleine damit fertig werden zu müssen“, zieht sich durch *Frau Ohnstedts* Leben wie ein roter Faden, der fast ein wenig an nationalsozialistische Durchhalteparolen erinnert. „Das Leben ist nicht nur Friede, Freude, Eierkuchen, das Leben ist Kampf“, sagte sie im Interview. „Du musst dich erziehen, an dir arbeiten, nicht wahr?“ An professionelle Hilfe hat sie nie zu denken gewagt: „Ich habe noch nie einen Therapeuten benutzt.“ Heute jedoch ist alles – für sie unerwartet – wieder ganz präsent: „Richtig aufgewühlt bin ich jetzt erst, wo ich mein ganzes Leben rotieren lasse. Da habe ich mich beschäftigt, mit meiner Jugend. Und seitdem bin ich penetrant traurig, unglücklich und wütend – alles auf einmal.“

6.2 Trauma und Altern

Die wenigsten Menschen sprechen im Alter von ihren traumatischen Erfahrungen, deshalb handelt es sich bei *Frau Ohnstedt* keineswegs um einen Einzelfall. Internationale Untersuchungen weisen

sexuelle Gewalt als ein altersübergreifendes Phänomen mit alarmierend hohen Prävalenzraten und Folgeerscheinungen aus (Bange; Deegener 1996; Böhmer 2000). Das Schweigen aufgrund von Tabuisierungsphänomenen, Traumadynamiken und verinnerlichten Schuld- und Schamgefühlen spiegelt sich in der fehlenden Antwort des Fachdiskurses und Hilfennetzes. Posttraumatische Beschwerden lassen sich über viele Jahre hinweg durch eine Reihe ausgeklügelter Bewältigungsstrategien unterdrücken, und in dieser, manchmal als „Latenzperiode“ (Aarts; Velde 2000, S. 290) bezeichneten Phase, machen lediglich „isolierte Symptome“ auf die erfahrene Traumatisierung aufmerksam. Die daraus resultierende „Lebenskraft“ geht jedoch mit einem hohen Energieaufwand für den ganzen Organismus einher (Heuft 2004).

Besteht also über einen langen Zeitraum hinweg keine Möglichkeit, traumatische Belastungen zu öffnen und zu verarbeiten, erhöht sich das Risiko langfristiger Folgeerscheinungen (Gahleitner 2005). Insbesondere im Übergang vom mittleren zum hohen Lebensalter erfährt die posttraumatische Belastung dabei häufig eine neue Dimension, in der sich alternde Menschen plötzlich – wie auch *Frau Ohnstedt* beschreibt – „aufgewühlt“ und nach all den Jahren des Durchhaltens überfordert fühlen. Dies geht nicht selten mit den sich verändernden Lebensbedingungen einher – dem zunehmenden Austritt aus dem öffentlichen Leben, körperlichen Funktionsverlusten und dem Abschied von vertrauten Menschen. Wird der außerordentlichen Bewältigungsleistung also durch die mit dem Alter einhergehende psychophysische Abnahme der Belastungsfähigkeit ein natürliches Ende gesetzt?

Gemäß dem gesellschaftlich vorherrschenden Defizitverständnis wird in den meisten Untersuchungen tatsächlich auf Abbauphänomene verwiesen (Gagnon; Hersen 2000). Überträgt man diese Erkenntnisse auf das Leben von *Frau Ohnstedt*, stößt man hier auf einen interessanten Widerspruch. Sie wirkt keineswegs vom Alter gezeichnet, für ihre 77 Jahre macht sie einen rüstigen Eindruck, treibt Sport, blieb bisher von schwerwiegenden Einbußen durch Krankheit verschont und ist sozial hoch kompetent. *Frau Ohnstedt* benennt eine andere Stelle, an der sie die Erinnerungen an das Trauma erneut „heimgesucht“ haben: Als sie sich mit ihrer Biographie beschäftigte und „ihr Leben nochmals rotieren ließ“, geriet sie mit der Jahrzehnte zurückliegenden sexuellen Gewalterfahrung in Konflikt. Sie bringt ihre Belastung also keineswegs mit einem psychophysischen Verfallsprozess des Alterns in Zusammenhang, sondern eher mit Prozessen der Selbstreflexion.

Auch moderne gerontologische Theorien widersprechen dem Defizitmodell des Alterns. Nach dem Kompetenz-Modell wird eine Unterscheidbarkeit und Unterscheidungsnotwendigkeit verschiedenartiger Entwicklungsverläufe im Prozess des Alterns gefordert (Lehr 1991). Aus dieser Perspektive bietet das Altern wie jede andere Phase im Lebenszyklus neben spezifischen Herausforderungen zahlreiche Chancen (Saup 1991). Zu ihnen gehörten die Annahme und Integration der eigenen Vergangenheit und Gegenwart und die Herstellung von Kohärenz und Selbstkontinuität im Sinne einer reiferen Ich-Integrität. Traumatische Belastungen können diesen Prozess jedoch stark behindern (Kolk 2000).

Bei *Frau Ohnstedt* wird sehr anschaulich, dass eben diese Interaktion der Entwicklungsaufgaben des Älterwerdens mit den Anforderungen einer verspätet einsetzenden posttraumatischen Belastungsstörung sie vor Probleme stellt. Beim biographischen Rückblick auf ihr Leben stieß sie auf bisher nicht integrierte Erinnerungen, die angesichts der damaligen Lebensumstände nicht angemessen verarbeitet werden konnten. Dieses Phänomen bezeichnet man als „posttraumatische Belastungsstörung mit verspätetem Beginn“ (Somer 2000).

Dies bedeutet jedoch nicht, dass altersbedingte Belastungen keine Rolle bei einer spät auftretenden posttraumatischen Belastung spielen; sie stellen aber für sich genommen noch keine hinreichende Bedingung für eine solche dar. Traumatisierte Menschen begegnen jedoch auf dem Weg des Alterns zusätzlichen Anforderungen und haben damit eine „doppelte Aufgabe“ (Aarts; Velde 2000, S. 304) zu erfüllen. Aus dieser Tatsache lässt sich schlussfolgern, dass eine frühe Traumatisierung ein Entwicklungsrisiko im Alter darstellt, welches nicht aus Defiziten erwächst, sondern mit der Kumulation von Aufgabenstellungen im Alter zusammenhängt.

6.3 Praxisrelevante Aspekte

Die Annahme, dass ältere Traumabetroffene eine „verstärkte Empfindlichkeit“ für Belastungen zeigen, die mit dem „psychophysischen Verfall des Organismus“ einhergehen, zeichnet ein verzerrtes Bild alternder Menschen, welches den Möglichkeiten und Ressourcen, die dieser Lebensphase innewohnen, nicht gerecht wird. Werden diese Phänomene als Teil des degenerativen Prozesses missdeutet, so stärkt dies die Haltung, alte Menschen zum „alten Eisen“ zu zählen, für die es sich nicht mehr lohnt, das Sozialversicherungssystem mit Ausgaben zu belasten. Am Beispiel von *Frau Ohnstedts* Biographie wird deutlich, dass die hohe Belastungsfähigkeit im Verlauf

des Lebens mit dem Risiko des Aufbrechens der Erfahrungen im Alter einhergeht und nur geringe Möglichkeiten bestehen, an dieser Stelle professionelle Hilfe zu Rate zu ziehen. Die individuelle Scheu, das professionelle Netz zu nutzen, ist dabei umrahmt von gesellschaftlichen Bildern über Traumatisierung einerseits und die Wertlosigkeit der Lebensphase Alter andererseits. Eine Fixierung auf das Alters-Defizienz-Modell führt damit auch zu einem unangemessenen Pessimismus hinsichtlich der Prognose der Psychotherapie älterer Patientinnen und Patientinnen – aus Professionellen- wie aus Klientensicht.

Im Gegensatz zu dieser Betrachtungsweise verfügt *Frau Ohnstedt* über zahlreiche dynamische, ressourcenstarke und lebensfrohe Seiten, an denen es sich lohnen würde, therapeutisch anzusetzen. Für eine angemessene Behandlung älterer Traumaopfer ist es jedoch wichtig, besondere Aufmerksamkeit auf diejenigen Prozesse zu richten, die tatsächlich zu ihrer Dekompensation beitragen. Erste Schritte in diese Richtung sind in den letzten Jahren bereits erfolgt (dazu zum Beispiel *Märcker; Müller 2004, Reddemann 2004, Schlesinger-Kipp 2004*).

Obwohl ältere Menschen in der Regel wenig mit dem psychologischen Wortschatz vertraut sind und auch keine Anspruchshaltung auf Hilfe von professioneller Seite haben, schließt dies die „Ansprechbarkeit“ von Hilfemaßnahmen nicht aus. Fortgeschrittenes Alter ist keineswegs eine Kontraindikation für Psychotherapie oder Beratung. Klinisch-sozialarbeiterische Hilfestellung als alternatives Unterstützungsangebot zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie bedarf jedoch eines komplexen, anspruchsvollen und verständnisgenerierenden theoretischen Rahmens, in dem die Beziehungsgestaltung Vorrang besitzt und an der aktuellen Lebenssituation der Klientel angeknüpft wird. „Die Komplexität der Beziehungsdimension“ (*Stemmer-Lück 2004, S. 55*) in der Sozialen Arbeit stellt eine Herausforderung an die helfende Diagnostik und Intervention dar.

Methodisch ist dieses Vorgehen von einer integrativen Ausrichtung geprägt, die auf der Basis einer humanistischen Grundhaltung und tiefenpsychologischen Verstehens die Beziehung als Hauptachse versteht und verhaltenstherapeutische, gestalttherapeutische, psychodramatische und körperorientierte Techniken interaktiv verbindet (dazu für den Traumabereich *Petzold u.a. 2000*; für die Klinische Sozialarbeit *Gahleitner 2006*). Im Hilfeprozess wird versucht, eine Balance zwischen gegenwärtigen und vergangenen Themen, tragender und aktivierender Grundhaltung, begegnungs-, einsichts- und

zielorientierten Interventionen herzustellen. Daraus ergibt sich eine zeitliche Orientierung an den momentan präsenten Phänomenen, die über den Rückblick in die Strukturen und den Vorausblick in die Entwürfe erschlossen werden. Ziel sind indikationspezifische und situationsadäquate Interventionen, die „vitale Evidenzerfahrungen“ als Synergieeffekte körperlichen Erlebens, emotionaler Erfahrung, rationaler Einsicht und sozialer Bedeutsamkeit bieten.

Grundvoraussetzung für die Hilfestellung ist häufig zunächst, den Klientinnen und Klienten, die noch nie einen „Therapeuten benutzt haben“, Selbstverständlichkeit und Vertrauenswürdigkeit bezüglich professioneller Hilfe überhaupt möglich zu machen. Dies wird im Interview mit *Frau Ohnstedt* deutlich. Zu Beginn fordert sie mehrfach dazu auf, das eben Gesagte schnell wieder zu vergessen: „Können Sie so was alles gut verarbeiten, wenn Sie das hören, das müssen Sie, ja? Sie müssen das heute Abend nicht mit schlafen nehmen? Nein, das müssen Sie vergessen. – Ja? – Man muss sich selber durchbeißen, nicht?“ In dem mehrstündigen Gesprächsfasst *Frau Ohnstedt* allmählich Vertrauen und kann das Angebot von Zuhörerschaft, aufrichtigem Interesse und Entlastung für sich nutzen: „Ich denke, Sie könnten öfter mal kommen, ich könnte noch tagelang erzählen“, resümiert sie am Ende des Interviews.

6.4 „Ich bin erstaunt ... dann hat das ja einen Sinn, was ich hier mache“

Inzwischen hat sich über diese Brücke ein lockeres Beratungssetting mit *Frau Ohnstedt* entwickelt, welches zwischen Biographiearbeit, Alltagsberatung und Krisenintervention flexibel zu springen vermag und in dem sich eine Frequenz von zirka 14-tägigen bis monatlichen Begegnungen eingependelt hat. In der warmen Jahreszeit ist es ihr dafür hilfreich, den Weg in die Praxis als Tagessstruktur positiv für sich zu nutzen, in der kalten Jahreszeit wäre dies aufgrund der weiten Fahrstrecke und ihres fortgeschrittenen Alters nicht machbar, so dass die Beratungssequenzen bei ihr zu Hause stattfinden. *Frau Ohnstedt* war es bisher möglich, ihre Traumatisierung beruhigend in einen größeren Kontext einzubetten, psychoedukativ darüber informiert zu sein, welche Symptome in ihrem Leben vermutlich darauf zurückzuführen sind, einen gewissen Stolz auf ihre Copingfähigkeiten zu entwickeln und ihren zuweilen mit negativen Stimmungen durchzogenen Alltag besser verstehen zu können. In den letzten Monaten hat sie angedacht, ihrem Sohn mehr aus ihrem Leben zu erzählen und dabei auch die traumatischen Aspekte für ihn zugänglich zu machen. So könnte auch für ihn ihr manchmal schwankender Lebensalltag,

für den es sonst wenige Ursachen zu nennen gäbe, besser verständlich werden. Vereinzelt war es auch möglich, in einem geschützten Setting, unterstützt durch kreativtherapeutische Angebote, sowohl erlebnisorientiert an traumatischen Inhalten zu arbeiten als auch ressourcenorientierte Bewältigungshilfen zum Einsatz kommen zu lassen, um den Umgang mit bedrohlichen überflutenden Gefühlen zu erlernen und innere Sicherheit zu entwickeln. Dazu leistete die Biographiearbeit einen wichtigen Beitrag (Schulze 2006). *Frau Ohnstedt* äußerte den Wunsch, ihre Biographie niederzuschreiben beziehungsweise niederschreiben zu lassen (eventuell im Rahmen eines studentischen Projekts).

Inzwischen ist sie selbst bei einem Wohlfahrtsverband in der Betreuung alternder Menschen tätig und hat dort die Verantwortung für eine hoch betagte Dame übernommen, deren Begleitung ihr sehr wichtig geworden ist und ihr ermöglicht, ihre Erlebnisse ins Verhältnis zu Anderen zu setzen, die ebenfalls eine von Kriegen durchzogene Biographie bewältigt haben. Kurzreisen und Kartenspielnachmitage mit Freundinnen sind wieder häufiger geworden. „Ich bin erstaunt ... dann hat das ja einen Sinn, was ich hier mache“, griff sie vor Kurzem eine ihrer letzten Bemerkungen aus dem Interview erneut auf.

An dem Fallbeispiel wird deutlich, wie sehr gerade die im Traubereich erforderliche Diagnostik und Intervention unter einem breiten personen- wie umfeld- und sozialstrukturellen Fokus auf die Kernkonzepte Klinischer Sozialarbeit verweist (Pauls; Mühlum 2004). Mit ihrem bio-psychosozialen Ansatz „therapy plus of persons in situations“ ermöglicht Klinische Sozialarbeit das geschilderte indikationspezifische und kontextorientierte Vorgehen. Um also an der richtigen Stelle angemessen intervenieren zu können, erfordert das Phänomen „posttraumatische Belastungsstörung“ (PTSD) im Gegensatz zur pessimistischen Prognostik in der Psychotherapielandschaft alten Menschen gegenüber flexible Settings und mehrdimensionale diagnostische und interventive Herangehensweisen unter Einbezug des soziohistorischen Kontextes. Darüber hinaus ist eine ressourcenorientierte Betrachtung, letztlich eine sozialgerontologische Psychotraumatologie beziehungsweise eine klinisch-sozialarbeiterische Herangehensweise notwendig.

„An PTSD leidende ältere Menschen sind gerne bereit, beeinträchtigende Denk- und Verhaltensmuster zu verändern. Selbst kleine Veränderungen können zu großen Verbesserungen der Lebensqualität führen. Ja mehr noch, die Würde und der Einfallsreich-

tum, die Ältere oft zeigen, ist oft ein beachtliches Zeugnis für die Widerstandskraft des menschlichen Geistes“ (Hankin 1997, S. 358). Die Posttraumatische Belastungsstörung im Alter verdient daher eine spezielle interdisziplinäre Betrachtung, eine umfassende bio-psychosoziale Diagnostik und klinisch-sozialarbeiterische interventive Antwort, die jeweils indikationsspezifisch und situationsadäquat kreative Bewältigungsleistungen unterstützt und gemeinsam im Dialog mit den Betroffenen weiter entwickelt.

Literatur

- Aarts, P.G.H.; Velde, W. op den: Eine früh erfolgte Traumatisierung und der Prozeß des Alterns. Theorie und klinische Implikationen. In: Kolk u.a. (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Paderborn 2000, S. 289-308
- American Psychiatric Association (APA): Practice guidelines for the treatment of patients with Alzheimer's Disease and other dementias of later life. In: American Journal of Psychiatry 154/1997, Supplement S. 1-39
- Antonovsky, A.: Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco 1979
- Arber, S.; Ginn, J.: Gender and later life. A sociological analysis of resources and constraints. London 1991
- Badura, B; Kickbush I. (Hrsg.): Health promotion research towards an new social epidemiology. WHO regional publications European Series 37/1991
- Bange, D; Deegener, G.: Sexueller Mißbrauch an Kindern. Ausmaß, Hintergründe, Folgen. Weinheim 1996
- Bengel, J. u.a.: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Köln 1998
- Blüchel, K.G.: Heilen verboten – töten erlaubt. Gütersloh 2003
- Böhmer, M.: Erfahrungen sexueller Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Frankfurt am Main 2000
- Brooks, J.D.: Salutogenesis, successful aging, and the advancement of theory on family caregiving. In: McCubbin u.a. (Hrsg.): Stress, coping, and health in families: sense of coherence and resiliency. Thousand Oaks 1998, S. 227-248
- Dech, H.: Wie können pflegende Angehörige von Demenzkranken wirksam unterstützt werden? Fragen an eine psychosoziale Versorgungsforschung. In: Soziale Arbeit 12/2004
- Dech, H.; Machleidt, W.: Relevance and applicability of the CANE in the German health care system. In: Orrell; Hancock (Hrsg.): Needs assessment for the older person. The Camberwell Assessment of Need for the Elderly. London 2004
- Donaldson, C. u.a.: The impact of symptoms of dementia on caregivers. In: British Journal of Psychiatry 170/1997, S. 62-68
- Gagnon, M; Hersen, M.: Unresolved childhood sexual abuse and older adults: Late-life Vulnerabilities. In: Journal of Clinical Geropsychology 3/2000, S. 187-198
- Gahleitner, S.B.: „Ich wusste, das ist hier verschlossen und das musste dort bleiben“. Sexuelle Gewalterfahrung – (k)ein Thema im Alter. In: Psychologie & Gesellschaftskritik 1/2004, S. 55-69
- Gahleitner, S.B.: Sexuelle Gewalt und Geschlecht. Hilfen zur Traumabewältigung bei Frauen und Männern. Gießen 2005
- Gahleitner, S.B.: „ICD plus“ und „Therapie plus“ – Diagnostik und Intervention in der Klinischen Sozialarbeit. In: Klinische Sozialarbeit, Sonderausgabe 2006, S. 12-22. Online verfügbar unter: www.klinische-sozialarbeit.de
- Geissler-Piltz, B. u.a.: Klinische Sozialarbeit. München 2005

- Goldberg, D.; Blackwell, B.:** Psychiatric illness in general practice. In: British Medical Journal 2/1970, S. 439-443
- Gunzelmann, T. u.a.:** Das Kohärenzgefühl bei älteren Menschen. Zusammenhänge mit der subjektiven Gesundheit und körperlichen Beschwerden. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 3/2000, S. 245-265
- Hankin, C.S.:** Chronische posttraumatische Belastungsstörungen im Alter. In: Maercker, A. (Hrsg.): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin 1997, S. 356-384
- Hegeler, H.:** Die soziale Beratung in der geriatrischen Rehabilitation. Vortrag auf der Fachtagung „Generationen in Familie und Gesellschaft in einem zusammenwachsenden Europa“ am 29.-30.9.2005 in Mannheim
- Heuft, G.:** Traumatisierung im Lebenslauf und Trauma-Reaktivierung im Alter. In: Psychotherapie im Alter 3/2004, S. 22-35
- Kolk, B.A.:** Die Vielschichtigkeit der Anpassungsprozesse nach erfolgter Traumatisierung: Selbstregulation, Reizdiskriminierung und Entwicklung der Persönlichkeit. In: Kolk, Bessel A. van de u.a. (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Paderborn 2000, S. 169-194
- Köppel, M.:** Salutogenese und Soziale Arbeit. Lage 2003
- Lehr, U.:** Psychologie des Alterns. Heidelberg 1991
- Levin, E. u.a.:** Better for the break. London 1994
- Mace, N.L; Rabins, P.V.:** Der 36-Stunden-Tag. Die Pflege des verwirrten älteren Menschen, speziell des Alzheimer Kranken. Bern 1996
- Märcker, A; Müller, J.:** Erzähltechniken in der Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen bei älteren Menschen. Life-Review und Testimony. In: Psychotherapie im Alter 3/2004, S. 37-48
- Pauls, H.:** Klinische Sozialarbeit. Weinheim 2004
- Pauls, H; Mühlum, A.:** Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) – Sektion Klinische Sozialarbeit. Ohne Ort, 2004. Online verfügbar unter: www.klinische-sozialarbeit.de
- Petzold, H.G. u.a.:** „Integrative Traumatherapie“ – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: Kolk, Bessel A. van de u.a. (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Paderborn 2000, S. 445-549
- Rauchfleisch, U.:** Menschen in psychosozialer Not. Beratung, Betreuung, Psychotherapie. Göttingen 2004
- Reddemann, L.:** Spätfolgen von Traumatisierungen – Möglichkeiten und Erfordernisse stationärer Therapie. In: Psychotherapie im Alter. 3/2004, S. 49-58
- Rennemark, M; Hagberg, B.:** Sense of coherence among the elderly in relation to their perceived life history in an Eriksonian perspective. In: Aging Mental Health 1/1995, S. 221-229.
- Saup, W.:** Konstruktives Altern. Göttingen 1991
- Schlesinger-Kipp, G.:** „Meine Kindheit im Krieg und auf der Flucht“ – Gesprächskreis mit 60- und 70-Jährigen. In: Psychotherapie im Alter 3/2004, S. 67-77
- Schulze, H.:** Biografietheoretische Konzeptualisierung als soziale und geschichtliche Dimensionierung des Psychischen. In: Klinische Sozialarbeit 2/2006, S. 10-12
- Siegrist, J.:** Medizinische Soziologie. Elsevier 2005
- Somer, E.:** Effects of incest in aging survivors: Psychopathology and treatment issues. In: Journal of Clinical Geropsychology, 6/2000, S. 53-62
- Stemmer-Lück, M.:** Beziehungsräume in der Sozialen Arbeit. Psychoanalytische Theorien und ihre Anwendung in der Praxis. Stuttgart 2004
- Thiele, G.:** Soziale Arbeit mit alten Menschen. Köln 2001
- WHO, World Health Organization:** The World Health Report 2001. Mental Health: New Perspectives, New Hope. Genf 2001
- Wiesmann, U. u.a.:** Salutogenese im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 5/2004a, S. 366-376
- Wiesmann, U. u.a.:** Salutogenese im Alter – Kohärenzgefühl und psycho-soziale Widerstandsressourcen älterer aktiver Menschen. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 3/2004b, S. 179-193
- Wissert, M.:** Ambulante Rehabilitation alter Menschen. Beratungshilfen durch das Unterstützungsmanagement. Freiburg im Breisgau 1996
- Zarit, S.H.; Orr, N.K; Zarit, J.M.:** The hidden victims of Alzheimer's disease. Families under stress. New York 1985

Aktivierung depressiver alter Menschen

Sozialpädagogische Intervention in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik

Antonia Scheib

Zusammenfassung

Das Ziel von sozialpädagogischen Interventionen in der Arbeit mit gerontopsychiatrischen Patienten und Patientinnen mit der Diagnose Depression ist es, die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen und dazu beizutragen, ihren psychischen und auch physischen Gesundheitszustand zu verbessern beziehungsweise zu stabilisieren. Die Interventionen werden dann erfolgreich sein, wenn multiple Indikatoren berücksichtigt werden.

Abstract

The intention of therapeutical work with gerontopsychiatric persons diagnosed as suffering from depression is to increase the quality of their lives and also to improve, respectively to stabilize their physical and psychic health status. The interventions will be successful if multiple indicators are considered.

Schlüsselwörter

alter Mensch – Depression – Therapie – Sozialpädagogik – teilstationär – Gerontopsychiatrie

Einführung

Erfolgreiche aktivierende Interventionen in der Arbeit mit depressiven alten Menschen im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung in einer Tagesklinik basieren auf der Berücksichtigung multipler patientenbezogener und infrastruktureller Faktoren. Gerade bei diesem Personenkreis häufen sich soziale Belastungsfaktoren wie soziale Isolation und Inaktivität. Neben den persönlichen Voraussetzungen zur Umsetzung (körperliche, seelische und geistige Fähigkeiten und Einschränkungen, finanzielle Möglichkeiten, Unterstützung durch Angehörige) sind die reale Mobilität der Patienten und Patientinnen und die Angebote vor Ort zu berücksichtigen. Ein wichtiger Indikator für das Integrieren von Aktivitäten in den Alltag ist, dem Patienten, der Patientin durch eigenes Erleben der Angebote und den damit verbundenen positiven Gefühlen die Wirkung und somit Sinnhaftigkeit der Interventionen zu vermitteln. Es empfiehlt sich, die Aktivitäten bereits während der teilstationären Behandlung im Rahmen von Belastungserprobungen durchzuführen. Die weitere Beibehaltung der Aktivitäten auch in der Zeit nach der Entlassung trägt zu einer Stabilisie-

zung des psychischen Gesundheitszustandes der Patienten und Patientinnen bei, wirkt Vereinsamungstendenzen entgegen und erhöht die subjektiv erlebte Lebenszufriedenheit. Dies wird durch die sich aus den Aktivitäten ergebenden Sozialkontakte, die Strukturierung des Alltags und die dadurch erreichbare Verbesserung des Selbstbildes der Patienten und Patientinnen erreicht. Die Erfahrungswerte basieren auf der langjährigen sozialpädagogischen Arbeit in der Altentagesklinik am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim.

Sozialanamnese

Die Grundlage der aktivierenden, sozialpädagogischen Interventionen bildet die Sozialanamnese, die zum Zeitpunkt der Aufnahme der Patientinnen und Patienten in die Altentagesklinik erhoben wird. Diese Daten bilden die Basis für die Interventionen, die im Laufe der Behandlung durchgeführt werden. Anhand mehrerer Gespräche werden Informationen hinsichtlich der früheren und aktuellen Interessen, der aktuellen Sozialstruktur (Familie, Freunde, Bekannte), der innerfamiliären Situation und auch der finanziellen Möglichkeiten gesammelt. Darüber hinaus werden die Freizeitaktivitäten (aktuell und vor der Erkrankung) sowie die infrastrukturellen Rahmenbedingungen im Lebensumfeld der Betroffenen erhoben. Weitere Aspekte, die die Sozialanamnese komplettieren, sind die körperliche Beweglichkeit (selbstständig oder nur mit fremder Hilfe mobil) und sonstige somatische Einschränkungen neben der seelischen und geistigen Befindlichkeit. Im Rahmen des interdisziplinären Austausches werden die multiplen Daten gesammelt und im Behandlungsverlauf immer wieder modifiziert.

Die Biographie, die aktuellen Lebensumstände und die gegebenen persönlichen Ressourcen, sowie die Kenntnis der realen, wohnortnahen Angebote, sind wichtige Informationsgrundlagen. Nur wenn die Individualität der Betroffenen berücksichtigt wird, können realistische, Erfolg versprechende sozialpädagogische Interventionen geplant werden, deren Durchführung nach deren Entlassung akzeptiert und somit integriert wird. Nur dann, nach der Integration in den nachstationären Alltag, ist die Intervention als erfolgreich zu bezeichnen. Eine „Intervention von der Stange“, die den Patienten und Patientinnen aufgepropft wird, von der sie nicht überzeugt sind, führt häufig zu einem Abbruch oder Boykott.

Das Einbinden der Biographie darf nicht außer Acht gelassen werden, denn die Patienten bringen einen individuellen Erfahrungsschatz mit. Gerade Frauen im hohen Lebensalter durchlebten oft eine soge-

nannte „Normalbiographie“ (Basisschulausbildung, kurze Berufstätigkeit, Ehe, Kinder, Hausfrauenarbeit). Dass es diesen Frauen, die außerfamiliäre Kontakte nur reduziert beziehungsweise auf Distanz pflegten, schwer fällt, im hohen Alter „dem Müßiggang zu frönen“ und „neue Freundschaften begründen zu sollen“, ist nachvollziehbar. Allein schon der Gedanke, ihre freie Zeit mit „sinnlosen Dingen zu ihrem Vergnügen zu verbringen“, empfinden viele dieser Frauen als unakzeptabel und nicht erstrebenswert. „Leben heißt arbeiten und wer nicht mehr arbeitet ist nutzlos“, diese Überzeugung ist noch immer in vielen Köpfen verankert. Einfach nur in einer Seniorentagesstätte Kaffee trinken? Das ist oft nur schwer vermittelbar und stellt eine Herausforderung für die Sozialpädagogin, für den Sozialpädagogen und im Einzelfall für die Angehörigen dar.

Bewährtes reaktivieren – Neues anregen

Ein Faktor, der für Lebenszufriedenheit und seelische Gesundheit im Alter wichtig ist, sind Sozialkontakte. So berichtet eine Reihe von Patientinnen und Patienten von Sozialkontakten und Freizeitaktivitäten, die sie in früheren, seelisch gesunden Jahren pflegten. Diese im Rahmen der biographischen Gespräche erhobenen Interessen müssen im sensiblen Gespräch hinsichtlich ihrer Praktikabilität in der Gegenwart modifiziert werden. Es ist zu berücksichtigen, dass viele langjährige Sozialkontakte durch Krankheit und Tod im Familien- und Freundeskreis nur noch eingeschränkt gelebt werden können. Der Trauer über diese Verluste sollte im Rahmen der Gespräche Raum gegeben werden.

Durch das Nachlassen der Fähigkeiten und Fertigkeiten infolge von Alter und Erkrankung sind darüber hinaus viele Freizeitaktivitäten, die einmal gern wahrgenommen wurden, wie zum Beispiel wandern, lesen oder handarbeiten, nicht mehr möglich. Schwerpunkt der Empfehlungen sollte in erster Linie immer die Reaktivierung früherer sozialer Aktivitäten sein, sofern diese noch durchführbar sind. Alte Bekanntschaften wieder aufzunehmen, an frühere Kontakte anzuknüpfen, an brachliegenden Vereinsaktivitäten wieder anzusetzen, ist häufig einfacher als sich in völlig neue Sozialgefüge zu integrieren.

Im Rahmen der Gespräche sollte gemeinsam mit den Klienten und Klientinnen über neue Strategien zur Pflege der möglicherweise brachliegenden Kontakte nachgedacht werden. Vielleicht kann ein Hol- und Bringdienst helfen, den langjährigen Kontakt mit einer in der gleichen Stadt lebenden Freundin, einem Freund aufrechtzuerhalten, selbst wenn bei- de Personen körperlich nicht mehr in der Lage sind,

öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen. Vielleicht können noch mobile Freunde die mittlerweile immobilen besuchen. Regelmäßige Telefonkontakte ermöglichen es, sozialer Isolation entgegenzuwirken. Hier zeigt der Beratungsalltag, dass sich viele Patientinnen und Patienten eher passiv verhalten und auf Anrufe warten, anstatt selbst einmal anzurufen.

Angebote der Altenhilfe

Eine wichtige Komponente bei der Planung sozialpädagogischer Interventionen ist die Kenntnis der infrastrukturellen Rahmenbedingungen, das heißt, ob sich in räumlicher Nähe zum Beispiel eine Seniorentagesstätte befindet und ob diese mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar ist. Die Fachkraft muss hier realistische Wegstrecken für die individuelle Person zugrunde legen. Optimal wäre eine Wegbegleitung durch Angehörige oder eine Fachkraft und damit ein realistisches Abschätzen der Umsetzbarkeit. Schon eine Strecke von 500 Metern zur nächsten Bahn kann zu Fuß zu weit sein.

In Mannheim besteht ein flächendeckendes Stadtteilangebot an Seniorentagesstätten. Die Treffs haben in der Regel werktags bis zu fünfmal in der Woche in den Zeiten von 14 bis 17 Uhr geöffnet. In den letzten Jahren werden die Angebote zunehmend von Laien durchgeführt und die Öffnungszeiten reduziert. Es kommt auch vor, dass eine Fachkraft zwei Tagesstätten betreut. Negativ ist, dass viele Tagesstätten eine lange Sommerpause einplanen, so dass häufig keine Veranstaltung während eines ganzen Sommermonats stattfindet. Diese Entwicklungen tragen nicht dazu bei, Menschen, die besonderer Aufmerksamkeit und Fürsorge bedürfen, guten Gewissens in diese Einrichtungen zu vermitteln.

Einige Patienten und Patientinnen fühlen sich, besonders wenn sie geistig noch sehr rege oder gar in jüngerem Lebensalter sind, zu „jung“ für die Seniorentagesstätte. Leider ist die Besucherstruktur vieler dieser in den Stadtteilen angesiedelten Treffs in der Tat durch Hochbetagte geprägt, und in dieser Altersgruppe zumeist durch Frauen. Dies erschwert oft, gerade männlichen Patienten ein geeignetes Angebot zu machen. Auch äußern einige Patientinnen, dass es sie langweilt, „nur Kaffee zu trinken“. Tatsache ist, dass sich die Angebote der Seniorentagesstätten einerseits nach den Möglichkeiten der zunehmend ehrenamtlich tätigen Leitung vor Ort sowie an den erkennbaren Interessen der Besuchenden orientieren. Es fällt auf, dass sich die Bevölkerungsstruktur auch in den Inhalten der Beschäftigungsangebote der Tagesstätten widerspiegelt. In Stadtteilen in denen Bewohnerinnen und Bewohner mit höhe-

rem Bildungsniveau leben, werden auch anspruchsvollere Inhalte (Umgang mit Computern, Internet, Fremdsprachen) geboten und wahrgenommen. Von einem Mitspracherecht hinsichtlich der Veranstaltungsinhalte machen die Seniorinnen und Senioren kaum Gebrauch. Die vorhandenen Angebote werden entweder konsumiert oder die Besuche der Tagesstätten eingestellt. Mitgestaltung ist kein Thema.

Kirchliche Angebote für Seniorinnen und Senioren laufen meist in einer zeitlich lockeren Frequenz. Häufig sind sie jahreszeitlich festgelegt. So findet zum Beispiel ein „Senioren-Weihnachtskaffee“ oder ein Treffen im Rahmen des Kirchenbasars statt. Manche Gemeinden bieten derzeit aus personellen Gründen keine Gruppenangebote mehr an. Somit ist oftmals der Besuch des Gottesdienstes die einzige Möglichkeit, um wenigstens ein Zugehörigkeitsgefühl zur Gemeinde zu erreichen. Persönliche Kommunikation findet hier nur selten statt, aber die Teilnahme ermöglicht eine basale Strukturierung des Wochenverlaufs. Die Bindung an Religionsgemeinschaften sollte nicht unterschätzt werden. Die Frage nach „Glauben und Kirche“ sollte auf jeden Fall in der Sozialanamnese Raum haben.

Die Reintegration in Vereinsaktivitäten hat sich bewährt. Durch das gemeinsame Interesse gibt es Gesprächsstoff. Insbesondere Chöre zeichnen sich als mitgliederbindende Aktivitäten aus (Singen, Vorstandstreffen, Sozialkontakte der Chormitglieder untereinander). Mitgliedschaften zu Sportvereinen werden mit zunehmendem Alter eher passiv gepflegt, da die körperlichen Einschränkungen eine aktive Beteiligung oft nicht mehr ermöglichen. Der Wechsel in eine Gruppe mit niedrigeren Anforderungen (Seniorensport) wird vonseiten der Patienten und Patientinnen oftmals nicht erwogen, da sie dies als „Abstieg“ verstehen. Der Neueinstieg in eine Seniorensportgruppe wie zum Beispiel in eine Osteoporosegruppe oder in eine Gruppe für Herzinfarktpatienten ist für aktiveren Menschen sehr geeignet, die bereits während der teilstationären Behandlung Freude an Bewegung hatten. Allerdings werden diese Gruppen nicht überall angeboten.

Altersgemischte Angebote wie Chöre oder Wandervereine sind sehr empfehlenswert. Allerdings haben gerade depressive Patienten und Patientinnen hier verstärkt Schwellenängste, weil sie glauben, dem Anforderungs- und Leistungsprofil nicht gewachsen zu sein. Hier ist viel Überzeugungsarbeit notwendig und eine Belastungserprobung während des teilstationären Aufenthaltes unabdingbar. Kurse bei Volkshochschulen sind aufgrund ihrer zeitlichen Begrenzung

heit (zehn Veranstaltungen und danach Semesterferien) nur für sehr motivierte ältere Menschen geeignet, denen Eigenverantwortlichkeit (erneutes Einschreiben im neuen Semester) unterstellt werden kann. Für alle anderen Patienten und Patientinnen kommt dieses zeitlich befristete Angebot nur eingeschränkt in Betracht. Leider kann aufgrund der infrastrukturellen Rahmenbedingungen häufig kein auf den Patienten, die Patientin optimal zugeschnittenes sozialpädagogisches „Nachsorgeprogramm“ nach der teilstationären Behandlung zusammengestellt werden, da zu viele Kriterien berücksichtigt werden müssen. Die Beschränkung auf das real Machbare ist somit die alltägliche Praxis.

Die Finanzierung

Die Erfahrung zeigt, dass – wenn überhaupt – dann insbesondere kostenfreie Angebote auf Interesse stoßen. Selbst diejenigen, die es sich leisten könnten, sind nur in Ausnahmefällen bereit, Kosten für die Freizeitgestaltung zu tragen. Immer wieder wird die Frage nach einem potenziellen Kostenträger gestellt. Eventuell anfallende Fahrtkosten sind dann schon ein Grund, ein Angebot nicht zu wählen. Während des Aufenthaltes in der Klinik, wenn die Fahrt zur Belastungserprobung im Rahmen der Behandlung übernommen wird, sind die Patienten und Patientinnen zwar bereit, „sich das Angebot einmal anzuschauen“, aber nach der Entlassung wird der Besuch häufig eingestellt.

In diesem Zusammenhang ist die „Karte ab 60“, die zu einem Festpreis monatlich direkt vom Konto eingezogen wird, sehr zu empfehlen. Sie suggeriert oft eine kostenfreie Fahrt, da kein Einzelfahrschein gekauft werden muss, oder stärkt die Motivation, denn „die Karte muss sich ja lohnen“. Die „Karte ab 60“ erleichterte es, sozialpädagogische Interventionen durchzusetzen.

Die Rolle der Angehörigen

Es ist ratsam, schon während der Vorbereitung und Planung der aktivierenden Interventionen die Angehörigen einzubinden. Dies kann zum einen in Form von Angehörigengesprächen oder durch informierende Telefonate geschehen. Wichtig ist es, die Patienten und Patientinnen im Vorfeld immer um Erlaubnis zu fragen, ob mit den Angehörigen Kontakt aufgenommen werden darf. In diesem Zusammenhang sollte der systemische Ansatz und die Auswirkungen der Aktivierung auf die Familie in leicht verständlicher Form vermittelt werden. (Stichworte: Alle sollten am gleichen Strang ziehen./Ihre Angehörigen möchten, dass es Ihnen besser geht./Wenn Ihr Mann von uns hört, dass es für Sie gut ist, wenn

Sie in die Tagesstätte gehen, dann wird er Sie bestimmt hinfahren. /Ihre Tochter wird sich sehr freuen, wenn sie hört, welche tollen Pläne Sie haben.)

Die Angehörigen werden nach der Entlassung eine wichtige Rolle dabei spielen, ob Aktivierungen beibehalten werden oder nicht. Deshalb müssen sie von deren Sinnhaftigkeit überzeugt werden. Wenn Angehörige eine Intervention ablehnen, wird diese nach der Entlassung vermutlich eher abgebrochen als wenn sie diese unterstützen und mittragen.

Fallbeispiele aus der Beratungspraxis

Frau P., 78 Jahre alt, geschieden, Diagnose: Depression, geistig rege und (in gesunden Tagen) vielseitig interessiert, kann aufgrund ihrer Gehbehinderung (sie benötigt einen Gehwagen) und der Wohnsituation (sie wohnt im vierten Stock ohne Fahrstuhl) ihre Wohnung allein nicht mehr verlassen. Die Tochter hat vorgeschlagen, die Mutter zu sich zu nehmen. Dies lehnt die Patientin ab.

Außenaktivitäten kann Frau P. aufgrund der Rahmenbedingungen nicht wahrnehmen, wenngleich sie sich nach sozialen Kontakten sehnt. Durch die Sozialstation und die Tochter ist die Basisversorgung gewährleistet (Einkaufen, Essen, körperliche Pflege, Reinigung des Haushaltes). Frau P. ist in keine Pflegestufe eingruppiert, was bedeutet, dass sie eine Tagespflegeeinrichtung selbst finanzieren müsste. Frau P. erhält Grundsicherung, Eigenmittel sind nicht vorhanden.

Die *theoretische sozialpädagogische Intervention* sähe vor, einen Umzug in eine betreute Wohnung vorzuschlagen, eine Einrichtung mit integrierter Tagesstätte auszuwählen, die Frau P. barrierefrei erreichen und an deren Aktivitäten sie kostenlos teilnehmen kann. Die *Realität* ist, dass Frau P. auf eigenen Wunsch in ihrer Wohnung verbleibt. Die ambulanten Dienste werden so weit wie möglich engagiert. Frau P. wird ermutigt, über das Telefon Kontakte zu pflegen. Obwohl die Angehörigen in größerer Entfernung leben, werden sie die Besuchsfrequenz erhöhen.

Herr L. ist 79 Jahre alt, verwitwet, Diagnose: Depression, leichte bis mittelschwere kognitive Störung. Er ist körperlich aktiv, versorgt sich (noch) selbst und lebt in einem kleineren Ort ohne seniorengerechte Infrastruktur. Er hat keine Angehörigen, seine finanzielle Situation ist gesichert. Die Selbstversorgung ist aber langfristig nicht aufrechtzuerhalten, denn es deuten sich Verwahrlosungstendenzen an. Es liegt keine Eingruppierung in eine Pflegestufe vor. Herr L. war früher Mitglied im Kegelverein.

Die *theoretische sozialpädagogische Intervention* sähe vor, zu prüfen, ob der Patient noch selbstverantwortlich entscheiden kann oder gegebenenfalls eine juristische Betreuung zu beauftragen ist; eine Sozialstation (Medikamentenüberwachung und Unterstützung bei Körperpflege) sowie Nachbarschaftshilfe (hauswirtschaftliche Hilfen) zu ermöglichen; zu recherchieren, ob am Ort ein Restaurant Mittagstisch anbietet, und Herr L. zu ermutigen, dort nach der Klinikentlassung täglich eine warme Mahlzeit einzunehmen; mit ihm über eine Teilnahme an Aktivitäten in einem Kegelverein zu sprechen; eventuell eine Tagespflege einzurichten; falls ambulante Angebote als nicht ausreichend erscheinen; zu prüfen, ob eine Eingruppierung in eine Pflegestufe beantragt werden kann; die Übergabe an eine juristische Betreuung mit Hinweis auf die bereits erhobene individuelle Anamnese vorzunehmen. *Realität ist:* Aufgrund fehlender Mitwirkung des Patienten (krankheitsbedingt) wird im Eilverfahren die Einrichtung einer juristischen Betreuung erwirkt. Herr L. stürzt und wird in die chirurgische Klinik eingewiesen. Der weitere Verlauf ist nicht bekannt.

Warum zwei eher entmutigende Beispiele?

Diese beiden Beispiele zeigen auf, dass der Erfolg sozialpädagogischer Interventionen nicht allein von ihrer Qualität abhängt, sondern viele Außenfaktoren eine Rolle spielen. Die „ideale“ Absicht einer Sozialpädagogin muss noch lange nicht den Vorstellungen der zu Betreuenden entsprechen. Eine Langfristigkeit kann darüber hinaus nicht sichergestellt werden. In der sozialpädagogischen Arbeit mit alten Menschen müssen somatische Erkrankungen, akute Verschlechterungen des Gesundheitszustandes oder des innerfamiliären Gefüges (plötzlich kann der Ehemann aufgrund eigener Erkrankung nicht mehr Auto fahren und die Patientin wird dadurch immobil) immer einkalkuliert werden. Es ist also wichtig, flexibel auf neue Rahmenbedingungen einzugehen und (wiederum für einen befristeten Zeitraum) ein neues, angemessenes Setting zu gestalten.

Resümee

Die Persönlichkeit der Klienten und Klientinnen und deren biographische Erfahrungen müssen als wichtige Entscheidungsgröße in die Wahl der sozialpädagogischen Interventionen einfließen. Es gibt ein Stadt-Land-Gefälle im Hinblick auf die Infrastruktur im gerontologischen Bereich (Freizeitangebote für Senioren). In größeren Städten ist die Versorgung mit kostenlosen Seniorentagesstätten meist flächendeckend. Je kleiner die Kommune ist und je abgeschiedener ein Mensch lebt, desto schwieriger wird es, individuellen Bedarf mit realen Angeboten abzude-

cken. Nicht die idealtypische, sondern die realistische Intervention ist die bessere. Die Mitwirkung von Patienten und Patientinnen, deren Interesse und (im optimalen Fall) deren Begeisterung für die Aktivität sind die besten Garanten für eine längerfristige Aktivierung. Angehörige spielen eine wichtige Rolle! Aufgrund der begrenzten Verweildauer in einer Altentagesklinik können viele Interventionen nur angeschoben werden. Das aktive, im günstigsten Fall mehrmalige Erleben einer Aktivität im Rahmen von Belastungserprobungen während der teilstationären Behandlung erhöht die Chance auf deren Beibehaltung nach der Entlassung.

Die Erfahrung zeigt, dass eine erfolgreiche Integration in eine soziale Gemeinschaft nachweislich zu einer Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustandes der Betroffenen beiträgt. Neue beziehungsweise reaktivierte Aktivitäten wirken Vereinsamungstendenzen entgegen und erhöhen die subjektiv erlebte Lebenszufriedenheit. Dies zeigt sich in einer Verbesserung des Selbstbildes der Patienten und Patientinnen und wird durch sich aus den neuen Aktivitäten ergebenden Sozialkontakte und eine damit verbundene veränderte Strukturierung des Alltags erreicht.

Rundschau

► Allgemeines

Grundrechteagentur. Der Deutsche Bundestag befürwortet die Einrichtung einer EU-Grundrechteagentur. Die Koalitionsmehrheit hat sich am 1. Februar 2007 für das Vorhaben der EU-Kommission ausgesprochen. In einem Antrag rufen die Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD die Bundesregierung allerdings dazu auf, sich für eine „deutlich geringere personelle und finanzielle Ausstattung“ einzusetzen. Die Agentur, die über die Einhaltung der Grundrechte in der Europäischen Union und den potenziellen Beitrittsländern wachen soll, löst die bisherige EU-Beobachtungsstelle gegen Rassismus und Fremdenfeindlichkeit ab, die mit nur 37 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und jährlich 8,2 Mio. Euro arbeitet. Abgelehnt wurden in der ersten Lesung die Anträge der FDP, die die Agentur für überflüssig hält, und der Grünen, die sich für eine andere inhaltliche Ausrichtung der Behörde einsetzen. *Quelle: Das Parlament 6.2007*

Arbeitslose mit Migrationshintergrund. Die Sprachförderung allein reicht bei Arbeitslosen mit Migrationshintergrund häufig nicht aus, um ihnen den Einstieg in eine neue Beschäftigung zu ermöglichen. Gute Deutschkenntnisse sind zwar eine wichtige Voraussetzung für die Integration in den Arbeitsmarkt, doch aufgrund der oft nur geringen beruflichen Qualifikationen bleibt ein hohes Arbeitslosigkeitsrisiko weiter bestehen. Eine Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung schlägt deshalb vor, die Betroffenen zusätzlich beruflich zu qualifizieren. Die Ergebnisse von Sprachkursen sind bisher „vergleichsweise unbefriedigend“. In den Jahren 2004 und 2005 war sechs Monate nach Abschluss der Maßnahme immer noch mehr als die Hälfte der Teilnehmenden arbeitslos gemeldet. Rund 50 % der bisher geförderten Personen haben keinen Hauptschulabschluss, fast 90 % können keine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen. Dies bedeutet, dass die Betroffenen vermutlich auch unabhängig von ihrem Migrationsstatus erhebliche Probleme am Arbeitsmarkt haben. Die berufsbezogenen Sprachkurse dürfen jedoch nicht als Misserfolg gewertet werden. Sie sind bei gering qualifizierten ausländischen Arbeitslosen als Vorbereitung oder Ergänzung einer beruflichen Qualifizierung auch künftig sinnvoll. *Quelle: Presseinformation des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung vom 1. Februar 2007*

„Zu Ihrer Sicherheit“. Unfallversichert im Ehrenamt. Hrsg. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Eigenverlag. Bonn 2006, 69 S., kostenlos *DZI-D-7875*
Ehrenamt schützt vor Unfällen nicht. Das mag bei kleinen Schnittwunden unerheblich sein, nicht aber, wenn ein Unfall bleibende Gesundheitsschäden verursacht. Spätestens dann brauchen die Betroffenen Antworten auf wichtige Fragen: Wer hilft mir jetzt, wer kümmert sich um eine optimale Behandlung, wer bezahlt die benötigten Hilfsmittel und was bekomme ich, wenn ich nicht mehr voll arbeiten

kann? Diese Fragen beantwortet die vorliegende Broschüre. Sie berücksichtigt die seit dem Jahr 2005 veränderten Rahmenbedingungen und informiert darüber, wer Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung hat und wer nicht. Download unter www.bmas.bund.de oder Bestellung unter Tel. 01 80/51 51 510, Fax: 01 80/51 51 511 E-Mail: info@bmas.bund.de

Gesucht: 1,2 Mio. zusätzliche Arbeitsplätze. Nach Berechnungen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsfor schung müssen bis 2030 zwischen 1,2 und 3 Mio. zusätzliche Arbeitsplätze in Deutschland geschaffen werden, um alle älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die durch die Anhebung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre länger arbeiten müssen, versorgen zu können und um ein Ansteigen der Arbeitslosigkeit zu verhindern. *Quelle: Deutsche Angestelltzenzeitung 1.2007*

► Soziales

Ende des Jahres 2005 rund 81 000 Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger. „Sozialhilfe im engeren Sinne“, also laufende Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen, erhielten bis zum Jahresende 2005 in Deutschland rund 81 000 Personen. Infolge der gesetzlichen Änderungen zum 1. Januar 2005 ging die Zahl der Hilfebeziehenden im Vergleich zum Jahresende 2004 um 97,2 % zurück. Die Sozialhilfequote, der Anteil der Hilfebeziehenden an der Bevölkerung, verringerte sich damit zum Jahresende 2005 auf 0,1 %. Die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt soll den Grundbedarf vor allem an Nahrung, Kleidung, Unterkunft und Heizung decken. Ursache für den drastischen Rückgang der Empfängerzahlen ist das Inkrafttreten des „Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ (Hartz IV). Seitdem erhalten bisherige Sozialhilfeempfänger und -empfängerinnen im engeren Sinne, die grundsätzlich erwerbstätig sind, sowie deren Familienangehörige Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch „Grundsicherung für Arbeitsuchende“. Sozialhilfe im engeren Sinne erhalten seit Anfang 2005 somit nur noch vorübergehend Erwerbsunfähige, längerfristig Erkrankte oder Vorruststandstrener und -rentnerinnen mit niedriger Rente. *Quelle: Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes 31/2007*

Anerkennung der Unterkunftskosten bei Wohneigentum. Aufgrund sich häufender Beschwerden von Eigentumswohnungs- und Eigenheimbesitzenden, die auf Leistungen aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) II angewiesen sind, stellt die Bundesarbeitsgemeinschaft der Erwerbslosen- und Sozialhilfeinitiativen e.V. (BAG-SHI) klar, dass bei selbst genutztem Wohneigentum die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für die Unterkunft zu übernehmen sind. Probleme bereiten den zuständigen Leistungsstellen offensichtlich einerseits die nach § 7 der Verordnung zur Durchführung des § 82 SGB XII zu übernehmenden Aufwendungen von Wohneigentümern, andererseits die Definition der gesetzlich vorgeschriebenen Gewährung der als „angemessen“ anzuerkennenden Heizungskosten. Die BAG-SHI macht deutlich, dass bei selbst genutztem Wohneigentum Schuldzinsen in voller Höhe, Erhaltungsaufwendungen und Reparaturen, die keine wertsteigernden Erneuerungsmaßnahmen darstellen, übliche und anerkannt notwendige Versicherungen und Be-

wirtschaftungsaufwendungen als notwendige Ausgaben anzuerkennen sind. *Quelle: Pressemitteilung der BAG-SHI vom Januar 2007*

Armut beauftragte. Vor dem Hintergrund der wachsenden Armut in Deutschland fordert der Sozialverband VdK die Einsetzung einer oder eines Armutbeauftragten bei der Bundesregierung. Angesichts von 10,6 Mio. arbeitsgefährdeten Menschen im Lande müsse die Politik jetzt ein sichtbares Zeichen setzen, forderte die Landesvorsitzende des VdK Bayern, Ulrike Mascher. Man habe mit Regierungsbeauftragten für besondere Problemfelder, wie mit Ausländer-, Drogen- oder Behindertenbeauftragten, gute Erfahrungen gemacht. Ein Armutbeauftragter könne darauf einwirken, dass künftig alle Sozialreformen und Haushaltsschlüsse einem „Armutstest“ unterzogen werden. Gesetzesvorhaben und Haushaltsskürzungen, die die Gefahr in sich bergen, die Armut weiter zu erhöhen, müssten unterbleiben. Armutbekämpfung und -vermeidung sei eine Querschnittsaufgabe, der sich Sozialpolitik, Arbeitsmarktpolitik, Gesundheitspolitik und Bildungspolitik gleichermaßen widmen müssten. *Quelle: VdK Zeitung 2.2007*

► Gesundheit

Krankenkassenwechsel. Wenn eine Krankenkasse den Beitrag erhöht, berechtigt das Versicherte zur Sonderkündigung. Grundsätzlich ist der Wechsel von einer gesetzlichen Kasse zu einer anderen alle 18 Monate möglich, erläuterte die Verbraucherzentrale Baden-Württemberg. Im Fall einer Beitragserhöhung können Versicherte ihre Kasse allerdings innerhalb von zwei Monaten wechseln. Bei einer Beitragserhöhung zum Jahreswechsel können Betroffene zum Beispiel bis zum 28. Februar kündigen. Wer sich mit der Kündigung Zeit bis Ende Februar lässt, ist erst ab dem 1. Mai Mitglied der neuen Kasse, klärten die Experten auf. Denn das entsprechende Schreiben muss bis zum Ende des auf die Erhöhung folgenden Kalendermonats bei der Krankenkasse eingegangen sein. Die alte Kasse hat die Kündigung innerhalb von 14 Tagen schriftlich zu bestätigen. Die Bestätigung muss der neuen Kasse vorgelegt werden, die daraufhin eine Mitgliedsbescheinigung und eine neue Chipkarte ausstellt. Die Bescheinigung ist der bisherigen Kasse und dem Arbeitgeber vorzulegen, erst dann ist die Kündigung wirksam. *Quelle: SoVD Zeitung, Sozialverband Deutschland 2.2007*

Brainwalking. Durch die Natur streifen und das Gehirn trainieren: Brainwalking heißt ein neues Workout. Eine Studie der Universität Erlangen belegt, dass die Kombination aus Gedächtnis- und Bewegungstraining dem Hirnalterungsprozess entgegenwirkt. Bereits zehn Minuten Brainwalking täglich reichen, um die Merkfähigkeit und Konzentrationskraft zu verbessern. Das „Erfolgsgeheimnis“ ist die ideale Kombination aus Bewegung und Denksport-, Sinnes- und Erinnerungsübungen. Brainwalk-Kurse werden bereits in vielen deutschen Städten angeboten. Besonderer Wert wird dabei auf die Vernetzung beider Gehirnhälften gelegt. Denn im Berufsalltag wird überwiegend die analytisch-rationale linke Seite gefordert, beim Brainwalking dagegen bewusst auch die rechte Gehirnhälfte aktiviert, mit der die Kreativität ausgelebt wird. *Quelle: Kurier, Bundesorgan des Bundesverbandes für Rehabilitation und Interessenvertretung Behindter*

Jung und gesund? Prämierte Arbeiten des BKK-Innovationspreises Gesundheit 2005. Hrsg. BKK Landesverband Hessen. Mabuse-Verlag. Frankfurt am Main 2006, 153 S., EUR 17,90 *DZI-D-7810*

Babys, Kinder, Jugendliche – dank Früherkennung, Vorsorgeuntersuchungen, Präventionsangeboten und individueller Fördermaßnahmen haben sie alle Chancen, 100 Jahre und älter zu werden. Oder? In den letzten Jahrzehnten hat sich die Gesundheit von Kindern in mancher Hinsicht positiv entwickelt. Aber sind sie wirklich gesünder als vor 30 Jahren? Waren es früher eine hohe Kindersterblichkeit und Infektionskrankheiten, so umfasst das Krankheitsspektrum heute somatische und psychische Störungen oder chronische Erkrankungen. „Jung und gesund?“ war das Motto des BKK-Innovationspreises Gesundheit 2005. Der Preis prämiert hervorragende wissenschaftliche Arbeiten von Studierenden, Absolventinnen und Absolventen von Hochschulen, die Theorie und Praxis miteinander verbinden und die in diesem Band veröffentlicht sind.

Lebenshilfe-Gründer Tom Mutters wurde im Januar 2007 90 Jahre alt. Als UNO-Beauftragter für „Displaced Persons“ – Zwangsarbeiterinnen und -arbeiter, KZ-Häftlinge sowie andere Menschen, die von den Faschisten verschleppt worden waren – lernte der gebürtige Niedersländer nach dem Zweiten Weltkrieg das Elend geistig behinderter Kinder in den Lagern und in der hessischen Anstalt Goddelau kennen. Zusammen mit Eltern und Fachleuten gründete Tom Mutters 1958 in Marburg die Bundesvereinigung Lebenshilfe, deren Geschäftsführer er 30 Jahre lang war. In Deutschland hat sich die Lebenshilfe mit 130 000 Mitgliedern in rund 540 Ortsvereinigungen zur größten Selbsthilfeorganisation für geistig behinderte Menschen und ihre Angehörigen entwickelt. Das Angebot der Hilfen umfasst Frühförderung, familienentlastende Dienste, Kindertageseinrichtungen, Schulen, Freizeitangebote, Werkstätten für behinderte Menschen sowie Wohnformen mit mehr oder weniger intensiver Betreuung bis ins Alter.

Quelle: Pressemitteilung der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. vom Januar 2007

► Jugend und Familie

200 000 Kinder außerehelich geboren. Fast 30 % der 2005 geborenen Kinder kamen nach einer Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes außerehelich zur Welt. Grund genug um erneut festzustellen, dass die Förderung durch das Ehegattensplitting an immer mehr Familien vorbeigeht. Alleinerziehende und nicht eheliche Paare mit Kindern werden von Jahr zu Jahr mehr. Während die Zahl traditioneller Ehepaarfamilien zurückgeht, entscheiden sich immer mehr Eltern ohne Trauschein für Kinder. Der Geburtenrückgang könnte damit eher als Absage an traditionelle Familienmodelle verstanden werden. Erwachsene entscheiden sich mehr und mehr dafür, in autonomen und gleichberechtigten Familienformen zu leben. „Die Einelternfamilie“, so Edith Schwab, Bundesvorsitzende des Verbandes alleinerziehender Mütter und Väter (VAMV) e.V., „ist eine zukunftsweisende Lebensform. Das sollte sich endlich in einer zeitgemäßen Familienförderung niederschlagen. Der VAMV fordert seit Jahren die Individualbesteuerung und eine Grundsicherung für Kinder. Die Einführung einer Kinderkomponente beim Ehegattensplitting

führt zur Zementierung des traditionellen Modells. Vom Splitting profitieren nur Familien, bei denen ein Erwachsener besonders viel verdient: also die sogenannte Hausfrauenehe. Kinder von nicht verheirateten Paaren werden von diesem Modell nicht profitieren. Zukunftsfähige Konzepte liegen vor, sie müssen nur endlich umgesetzt werden.“ *Quelle: DBSH-Newsletter 2.2007*

Ein Jahr nach der Arbeitsmarktreform: Erste Erfahrungen der Jugendhilfe mit Hartz IV. Dokumentation.

Hrsg. Verein für Kommunalwissenschaften e.V. Selbstverlag. Berlin 2006, 160 S., EUR 17,- *DZI-D-7830*

Das inhaltliche Anliegen der in diesem Band dokumentierten Veranstaltung war, erste Erfahrungen zum Stand der Umsetzung von Hartz IV in der Jugendberufshilfe der Kommunen zu diskutieren, Probleme zu identifizieren und gemeinsam über mögliche Strategien nachzudenken. Im Mittelpunkt der Tagung standen Zuständigkeits- und Rechtsfragen zu den Sozialgesetzbüchern II, III und VIII; Erfahrungswerte an der Schnittstelle „Fall- und Casemanagement“ inklusive Qualifizierung und Profiling; Vorstellung von Beteiligungsmodellen und deren Auswirkung auf Hilfeseverläufe und die Fragen nach der regionalen Vernetzung versus strukturelle Kooperationsbedingungen, auch im Hinblick auf den Einnischungsauftrag der Jugendhilfe.

Bestellanschrift: Verein für Kommunalwissenschaften e.V., Ernst-Reuter-Haus, Straße des 17. Juni 112, 10623 Berlin, Tel.: 030/390 01-146, Fax: 030/390 01-136
E-Mail: agfj@vfk.de

Hermine-Albers-Preis 2008. Die Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) schreibt in der Kategorie Praxispreis der Kinder- und Jugendhilfe wieder den Hermine-Albers-Preis zu dem Thema „Jugendliche mit rechtsextemrer Ausrichtung – eine Herausforderung für die Praxis“ aus. Träger der Jugendhilfe reagieren auf die Herausforderung, die rechtsextreme junge Menschen für sie darstellen, auf unterschiedliche Weise und machen sie zum Ausgangspunkt ihres fachlichen und pädagogischen Handelns. Als Teil gesellschaftlicher Gesamtstrategien setzen pädagogische Konzepte gegen Rechtsextremismus auf verschiedenen Ebenen an und zielen auf unterschiedliche Adressatengruppen. Für den Deutschen Kinder- und Jugendhilfe-preis 2008 (dotiert mit 4 000 Euro) sollen Arbeiten eingereicht werden, die in der Praxis der Jugendhilfe Ansätze, Modelle und neue Wege aufzeigen oder die entsprechende pädagogische Handlungsstrategien und Perspektiven entwickeln. Einsendeschluss ist der 5. November 2007.

Information: AGJ, Mühlendamm 3, 10178 Berlin, Tel.: 030/400 40-200, Fax: 030/400 40-232

► Ausbildung und Beruf

Haus der Gesundheitsberufe in Berlin eröffnet. Im Januar 2007 hat das Zentrum für die deutschen Gesundheits- und Pflegeberufe seine Arbeit aufgenommen. Es wurde von vier führenden berufsständischen Gesundheits- und Pflegeverbänden gegründet, die mit 1,2 Mio. Menschen die größte Arbeitnehmergruppe im deutschen Gesundheitswesen repräsentieren. Das Haus der Gesundheitsberufe in Berlin-Tiergarten, unweit des Regierungsviertels gelegen, soll die politische Gremienarbeit der vier Spitzenverbände bündeln, Synergieeffekte nutzen und von Berlin aus neue Impulse für die Weiterentwicklung des Gesund-

heitswesens in der Bundesrepublik Deutschland geben sowie wichtige, gesundheitspolitische Reformen wie die Pflegeversicherung formulieren. In dem Haus haben neben dem Dachverband des deutschen Pflege- und Hebammenwesens, dem Deutschen Pflegerat e.V., auch der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe, der Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e.V. sowie die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. ihr Domizil gefunden. Information: Deutscher Pflegerat e.V., Salzufer 6, 10785 Berlin, Tel.: 030/21 91 57-0, Fax: 030/21 91 57-77

Sozialarbeiterinnen und -arbeiter für Sonderschulen. Mitte Februar 2007 starteten an 58 Berliner Sonderschulen neue Projekte der Jugendsozialarbeit, um die „Schuldintanz“ von Sonderschülerinnen und -schülern abzubauen. An jedem Standort wurde eine halbe Sozialarbeiterstelle eingerichtet, teilte die Senatsbildungsverwaltung mit.

Quelle: Berliner Zeitung vom 12. Februar 2007

Erste Bachelorabsolvierende des Online-Studiengangs Soziale Arbeit. Die ersten Absolvierenden des Fernstudiums Bachelor of Arts: Soziale Arbeit (BASA-Online) erhielten nach vier Jahren Online-Studium an der Hochschule Fulda ihren Abschluss. Zielgruppe dieses Studiengangs sind Berufstätige im Sozialen Bereich, die noch keinen oder keinen passenden akademischen Abschluss haben. Insbesondere Erzieherinnen und Erzieher fühlen sich von dem Angebot angesprochen, aber auch andere Berufsgruppen arbeiten im sozialen Bereich und wollen mit diesem Studium ihre Berufstätigkeit professionalisieren. Information: Zentralstelle für Fernstudien an Fachhochschulen, Rheinau 3-4, 56075 Koblenz, Tel.: 02 61/915 38-16, Fax: 02 61/915 38-714, E-Mail: m.klinkner@zfh.de

Deutsche Gesellschaft für Systemische Soziale Arbeit. Im Dezember 2006 wurde in Frankfurt am Main die Deutsche Gesellschaft für Systemische Soziale Arbeit (DSSA) gegründet. Professor Dr. Hosemann wurde als erster Vorsitzender gewählt. Der Verein will die Praxis und Forschung im Bereich der systemisch ausgerichteten Sozialen Arbeit fördern. *Quelle: DBSH-Newsletter 2.2007*

Tagungskalender

19.-20.4.2007 Berlin. Fachtagung: Kunststück Erziehung. Familienbildung als Angebot der Kinder- und Jugendhilfe. Information: Verein für Kommunalwissenschaften e.V., Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe, Straße des 17. Juni 112, 10623 Berlin, Tel.: 030/39 00 1136, Fax: 030/39 00 1146 E-Mail: agfj@vfk.de

20.-21.4.2007 Würzburg. Fachtagung: Kinderrechte sind Menschenrechte. Information: Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband Bayern e.V., Arabellastraße 1, 81925 München, Tel.: 089/92 00 89-0, Fax: 089/92 00 89-29, E-Mail: dksb.lv.bayern@t-online.de

9.-10.5.2007 Leipzig. Bundesfachtagung: Kinder erreichen! Eine Auseinandersetzung mit den Lebenswelten von Kindern, Jugendlichen und Familien. Information: Evangelischer Erziehungsverband (EREV) e.V., Flüggestraße 21, 30161 Hannover, Tel.: 05 11/39 08 81-15, Fax: 05 11/39 08 81-16, E-Mail: p.wittschorek@erev.de

10.-11.5.2007 Neckargemünd. Fachtagung: Jugendhilfe im Spannungsfeld von Psychiatrie und Pädagogik. Chancen, Grenzen, Perspektiven. Information: Berufsbildungswerk Neckargemünd gGmbH, Im Spitzerfeld 25, 69151 Neckargemünd, Tel.: 062 23/89-26 37, Fax: 062 23/89-21 30 E-Mail: martina.hartmann@bbw.srh.de

14.5.2007 Bad Boll. Pädagogischer Intensivtag mit Hartmut von Hentig: Bewährung statt Belehrung. Engel und Ekel in der Pubertät. Information: Evangelische Akademie, Akademieweg 11, 73087 Bad Boll, Tel.: 071 64/79-0, Fax: 071 64/79-53 96

17.-19.5.2007 Tübingen. Workshoptagung: Emotionen in der Psychotherapie. Information: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e.V., Postfach 13 43, 72003 Tübingen, Tel.: 070 71/94 34 34, Fax: 070 71/94 34 35 E-Mail: awk@dgvt.de

1.-3.6.2007 Bad Honnef. Fortbildung: Teenagerschwangerschaften & Verhütungsmittel-Update. Information: Verein zur Förderung von Sexualpädagogik e.V., Institut für Sexualpädagogik, Huckarder Straße 12, 44147 Dortmund, Tel.: 02 31/14 44 22, Fax: 02 31/16 11 10 E-Mail: info@isp-dortmund.de

9.-10.6.2007 Berlin. Einführungsseminar: Psychoanalytisch-systemische Familientherapie. Information: Institut Triangel e.V., Horstweg 35, 14059 Berlin, Tel.: 030/32 60 93-28, Fax: 030/32 60 93-29 E-Mail: info@Institut-Triangel.de

Bibliographie Zeitschriften

1.00 Sozialphilosophie/ Sozialgeschichte

Leopold, Dieter: Vor 125 Jahren – die „Kaiserliche Botschaft“ war der Anstoß für unsere Sozialversicherung: am 17. November 1881 präsentierte Otto von Bismarck sein Vorhaben im Reichstag. - In: *Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung* ; Jg. 60, 2006, Nr. 10, S. 296- 298. *DZI-0077*

2.01 Staat/Gesellschaft

Rieker, Peter: „Rechtsextreme Studierende der Sozialpädagogik und Sozialarbeit in Ostdeutschland“? - In: *Sozial extra* ; Jg. 12, 2006, Nr. 12, S. 32-34. *DZI-2599z*

Stark, Marius: Schuldenfalle GEZ? - In: *neue caritas* ; Jg. 107, 2006, Nr. 22, S. 30-32. *DZI-0015z*

2.02 Sozialpolitik

Beck, Matthias: „Gen – Geist – Gehirn“ – ein neues Menschenbild. - In: *Heilpädagogik* ; Jg. 49, 2006, Nr. 5, S. 4-24. *DZI-1489*

Beran, Christina M.: Sozialräumliche Beschäftigungsprojekte für Jugendliche. - In: *Sozial extra* ; Jg. 12, 2006, Nr. 12, S. 40-44. *DZI-2599z*

Johnson, Jessica K. M.: Sind beitragsfreie Altersrenten für ländliche Gebiete in Niedrigeinkommensländern sinnvoll? - In: *Internationale Revue für Soziale Sicherheit* ; Jg. 59, 2006, Nr. 4, S. 59-81. *DZI-0301*

Klein, Robert W.: Alternative Mechanismen zur Finanzierung der Arbeitsunfallversicherung: ein internationaler Vergleich. - In: *Internationale Revue für Soziale Sicherheit* ; Jg. 59, 2006, Nr. 4, S. 3-38. *DZI-0301*

Uecker, Horst: Sozialmanagement: Kontext und Interventionsgrenzen eines systemtheoretisch informierten Sozialmanagements. - In: *Neue Praxis* ; Jg. 36, 2006, Nr. 5, S. 520-531. *DZI-2387*

2.03 Leben/Arbeit/Beruf

Beisswenger, Sarah: „Man schafft enorme Verknüpfungen“: Integrative Pflegeausbildung: das Stuttgarter Modell. - In: *Pflegezeitschrift* ; Jg. 59, 2006, Nr. 11, S. 722-725. *DZI-0528z*

Böhmer, Anselm: Von der Korrosion zentraler Selbstdeutung: pädagogische Überlegungen zur Subjektivität in der Arbeitsgesellschaft. - In: *Neue Praxis* ; Jg. 36, 2006, Nr. 5, S. 496-520. *DZI-2387*

Hiller, Gotthilf Gerhard: Ein Beruf gehört(e) zum Leben: oder – Versuch einer Anleitung zum Ankommen in der Realität. - In: *Berufliche Rehabilitation* ; Jg. 20, 2006, Nr. 4, S. 149-159. *DZI-2967*

Popp, Reinhold: Freizeit und Spiel: am Beispiel der Zukunftsdiskurse „Spiel & Konsum“ sowie „Spiel & Politik“. - In: *Deutsche Jugend* ; Jg. 54, 2006, Nr. 11, S. 465-470. *DZI-0734*

Techmeier, Ingo: Korruptionsentstehung und Korruptionsbekämpfung aus der Unternehmensperspektive. - In: *Neue Kriminalpolitik* ; Jg. 18, 2006, Nr. 3, S. 82-86. *DZI-2990*

3.00 Institutionen und Träger sozialer Maßnahmen

Herrmann, Peter: Unbarmherzige Schwestern. - In: *Sozial extra* ; Jg. 12, 2006, Nr. 12, S. 19-21. *DZI-2599z*

Höft-Dzemski, Reiner: Der Deutsche Fürsorgerat 2006 im Spiegel der Kritik seiner Teilnehmerinnen und Teilnehmer. - In: *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge* ; Jg. 86, 2006, Nr. 12, S. 552-556. *DZI-0044*

Krabbe, Heiner: Implementierung der Mediation im Jugendamt: ein Praxisbeispiel. - In: *Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe* ; 2006, Nr. 11, S. 496-501. *DZI-3026z*

4.00 Sozialberufe/ Soziale Tätigkeit

Bohnet-Joschko, Sabine: Prozesse gemeinsam effektiver gestalten: Wissensmanagement mithilfe moderner Technologien. - In: *Pflegezeitschrift* ; Jg. 59, 2006, Nr. 11, S. 713-715. *DZI-0528z*

Dörr, Margret: Kinderärztliche Beobachtungs- und Deutungspraxen zum Vorkommen von Gewalt gegen Kinder. - In: *Neue Praxis* ; Jg. 36, 2006, Nr. 5, S. 554-565. *DZI-2387*

Jong, Anneke de: Wie die beste Pflege zum Patienten kommt: Wissenstransfer zwischen Theorie und Praxis. - In: *Pflegezeitschrift* ; Jg. 59, 2006, Nr. 11, S. 694-697. *DZI-0528z*

Jurgschat-Geer, Heike: Die Anforderungen definieren: großes Interesse an Weiterbildung zum Pflegesachverständigen. - In: *Altenheim* ; Beilage Jg. 5, 2006, Nr. 12, S. 3-5. *DZI-1449*

Kosch, Steffen: Wissen schafft Werte: Wissensmanagement in der Pflege – Herausforderung für die Zukunft. - In: *Pflegezeitschrift* ; Jg. 59, 2006, Nr. 11, S. 710-712. *DZI-0528z*

Lloyd, Liz: A caring profession? The ethics of care and social work with older people. - In: *The British Journal of Social Work* ; Jg. 36, 2006, Nr. 7, S. 1171-1185. *DZI-2406*

Schrauth, Markus: Der Unterricht im Fach „Psychosomatische Medizin und

Psychotherapie“ an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland nach Änderung der Approbationsordnung für Ärzte. - In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* ; Jg. 56, 2006, Nr. 11, S. 438-444. *DZI-0516z*

5.01 Sozialwissenschaft / Sozialforschung

Stirn, Aglaja: Prävalenz, Soziodemografie, mentale Gesundheit und Geschlechterunterschiede bei Piercing und Tattoo. - In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* ; Jg. 56, 2006, Nr. 11, S. 445-449. *DZI-0516z*

5.02 Medizin/Psychiatrie

Brieskorn-Zinke, Marianne: Rhythmus und Wohlbefinden: Gesundheitsförderung in der Pflege zwischen Anspruch und Realität – Teil 4. - In: *Pflegezeitschrift* ; Jg. 59, 2006, Nr. 11, S. 677-680. *DZI-0528z*

Dibbelt, Susanne: Nachhaltigkeit orthopädischer Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen: das Integrierte orthopädisch-psychosomatische Behandlungskonzept (lopKo). - In: *Die Rehabilitation* ; Jg. 45, 2006, Nr. 6, S. 324-335. *DZI-1523*

Israel, Agathe: Zu früh in der Welt: psychoanalytische Beobachtungen von Frühgeborenen. - In: *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* ; Jg. 37, 2006, Nr. 132, S. 457-472. *DZI-2486z*

Kasper, Siegfried: Ohne Hoffnungslosigkeit kein Suizid: Depression und Suizidalität. - In: *Psyche und Soma* ; Jg. 28, 2006, Nr. 11, S. 5-6. *DZI-0012z*

Schröder, P.: Der Status genombasierter Informationen: Public-Health-Genomics und die These des genetischen Exzessionalismus. - In: *Bundesgesundheitsblatt* ; Jg. 49, 2006, Nr. 12, S. 1219-1224. *DZI-1130*

Wolff, Mechthild: Machtmissbrauch durch Professionelle in der Heimerziehung – keine historische Episode. - In: *Sozial extra* ; Jg. 12, 2006, Nr. 12, S. 16-17. *DZI-2599z*

5.03 Psychologie

Fontao, María Isabel: Anwendung der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) auf die Behandlung von Maßregelvollzugspatienten: eine Pilotstudie. - In: *Recht & Psychiatrie* ; Jg. 24, 2006, Nr. 4, S. 193-200. *DZI-2943*

Fuchs-Rechlin, Kirsten: Kindstötungen – Was sagt die Statistik? - In: *KOMDAT Jugendhilfe* ; Jg. 9, 2006, SH, S. 3-5. *DZI-3022*

Grziwotz, Herbert: Freiheitsschutz durch das Gewaltenschutzgesetz: Was heißt „Gewalt“ und greift dieses neu präzisierte Interventionsrecht auch im sozialen Fernbereich? - In: *Neue Kriminalpolitik* ; Jg. 18, 2006, Nr. 3, S. 110-111. *DZI-2990*

Klose, Christoph: Die Vor- und Nachbehandlung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. - In: Die Rehabilitation ; Jg. 45, 2006, Nr. 6, S. 359-368. *DZI-1523*

Mangold, Burkart: Psychohygiene für den Arzt: Balint-Arbeit – was macht der Patient mit mir? - In: Psyche und Soma ; Jg. 28, 2006, Nr. 11, S. 14-15. *DZI-0012z*

Suchodoletz, Waldemar von: Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern. - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie ; Jg. 55, 2006, Nr. 9, S. 711-723. *DZI-0521*

5.04 Erziehungswissenschaft

Everding, Willi: Wenn der Tod das Leben stört: eine Projektreihe mit Hortkindern. - In: Kindergarten heute ; Jg. 35, 2006, Nr. 11, S. 26-30.

DZI-3048

Luder, Reto: Förderdiagnostisches Arbeiten in Theorie und Praxis: Ergebnisse einer qualitativ-empirischen Studie. - In: Vierteljahrsschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete ; Jg. 75, 2006, Nr. 4, S. 293-304. *DZI-0293*

Nauerth, Matthias: Verstehen mit Modell: Das handlungstheoretische „Mehr-Ebenen-Modell“ als soziologische Orientierungshilfe für die sozialpädagogische Verstehensarbeit. - In: Neue Praxis ; Jg. 36, 2006, Nr. 5, S. 483-496. *DZI-2387*

Ollefs, Barbara: Elterliche Präsenz und das Elterntcoaching im gewaltlosen Widerstand. - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie ; Jg. 55, 2006, Nr. 9, S. 693-710. *DZI-0521*

Schrauth, Markus: Schwierige Gesprächssituationen trainieren: Einsatz von Simulationspatienten in der Fort- und Weiterbildung. - In: Pflegezeitschrift ; Jg. 59, 2006, Nr. 11, S. 716-719.

DZI-0528z

Vanek-Gullner, Andrea: Das Konzept Tiergestützte Heilpädagogik – TGHP. - In: Heilpädagogik ; Jg. 49, 2006, Nr. 5, S. 26-27. *DZI-1489*

5.05 Soziologie

Feuser, Georg: Inklusion und Qualitätsicherung – oder der Tanz ums goldene Kalb. - In: Vierteljahrsschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete ; Jg. 75, 2006, Nr. 4, S. 278-284.

DZI-0293

Moser, Vera: Geschlechterinszenierungen in der Sonderschule. - In: Vierteljahrsschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete ; Jg. 75, 2006, Nr. 4, S. 305-316. *DZI-0293*

5.06 Recht

Heinhold, Hubert: Maßregelreform und Ausländerrecht. - In: Recht & Psychiatrie ; Jg. 24, 2006, Nr. 4, S. 187-193.

DZI-2943

Kaufmann, Ferdinand: Durchsuchung von Räumen des Jugendamtes und Beschlagnahme von Akten (Aktenteilen) durch die Polizei im Auftrag der Staatsanwaltschaft. - In: Zeitschrift für Kinderschaftsrecht und Jugendhilfe ; 2006, Nr. 11, S. 487-490. *DZI-3026z*

Mösch Payot, Peter: Mehr Spielraum für die Richter: eine Übersicht über die Änderungen im Jugendstrafrecht. - In: Sozial Aktuell ; Jg. 38, 2006, Nr. 12, S. 2-6. *DZI-2220z*

Müller, Paul-Gerhard: Kindeswohl und Kindeswillen als Maßstab und Wegweiser: psychologische Diagnostik mit Kindern im Rahmen gerichtsnaher Trennungs- und Scheidungsberatung. - In: Zeitschrift für Kinderschaftsrecht und Jugendhilfe ; 2006, Nr. 11, S. 483-487. *DZI-3026z*

Schoch, Dietrich: Zur Feststellung der Erwerbsfähigkeit nach dem SGB II und der Erwerbsminderung nach dem Vier-ten Kapitel SGB XII: Teil 2. - In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge ; Jg. 86, 2006, Nr. 12, S. 545-551. *DZI-0044*

6.00 Theorie der Sozialen Arbeit

Moch, Matthias: Wissen – Verstehen – Können: Kompetenzerwerb durch reflexive Praxisanleitung im Studium der Sozialen Arbeit. - In: Neue Praxis ; Jg. 36, 2006, Nr. 5, S. 532-544. *DZI-2387*

Sonderegger, Regula: Sozialarbeit im Jugendstrafrecht: Die Aufgaben und Funktionen des Sozialdienstes in der Jugendanwaltschaft St. Gallen. - In: Sozial Aktuell ; Jg. 38, 2006, Nr. 12, S. 7-11. *DZI-2220z*

6.01 Methoden der Sozialen Arbeit

Dornes, Martin: Zwischenmenschliche Interaktion und Symbolbildung. - In: Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie ; Jg. 37, 2006, Nr. 132, S. 519-538. *DZI-2486z*

Falkenbach, Albrecht: Retrospektive Analyse von Stürzen und deren Ursachen in einem stationären Rehabilitationszentrum für Patienten mit Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems. - In: Die Rehabilitation ; Jg. 45, 2006, Nr. 6, S. 354-358.

DZI-1523

Gitschel, Kerstin: Das Professionalisierungsverständnis von Pflegenden: zwischen Tradition und Fortschritt. - In: Pflegezeitschrift ; Jg. 59, 2006, Nr. 11, Beilage S. 2-7. *DZI-0528z*

Reiser, Helmut: Machbarkeitsversprechen und (sonder)pädagogische Professionalität. - In: Vierteljahrsschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete ; Jg. 75, 2006, Nr. 4, S. 336-339.

DZI-0293

Wittich, Andrea: Teamsupervision in der Krankenpflege: Erwartungen, Effekte und Nutzen. - In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie ; Jg. 56, 2006, Nr. 11, S. 450-456.

DZI-0516z

6.02 Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit

Gennrich, Rolf: So wenig Heim wie möglich: Angebotsstrukturen der Zukunft. - In: Altenheim ; Jg. 45, 2006, Nr. 12, S. 16-18. *DZI-1449*

Lymbery, Mark: United we stand? Partnership working in health and social care and the role of social work in services for older people. - In: The British Journal of Social Work ; Jg. 36, 2006, Nr. 7, S. 1119-1134. *DZI-2406*

Popp, W.: Hygiene in der ambulanten Pflege: eine Erfassung bei Anbietern. - In: Bundesgesundheitsblatt ; Jg. 49, 2006, Nr. 12, S. 1195-1204. *DZI-1130*

Wallrafen-Dreisow, Helmut: Abschied vom Heim: Sozialholding Mönchengladbach. - In: Altenheim ; Jg. 45, 2006, Nr. 12, S. 22-24. *DZI-1449*

6.03 Rechtsmaßnahmen / Verwaltungsmaßnahmen

Fendrich, Sandra: Adoption – eine aus dem Blick geratene Alternative? - In: KOMDAT Jugendhilfe ; Jg. 9, 2006, SH, S. 10-11. *DZI-3022*

Schnoor, Kathleen: Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie ; Jg. 55, 2006, Nr. 10, S. 814-837. *DZI-0521*

6.04 Jugendhilfe

Klink, Reto: Strafvollzug mit sozialpädagogischem Auftrag: ein Augenschein in der Durchgangsstation Winterthur. - In: Sozial Aktuell ; Jg. 38, 2006, Nr. 12, S. 15-18. *DZI-2220z*

Pothmann, Jens: Inobhutnahme – ein Schutz für Kinder in Not. - In: KOMDAT Jugendhilfe ; Jg. 9, 2006, SH, S. 8-9. *DZI-3022*

Schaarschmidt, Monika: Wagnis „Offene Arbeit“(1): eine KiTa machte sich auf den Weg und steht Rede und Antwort. - In: Kindergarten heute ; Jg. 35, 2006, Nr. 11, S. 32-37. *DZI-3048*

6.05 Gesundheitshilfe

Albrecht, Thomas: Do you speak English? Quantitative Auswertung des Publikationsverhaltens deutscher Pflegeforscher. - In: Pflegezeitschrift ; Jg. 59, 2006, Nr. 11, S. 698-700. *DZI-0528z*

Bähr, Robin: Leitlinie zur Qualitätssicherung: Expertenstandard zur Förderung der Harnkontinenz. - In: Altenheim ; Jg. 45, 2006, Nr. 12, S. 40-43.

DZI-1449

Bahrke, Ulrich: Chronischer Rückenschmerz mit suppressiver Schmerzverarbeitung: Zur Optimierung des Rehabilitationserfolgs einer bislang vernachlässigten Rehabilitandengruppe. - In: Die Rehabilitation ; Jg. 45, 2006, Nr. 6, S. 336-344. *DZI-1523*

Korsukewitz, Christiane: Medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung: aktueller Stand und Perspektiven. - In: RV aktuell ; Jg. 53, 2006, Nr. 11, S. 449-460. *DZI-0902z*

Menebröcker, Claudia: Machen Sie deutlich, wie wichtig das Thema ist: Strategien gegen Mangelnährung. - In: Altenheim ; Jg. 45, 2006, Nr. 12, S. 48-50. *DZI-1449*

Schaffer, Susanne: Forschung und Praxis verbinden: Evidence-based Nursing (EBN) im Überblick. - In: Pflegezeitschrift ; Jg. 59, 2006, Nr. 11, S. 702-705. *DZI-0528z*

7.01 Kinder

Fetzer, Anette E.: Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie ; Jg. 55, 2006, Nr. 10, S. 754-766.

DZI-0521

Gaensbauer, Theodore J.: Repräsentationen infantiler Traumata: Klinische und theoretische Implikationen für das Verständnis früher Erinnerungen. - In: Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie ; Jg. 37, 2006, Nr. 132, S. 473-500. *DZI-2486z*

Hering, Sabine: Die Macht der „Diagnosen“ – und die Geduld der Opfer: Mädchen in der Fürsorgeerziehung 1945-1965. - In: Sozial extra ; Jg. 12, 2006, Nr. 12, S. 12-15. *DZI-2599z*

Knecht, Gerhard: Spielmärkte in Deutschland. - In: Deutsche Jugend ; Jg. 54, 2006, Nr. 11, S. 482-484.

DZI-0734

Lehmann, Wolfgang: Viel + wenig, groß + klein: Riesenspaß bei der Förderung von mathematischen Vorläuferfähigkeiten. - In: Kindergarten heute ; Jg. 35, 2006, Nr. 11, S. 6-14. *DZI-3048*

Rauschenbach, Thomas: Wird Kindern und Eltern genug geholfen? Vergewisserungen, Fragestellungen, Perspektiven. - In: KOMDAT Jugendhilfe ; Jg. 9, 2006, SH, S. 1-2. *DZI-3022*

Richardt, Martin: Einflussfaktoren auf den Verlauf Begleiteter Umgänge in einer Erziehungsberatungsstelle. - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie ; Jg. 55, 2006, Nr. 9, S. 724-738. *DZI-0521*

Schütter, Silke: Die Regulierung von Kindheit im Sozialstaat: Kinder und Kindheit in New Labours Gesellschaftsentwurf. - In: Neue Praxis ; Jg. 36, 2006, Nr. 5, S. 467-482. *DZI-2387*

7.02 Jugendliche

Braun, Karl-Heinz: Jugendliche zwischen Erwerbsarbeit und Beschäftigung: Ergebnisse einer SchülerInnen-Befragung in Burg. - In: Sozial extra ; Jg. 12, 2006, Nr. 12, S. 35-39. *DZI-2599z*

Eisenberg, Ulrich: Zur Entschädigung für Strafverfolgungsmaßnahmen gegenüber Jugendlichen und Heranwachsenden, erörtert anhand eines mehrinstanzlichen aktuellen Verfahrens. - In: Zeitschrift für Kindheitsrecht und Jugendhilfe ; 2006, Nr. 11, S. 490-493. *DZI-3026z*

Ginnold, Antje: Entwicklungsverläufe von Jugendlichen mit Lernschwierigkeiten an der ersten Schwelle des Übergangs Schule – Beruf: Ergebnisse einer empirischen Studie. - In: Berufliche Rehabilitation ; Jg. 20, 2006, Nr. 4, S. 179-200. *DZI-2967*

Hafenerger, Benno: Rechte Jugend – jugendlicher Rechtsextremismus auf dem Lande. - In: Neue Praxis ; Jg. 36, 2006, Nr. 5, S. 545-553. *DZI-2387*

Kühnapfel, Bernward: Katamnestische Nachbefragung von freiwillig und nicht freiwillig behandelten Jugendlichen. - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie ; Jg. 55, 2006, Nr. 10, S. 767-782. *DZI-0521*

Sturm, Hartmut: ESF-Projekt Kompass – Individualisiertes Lernen in Schule und Betrieb. - In: Berufliche Rehabilitation ; Jg. 20, 2006, Nr. 4, S. 160-178. *DZI-2967*

7.03 Frauen

Swimmer-Puchinger, Beate: Depression in der Schwangerschaft kein Tabu: Interdisziplinärer Dialog zur Geburtshilfe. - In: Psyche und Soma ; Jg. 28, 2006, Nr. 11, S. 8. *DZI-0012z*

7.05 Migranten

Eckey, Silke: Wünsche, Erwartungen und Vorstellungen türkischer Eltern an Förderschulen: Eine Untersuchung an Dortmunder Schulen mit dem Förder schwerpunkt Lernen. - In: Zeitschrift für Heilpädagogik ; Jg. 57, 2006, Nr. 11, S. 402-412. *DZI-0200*

Fleischmann, Gunter: Interkulturelle Moderation: Ein sozialpädagogischer Ansatz zum Abbau von migrationsbedingten Disparitäten im Bildungssystem. - In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge ; Jg. 86, 2006, Nr. 12, S. 564-569. *DZI-0044*

Hernández Plaza, Sonia: Social support interventions in migrant populations. - In: The British Journal of Social Work ; Jg. 36, 2006, Nr. 7, S. 1151-1169. *DZI-2406*

Wolters, Peter: Jugendhilfe und Schule arbeiten zusammen. - In: neue caritas ; Jg. 107, 2006, Nr. 22, S. 13-15, 18. *DZI-0015z*

7.06 Arbeitslose

Grühn, Corinna: Fordern statt Fördern? Die Antworten des SGB II auf die Problematik der Jugendarbeitslosigkeit. - In: Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung ; Jg. 60, 2006, Nr. 10, S. 289-296. *DZI-0077*

7.07 Straffällige / Strafentlassene

Dünkel, Frieder: Europäische Strafvollzugsgrundsätze verabschiedet! - In: Neue Kriminalpolitik ; Jg. 18, 2006, Nr. 3, S. 86-89. *DZI-2990*

Häfele, Joachim: „Incivilities“, Kriminalität und Kriminalpolitik: aktuelle Tendenzen und Forschungsergebnisse. - In: Neue Kriminalpolitik ; Jg. 18, 2006, Nr. 3, S. 104-109. *DZI-2990*

Müller, Peter: Vergleich externer und interner Prognose-Gutachten im Maßregelvollzug Sachsen-Anhalts. - In: Recht & Psychiatrie ; Jg. 24, 2006, Nr. 4, S. 174-180. *DZI-2943*

Wolf, Florian: Die Novelle des § 15 UBG BW: Rechtliche Bewertung und praktische Auswirkung der Einführung von Urlaubshöchstgrenzen und Zweitgutachten bei Lockerungen im Maßregelvollzug. - In: Recht & Psychiatrie ; Jg. 24, 2006, Nr. 4, S. 180-187. *DZI-2943*

7.08 Weitere Zielgruppen

Bowes, Alison: Advocacy for black and minority ethnic communities: understandings and expectations. - In: The British Journal of Social Work ; Jg. 36, 2006, Nr. 7, S. 1209-1225. *DZI-2406*

7.10 Behinderte / kranke Menschen

Berreßem, André: Meine ersten Erfahrungen mit einem Down-Syndrom-Kind. - In: Deutsche Behinderten-Zeitschrift ; Jg. 43, 2006, Nr. 4, S. 10-11. *DZI-1809z*

Binggeli, Ursula: „Tanzen hat auch eine politische Funktion“: Community Dance als Integrationsform. - In: Sozial Aktuell ; Jg. 38, 2006, Nr. 12, S. 21-23. *DZI-2220z*

El-Nawab, Susanne: Viele Menschen sind im Heim fehlversorgt“. Wohn- und Kompetenzzentrum. - In: Altenheim ; Jg. 45, 2006, Nr. 12, S. 26-27. *DZI-1449*

Lind, Sven: Das individuelle Maß finden: Betreuungsangebote für demenziell erkrankte Heimbewohner. - In: Pflegezeitschrift ; Jg. 59, 2006, Nr. 11, S. 672-676. *DZI-0528z*

Die Zeitschriftenbibliographie ist ein aktueller Ausschnitt unserer monatlichen Literaturdokumentation. Die Bibliothek des DZI kann Ihnen die ausgewiesenen Artikel zur Verfügung stellen: Tel.: 030/83 90 01-13, Fax: 030/831 47 50 E-Mail: bibliothek@dzi.de

Dezentrale Heimversorgung in der Sozialpsychiatrie. Von Michael Konrad und anderen. Psychiatrie-Verlag. Bonn 2006, 190 S., EUR 19,90 *DZI-D-7798*

Dezentrale Heimversorgung bedeutet nicht mehr und nicht weniger als die Verlagerung der Heimversorgung in die Gemeinde. Dass ein solcher Weg beschritten und erfolgreich zu Ende gegangen werden kann, beschreibt dieses Buch. An fachlichen Standards zeigt es auf, welche organisatorischen Maßnahmen von der Wohnraumbeschaffung bis zur Dienstplangestaltung notwendig sind, damit eine Wohnung als Heim genutzt werden kann. Fallbeispiele verdeutlichen, dass nicht nur schwer beeinträchtigte psychisch kranke Menschen keine Großinstitution zum Leben benötigen, sondern vor allem die sogenannten „Systemsprenger“ von dieser Wohnform profitieren.

Systemisches Case Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit. Von Heiko Kleve und anderen. Verlag Carl-Auer-Systeme. Heidelberg 2006, 192 S., EUR 19,95 *DZI-D-7803*

Der Wandel in den Lebenswelten der Menschen und die gesellschaftlichen Veränderungen erfordern neue, kreative und effiziente Antworten der Sozialen Arbeit. Die Autorin und die Autoren dieses Buches sichten dazu innovative Handlungsmethoden und testen sie kritisch in der eigenen Praxis. Das Ergebnis ist ein systemisches Case Management, das aktuellen Forderungen nach Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit entspricht und gleichzeitig die hohen Standards einer ressourcen- und klientenorientierten Sozialarbeit erhält. Professionelle Helfende werden dadurch in die Lage versetzt, die eigene Arbeit zufriedener und erfolgversprechender für sich und ihre Klientel zu gestalten.

Die Pädagogik der Sozialen Frage. (Sozial)Pädagogische Theorie vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis zum Ende der Weimarer Republik. Von Bernd Dollinger. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden 2006, 481 S., EUR 39,90 *DZI-D-7805*

Pädagogische Theorien haben sich vor dem Hintergrund der Krisenerfahrungen des „langen 19. Jahrhunderts“ fundamental geändert. Erziehung wurde als Option der Bearbeitung sozialer, kultureller und politischer Probleme konzipiert. Eine wesentliche Folge war die Etablierung der Sozialpädagogik. Ausgehend vom Beginn des 19. Jahrhunderts zeichnet der Autor dieser Studie den Weg pädagogischer Krisenbearbeitung nach, analysiert die „Erfundung“ einer explizit sozialen Pädagogik und rekonstruiert deren weiteren Verlauf bis zum Ende der Weimarer Demokratie.

Einführung in die Soziale Altenarbeit. Theorie und Praxis. Von Astrid Woog. Juventa Verlag. Weinheim 2006, 178 S., EUR 17,- *DZI-D-7806*

Im Rahmen sozialpädagogischer Hilfen und Unterstützung ist Soziale Altenarbeit zu einem wichtigen Aufgabenfeld geworden. Sie wird nötig, wenn alte Menschen ihren All-

tag nicht mehr selbstständig organisieren können, hilfebedürftig werden, ihre Alltagssituation nicht mehr durchschauen und außerstande sind, Ressourcen im Sozialraum zu aktivieren. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter agieren im Zeichen einer lebensweltorientierten Arbeitsweise in den gegebenen Verhältnissen, um ältere Menschen trotz der vorhandenen Einschätzungen und Schwierigkeiten zu einem gelingenderen, befriedigenderen Leben zu befähigen. In Einzelfallstudien wird erklärt, wie alte Menschen ihren Alltag organisieren, in welchen Lebenslagen und Bereichen sie auf die Hilfe und Unterstützung Sozialer Altenarbeit angewiesen sind und welches pädagogische Handeln zu positiven Veränderungen führen kann.

Dialektik der Trauer. Ein Beitrag zur Standortbestimmung der Widersprüche bei Verlusterfahrungen. Von Hans Goldbrunner. LIT Verlag. Berlin 2006, 134 S., EUR 14,90 *DZI-D-7822*

Es gibt sicher wenige Bereiche des menschlichen Lebens, die innerhalb einer kurzen Zeitspanne einem so massiven Einstellungswandel unterworfen waren wie der Umgang mit Tod und Trauer in der Gegenwart. Im Verlauf der letzten Jahrzehnte lässt sich eine dramatische Veränderung grundlegender Überzeugungen nachweisen, die sich in der Einstellung wie auch in der alltäglichen Praxis widerspiegeln. Angeregt durch die umfangreichen Studien von Ariès, der einen fortlaufenden Wandel im Umgang mit dem Tod in der Geschichte des Abendlandes aufzeigt, wird in diesem Buch ein Versuch unternommen, die neuen, äußerst widersprüchlichen Akzente der Trauerforschung, die sich in der jüngsten Zeit abzeichnen, in einer systematisierenden Annäherung aufzugreifen und thematisch mit Hilfe eines dialektisch angelegten Modells zu integrieren. Im Vordergrund stehen dabei psychologische Überlegungen, die sich auf die Beobachtung des menschlichen Erlebens und Verhaltens konzentrieren.

Sozialethik im Wandel der Zeit. Geschichte des Lehrstuhls für Christliche Gesellschaftslehre in Münster 1893-1919. Von Manfred Hermanns. Verlag Ferdinand Schöningh. Paderborn 2006, 541 S., EUR 49,90 *DZI-D-7834*

Hundert Jahre Lehrstuhl für Christliche Gesellschaftslehre in Münster bedeuten auch hundert Jahre Sozial- und Kirchengeschichte. Denn der mit dem Sozialreformer Franz Hitzig 1893 begründete und lange einzige Lehrstuhl dieser Wissenschaftsdisziplin war intensiv in diese Geschichte verwoben und hat sie mitgestaltet. Der Autor zeichnet die Geschichte dieses Lehrstuhls im Rahmen von fünf Epochen deutscher und europäischer Geschichte nach. Franz Hitzig nutzte als Reichstags- und preußischer Landtagsabgeordneter den neu geschaffenen Lehrstuhl für eine wegweisende Synthese von politischer Theorie und politischer Praxis zur Lösung der sozialen Frage im ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert. Gegen erheblichen Widerstand kämpfte er für eine Arbeiterschutzgesetzgebung und ein Koalitionsrecht der Arbeiter. Heinrich Weber war ein Repräsentant des Sozialkatholizismus in der Weimarer Republik. Er schuf in seiner Wohlfahrtskunde und Caritaswissenschaft für die karitative und Soziale Arbeit ein theoretisches Gerüst und trug zu ihrer Professionalisierung entscheidend bei. Joseph Höffner steht für die christliche Gestaltung des sozialen und politischen Wiederaufbaus Westdeutschlands nach dem Zweiten Welt-

krieg. Er erkannte mit soziologischem Weitblick die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklungen und war maßgebend in der sozialpolitischen Beratung der Adenauer-Ära. *Wilhelm Webers* Wirken fiel in die Zeit globaler Veränderungen und des Wertwandels seit Ende der 1960er-Jahre. *Franz Fuger* verstand christliche Sozialwissenschaft als „Moraltheologie der gesellschaftlichen Bellange“ und schlug in postkommunistischer Zeit Brücken zur „politischen Theologie“, zur „Theologie der Befreiung“ und zur evangelischen Sozialethik. Die fünf Lehrstuhlinhaber beweisen in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit ihrer jeweiligen Zeit bei allem Wandel der Paradigmata und der Methodik die Kontinuität in den Grundanliegen christlicher Sozialethik und in der praktischen Weltgestaltung aus dem Glauben.

Individuen und ihre sozialen Beziehungen. Von Marina Hennig. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden 2006, 207 S., EUR 24,90* DZI-D-7836*

Ist die heutige Gesellschaft beziehungslos? Können Sozialformen ohne gemeinschaftliche Bindungen überhaupt bestehen? Wie sieht das Zusammenleben der Individuen in einer „individualisierten Gesellschaft“ aus? Dies sind die zentralen Fragen einer Studie, die den Bogen von der Gemeinschafts- und Gesellschaftsdebatte hin zur Netzwerk-perspektive spannt. Eingangs werden die wichtigsten Protagonisten und Protagonistinnen dieser Debatte vorgestellt und deren unterschiedliche Positionen verdeutlicht. Der gesamten Debatte liegt die Begriffs dichotomie Gemeinschaft - Gesellschaft zugrunde, die nicht zu einem der Moderne eigenen Gesellschafts- und Gemeinschaftsverständnis führt. Die anschließende kritische Diskussion kommt zu dem Ergebnis, dass in der modernen Gesellschaft nur eine netzwerktheoretisch-orientierte Lesart dieser Begriffe die Komplexität von Gemeinschaft und Gesellschaft erfassen kann.

Häusliche Gewalt und Tötung des Intimpartners. Prävention und Fallmanagement. Hrsg. Jens Hoffmann und Isabel Wondrak. Verlag für Polizeiwissenschaft, Dr. Clemens Lorei. Frankfurt am Main 2006, 183 S., EUR 16,90
DZI-D-7838

In den letzten Jahren hat sich im Umgang mit häuslicher Gewalt vieles getan. Was in der Gesellschaft lange als Privatangelegenheit galt, die keine Einmischung von außen erfordert, ist nun zum Thema für Opfereinrichtungen, der Polizei und der Justiz geworden. Obgleich Betroffene zu meist nun Ansprechpartner und -partnerinnen finden, ist bei der Frage der Prävention und des Fallmanagements noch vieles offen. So sterben jährlich etwa 300 Frauen in Deutschland durch die Hand ihres ehemaligen Partners – Taten, die durch zielgerichtete Maßnahmen geschulter Helferinnen und Helfer möglicherweise verhindert werden können. Dieses Buch gibt Informationen über die Hintergründe von häuslicher Gewalt und die damit einhergehenden Auswirkungen auf die Opfer. Es werden aber auch Methoden vorgestellt, um Fälle und deren Eskalationspotenzial konkret einzuschätzen und um eine individuelle Hilfe zu entwickeln.

Handbuch Betreuungsbehörde. Dritte Auflage. Von Horst Deinert und Guy Walther. Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft. Köln 2006, 308 S., EUR 42,- *DZI-D-7839*

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der örtlichen und überörtlichen Betreuungsbehörden haben zahlreiche Aufgaben im Vor- und Umfeld der Betreuungsarbeit wahrzunehmen: Neben der Führung von Betreuungen gehören hierzu unter anderem Beratung, Förderung und Gewinnung von Betreuenden, die Vormundschaftsgerichtshilfe und die Beurkundung von Betreuungsverfügungen. In diesem Handbuch stellen die Autoren detailliert Organisation, Ziele und einzelne Aufgabengebiete der Betreuungsbehörden vor. Es enthält praktische Hinweise für eine optimale organisatorische Umsetzung der einzelnen Aufgabenbereiche. Die entsprechenden Arbeitshilfen in Form von Musterschreiben, Checklisten, Merkblättern und Übersichten werden mitgeliefert. Ein Anhang mit den Anschriften aller Betreuungsbehörden vervollständigt die Darstellung. Rechtstexte, am Bildschirm ausfüllbare Muster und Formulare sowie weitere Dokumente sind auf einer beiliegenden CD-ROM zu finden.

Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Hrsg. Rosmarie Welter-Enderlin und Bruno Hildenbrand. Verlag Carl-Auer-Systeme. Heidelberg 2006, 271 S., EUR 29,95
DZI-D-7841

Es gibt Menschen, die scheinbar gar nichts aus der Bahn wirkt. Ob Krankheit, Probleme am Arbeitsplatz, persönliche Niederlagen oder private Krisen – am Ende gehen sie nicht geschwächt, sondern oft sogar gestärkt und erhobenen Hauptes aus diesen hervor. Was steckt hinter der Fähigkeit, sich trotz widriger Lebensumstände nicht unterkriegen zu lassen? Die Resilienzforschung zeigt, dass die Psyche eine Art Schutzhilfeschild besitzt, der die Menschen widerstandsfähig und krisenfest macht. Der Kern der Resilienz ist das unerschütterliche Vertrauen in die Fähigkeit, sein eigenes Leben in den Griff zu bekommen. Dieses Vertrauen basiert auf sieben Säulen, die die Basis unserer inneren Stärke bilden: Optimismus, Bewältigungsorientierung, Verlassen der Opferrolle, Akzeptanz, Verantwortung, aktive Zukunftsplanung, Netzwerke und Freundschaften. Die Autoren und Autorinnen des Bandes stellen die Grundlagen dieses Konzeptes vor und machen es für therapeutische und beratende Handlungsfelder wie Medizin, Psychiatrie und Jugendhilfe nutzbar. Ihre Aufmerksamkeit gilt dabei auch der Resilienz der professionellen Helferinnen und Helfer selbst.

Karriereverläufe von Frauen und Männern in der Altenpflege. Eine sozialpsychologische und systemtheoretische Analyse. Von Manfred Borutta und Christiane Giesler. Deutscher Universitäts-Verlag. Wiesbaden 2006, 196 S., EUR 35,90 *DZI-D-7845*

Altenpflege ist ein klassisches Berufsfeld für Frauen. Daher sollte es – im Gegensatz zu männerdominierten Bereichen – selbstverständlich sein, dass in geschäftsführenden und leitenden Positionen vorwiegend Frauen tätig sind. Aber weit gefehlt: Die Führungspositionen in der Altenpflege sind weitgehend von Männern besetzt, deren Qualifikation noch dazu oft fragwürdig ist. Anders als für Frauen besteht für Männer in der Pflege die Möglichkeit, ohne formelle Qualifikation in berufliche Positionen aufzusteigen, die im Hinblick auf Routine, Menschenführung und Zukunftssicherung der fokalen Organisationen hohe Anforderungen stellen. Warum gelingt es Männern offenbar, in der Pflege schneller Karriere zu machen als Frauen? Streben Frauen Leitungspositionen nicht an oder gibt es

andere Hinderungsgründe? Auf der Basis empirischer Daten untersuchen die Autoren und Autorinnen diese Fragen aus sozialpsychologischer und systemtheoretischer Perspektive.

Heimerziehung. Lebenshilfe oder Beugehaft? Gewalt und Lust im Namen Gottes. Von Alexander Markus Homes. Herstellung und Vertrieb: Books on Demand. Norderstedt 2004, 342 S., EUR 22,– *DZI-D-7844*

Die in diesem Buch beschriebenen unmenschlichen Zustände legen Zeugnis dafür ab, dass die Schwarze Pädagogik immer noch Teile des Erziehungssystems beherrscht und nicht der Vergangenheit angehört. Sie wird oft noch unverhohlen und bewusst gegen Kinder und Jugendliche eingesetzt. Hierbei spielt es keine Rolle, ob die Täter und Täterinnen aus dem konfessionellen, privaten oder staatlichen Heimbereich oder aus dem familiären Umfeld kommen: Opfer der Schwarzen Pädagogik sind auch weiterhin junge Menschen, die der psychischen und physischen Gewalt, Erniedrigung, Demütigung und damit verbundenen Schmerzen, Trauer, Einsamkeit und traumatischen Erlebnissen hilflos und wehrlos ausgesetzt sind.

Schriftliche Arbeiten in Studium und Beruf. Ein Leitfaden. Dritte Auflage. Von Holger Höge. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart 2006, 176 S., EUR 18,– *DZI-D-7846*

Immer wieder stoßen Studierende, aber auch Berufstätige, bei der Abfassung schriftlicher Arbeiten auf Probleme. Dieser Leitfaden gibt Rat und Hilfe. Er umfasst allgemeine Regeln der Gliederung von Texten, Richtlinien des Zitierens

(in Übereinstimmung mit deutschen und internationalen Regelungen, zum Beispiel denen der Deutschen und Amerikanischen Gesellschaft für Psychologie), praxisbewährte Hilfestellungen für die Zeitplanung und vieles mehr. Beispiele zu jeder studentischen, akademischen und beruflichen Form der schriftlichen Arbeit helfen, die formalen Regeln auf den jeweils speziellen Fall zu übertragen: Referat, Hausarbeit, Klausur, empirische und experimentelle Arbeit, Individual- beziehungsweise Fallanalyse, Diplomarbeit, Dissertation, Postergestaltung, Veröffentlichung, Bericht, Gutachten, Stellungnahme, Präsentation, Protokoll und Fachartikel.

Wem gehört die Familie der Zukunft? Expertisen zum 7. Familienbericht der Bundesregierung. Hrsg. Hans Bertram und andere. Verlag Barbara Budrich. Opladen 2006, 515 S., EUR 36,– *DZI-D-7848*

Die Diskussion um den Geburtenrückgang in Deutschland wurde bislang vielfach unter wirtschaftlicher Perspektive – mit Blick auf die sozialen Sicherungssysteme und die Entwicklung am Arbeitsmarkt – geführt. Der 7. Familienbericht der Bundesregierung mit dem Fokus auf „Zukunft der Familie – Gesellschaftlicher Wandel und soziale Integration“ hat die demographische Entwicklung hingegen zum Ausgangspunkt genommen, um zu prüfen, ob etwa Kinder nicht mehr in den modernen Lebenslauf passen, ob Veränderungen im Bereich Work-Life-Balance, Veränderungen in den Verhältnissen zwischen Eltern und Kindern, zwischen Männern und Frauen, zwischen den Generationen zu diesem Trend führen oder ihn mit bedingen. In die-

Anzeige Bank

sem Band werden Expertisen zu drei Bereichen vorgestellt: Nachhaltige Familienpolitik und die Zukunft der Kinder; Geschlechterrollen im Wandel – Modernisierung der Familienpolitik; Ansätze zur Modernisierung familienbezogener Instrumente – Kernelemente einer modernen und nachhaltigen Familienpolitik.

Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. Zweite Auflage. Von Martin Zobel. Hogrefe Verlag. Göttingen 2006, 278 S., EUR 29,95 *DZI-D-7847*

Das Aufwachsen in einer suchtbelasteten Familie kann für die Kinder langfristige Folgen haben, die auch im Erwachsenenalter noch spürbar sind. Allerdings gibt es auch viele Betroffene, die später ein weitgehend normales Leben führen können. Die Neubearbeitung dieses Buches setzt sich kritisch mit den aktuellen internationalen Forschungsergebnissen zu Risiken und Auffälligkeiten der Kinder von Abhängigen auseinander. Es thematisiert insbesondere auch die Chancen und Möglichkeiten für eine erfüllte Lebensgestaltung der Betroffenen. Das Buch geht auf die Frage des erhöhten Abhängigkeitsrisikos der Betroffenen im Erwachsenenalter ein. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen wird ein Modell der Transmission von Abhängigkeit in Suchtfamilien vorgestellt. In weiteren Kapiteln wird zudem aufgezeigt, wie Hilfeleistende, Eltern und Betroffene mit dem Abhängigkeitsrisiko umgehen sollten und welche Möglichkeiten der Prävention einer Suchtentwicklung existieren.

Das Soziale gestalten. Über Mögliches und Unmögliches der Sozialpädagogik. Hrsg. Tarek Badawia und andere. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden 2006, 349 S., EUR 29,90 *DZI-D-7837*

Zu Beginn des 21. Jahrhundert steht die Sozialpädagogik vor neuen und ambivalenten Herausforderungen. Auch wenn die Auseinandersetzung mit gesellschaftlichem Wandel und wohlfahrtsstaatlichen Abbau- und Umbauprogrammen die Sozialpädagogik seit jeher in unterschiedlichen Konjunkturen beschäftigt und zu professioneller und theoretischer Positionierung gezwungen hat, so zeigt sich heute eine neue und veränderte Ausgangssituation. Welche Konsequenzen sich daraus für die Soziale Arbeit und Sozialpädagogik ergeben, ist bislang noch völlig offen. Die Autorinnen und Autoren gehen der Frage nach, wie eine Standortbestimmung vorgenommen werden kann, um Mögliches und Unmögliches der Sozialpädagogik in der Gestaltung des Sozialen konkreter zu fassen. Die Beiträge richten dabei den Blick auf die Disziplin wie auf ausgewählte Handlungsfelder und professionelle Gestaltungsperspektiven.

Impressum

Herausgeber: Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen und Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales des Landes Berlin

Redaktion: Burkhard Wilke (verantwortlich) Tel.: 030/83 90 01-11, Heidi Koschwitz Tel.: 030/83 90 01-23, E-Mail: koschwitz@dzi.de, Hartmut Herb (alle DZI), unter Mitwirkung von Prof. Dr. Horst Seibert, Frankfurt am Main; Prof. Dr. Antonin Wagner, Zürich; Dr. Johannes Vorlauffer, Wien

Redaktionsbeirat: Prof. Dr. Hans-Jochen Brauns, Berlin; Hartmut Brocke (Sozialpädagogisches Institut Berlin); Franz-Heinrich Fischer (Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.); Sibylle Kraus (Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.); Elke Krüger (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, LV Berlin e.V.); Prof. Dr. Christine Labonté-Roset (Alice-Salomon-Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin); Dr. Manfred Leve, Nürnberg; Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl (Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin); Prof. Dr. Ruth Mattheis, Berlin; Manfred Omankowsky (Bürgermeister-Reuter-Stiftung); Prof. Dr. Hildebrand Ptak (Evangelische Fachhochschule Berlin); Helga Schneider-Schelte (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.); Ute Schönherr (Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung); Heiner Stockschlaeder (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales); Dr. Peter Zeman (Deutsches Zentrum für Altersfragen)

Verlag/Redaktion: DZI, Bernadottestr. 94, 14195 Berlin, Tel.: 030/83 90 01-0, Fax: 030/831 47 50, Internet: www.dzi.de, E-Mail: verlag@dzi.de

Erscheinungsweise: 11-mal jährlich mit einer Doppelnummer. Bezugspreis pro Jahr EUR 61,50; Studentenabonnement EUR 46,50; Einzelheft EUR 6,50; Doppelheft EUR 10,80 (inkl. 7% MwSt. und Versandkosten, Inland) Kündigung bestehender Abonnements jeweils schriftlich drei Monate vor Jahresende.

Die Redaktion identifiziert sich nicht in jedem Falle mit den abgedruckten Meinungen. Namentlich gekennzeichnete Beiträge stellen die Meinung der Verfasserinnen und Verfasser dar, die auch die Verantwortung für den Inhalt tragen. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Haftung übernommen. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, müssen schriftlich vom Verlag genehmigt werden.

Übersetzung: Belinda Dolega-Pappé

Layout/Satz: GrafikBüro, Stresemannstr. 27, 10963 Berlin
Druck: druckmuck@digital e.K., Großbeerenstr. 2-10, 12107 Berlin

ISSN 0490-1606