

Zusammenfassung

Es wird der Versuch gemacht, an Hand eines Fallbeispiels aus der sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH), dessen Praxistheorie zu demonstrieren und Möglichkeiten der Praxisforschung in der Sozialen Arbeit aufzuzeigen. Dabei wird die SPFH als generalistische Familienintervention verstanden, die sich der Komplexität der „Familie“ stellt und reflektiert in deren Leben eingreift mit dem Ziel, mehr biopsychosoziale Gesundheit für deren Mitglieder zu erreichen.

Praxistheorie und Praxisforschung in der klientenbezogenen Sozialen Arbeit – dargestellt am Beispiel der sozialpädagogischen Familienhilfe

Heinz-Alex Schaub
Emden

Der sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) wird steigendes Interesse zuteil. Sie wird als Teilgebiet des Clinical Social Work verstanden und ist die intensivste Form der ambulanten Hilfe zur Erziehung gemäß § 27 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz, KJHG). SPFH wird nach § 31 KJHG in Verbindung mit Regelungen nach § 27 ff. KJHG gewährt. Die Familienhelfer/innen suchen Familien auf, die in (oft langdauernden) Krisen leben. Ziel ist es, daß Eltern lernen, ihre Aufgaben in der Familie eigenständig und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können. Die Familien, die von der SPFH erreicht werden, sind in der Regel arm und kinderreicher als die Durchschnittsfamilien. Betrachtet man die umfangreichen Belastungen dieser sozial benachteiligten Familien, deren Problematik sich als 'chronifizierte biopsychosoziale Problemlagen' beschreiben lassen, so wird deutlich, daß das von der SPFH angestrebte Ziel, Fremdplacierungen zu reduzieren, nicht immer erreicht werden kann (vgl. Terbuyken 1998; Übersicht bei Helmig et al. 1998).

In den letzten zwei Jahrzehnten sind insbesondere Forschungen mit Blick auf unterschiedliche Familienformen und -strukturen durchgeführt worden, und dies mit dem nahezu einhelligen Ziel, mehr Verständnis, Toleranz und Akzeptanz in der Gesellschaft zu erreichen sowie auch adäquate familienbe-

raterisch orientierte Hilfestellungen unter Beachtung dieser Unterschiedlichkeiten zu entwickeln (vgl. Brunner 1995). In Anlehnung an Lange u. Lüscher (1996) wird diese Debatte um die Bedeutung von unterschiedlichen Familienformen vom Autor so verstanden, daß sie vielfach von der Sorge geprägt ist, wie die Sozialisationsressourcen für Kinder in den verschiedenen Familienformen eingeschätzt und bewertet sowie genutzt werden können (vgl. Nave-Herz 1994). Diese auf die Sozialisation der Kinder sowie die Schaffung einer elementaren Atmosphäre des Wohlbefindens aller Familienmitglieder gerichtete Aufmerksamkeit ist die implizite Botschaft aller familienberaterischen und -therapeutischen Bemühungen.

Zur Begründung praxistheoretischer und praxisforscherischer Aspekte der SPFH ist es notwendig, zunächst konkret benennbare Grundbedingungen für gelingendes Familienleben in Bezug auf die Sozialisation der Kinder zu kennen und zu beachten. Zuletzt haben Lange u. Lüscher (1996) Forschungsergebnisse zusammengetragen, die *prozessuale* Bereiche des Familienlebens in den Vordergrund stellen und mögliche Auswirkungen von Familienstrukturen auf die Sozialisation der Kinder vernachlässigen.

In der praktizierten SPFH besteht zu Beginn die Hauptaufgabe darin, mit der Familie herauszuarbeiten, welche Sozialisationsleistungen selbständig wahrgenommen werden können und bei welchen Leistungen Hilfestellun-

Prof. Dr. H.-A. Schaub, Ringstraße 35, D-26721 Emden

Practical theory and practical research in client-related social work – using social pedagogical family help as an example

Heinz-Alex Schaub

Summary

Using a case study, we try to demonstrate the practical theory of social pedagogy in family aid (SPFH in Germany) and to show the possibilities of practical research in social

work. SPFH is understood as generalized family intervention, which takes into account the complexity of „family“ and takes part in their lives in a reflected way with the objective of enhanced biological, psychological and social healthiness.

gen einschließlich extrafamiliärer Ressourcen nötig sind. Entsprechend den Grundbedingungen für gelingende Sozialisation und der Annahme, daß in der SPFH sowohl intra- als auch extrafamiliäre Ressourcen aktiviert und genutzt werden sollen, um das Wohl der Familien zu verbessern, erscheint es nötig, als Familienhelfer/in sowohl beratend-intervenierend als auch praktisch-zusammenarbeitend in den Räumen des familiären Alltags tätig zu sein (vgl. Nicolay 1998; Wendt 1998).

Die erwähnten inhaltlichen und methodischen Aspekte bilden eine hilfreiche Rahmung für sozialpädagogisch begründete „Beziehungsarbeit“, in der sich die SPFH bewähren kann. Hier generieren sich die entscheidenden Fragestellungen sozialpädagogischen Handelns. Einige sollen genannt werden:

- Was muß bei der „Auftragslage“ in der SPFH beachtet werden?
- Kann sozialpädagogisches Handeln auf eine Art und Weise reflektiert werden, so daß dies als Praxistheorie bezeichnet werden kann?
- Werden mit Hilfe einer Praxistheorie Strukturen und Prozesse sozialpädagogischen Handelns verstehbar?
- Mit welchem Forschungsansatz kann sozialpädagogisches Handeln in der SPFH wissenschaftlich am besten erreicht werden?

Im folgenden wird versucht, einzelne Antworten auf diese Fragen zu geben. Dies soll insbesondere an Hand der Reflexion eines typischen Fallbeispiels

aus der SPFH geschehen, das in diesen Antworten auf unterschiedliche Weise wiederholt aufgegriffen wird. Zuvor werden die „Auftragslage“ kritisch reflektiert und notwendige Fähigkeiten und Fertigkeiten genannt, die für professionelles Handeln in der SPFH wünschenswert sind. Ziel ist es, mit Hilfe des Fallbeispiels Grundzüge einer Praxistheorie für klientenorientiertes sozialpädagogisches und sozialarbeiterisches Handeln in der SPFH zu entwickeln und weitere Forschungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Zur Auftragsklärung

Familienhilfe kann die Spannweite umfassen, einerseits von der Familie als Eindringling erlebt zu werden, der im Auftrag des Jugendamtes in die Familien „hineingeht“, ohne dort wirklich gewollt zu sein. Andererseits kann Familienhilfe von den Familien selbst beim Jugendamt beantragt worden sein, um darin zu unterstützen, bessere Entwicklungsmöglichkeiten für die Kinder – und die übrige Familie zu schaffen. In der Praxis ist diese „Auftragslage“ zumeist komplex, auch widersprüchlich und muß für jeden Einzelfall und jedes Familienmitglied genau geklärt werden. Häufig werden unterschiedliche Auftragslagen, deren Annahme oder Ablehnung eine zentrale Bedeutung für die Gestaltung eines möglichen Arbeitsbündnisses zwischen Helfer/in und Familie hat, gleichgesetzt mit einer unauflöslich erscheinenden Gegensätzlichkeit zwi-

schen „Hilfe und Kontrolle“ (vgl. Allert et al. 1994). Es seien gegenläufige Handlungslogiken. Doch müsse gleichzeitig sein: „soziale Kontrolle im Sinne einer quasi-administrativen Behandlung sozialer Abweichung sowie potentieller oder faktischer Regelverletzungen ebenso wie Behandlung im Sinne einer – dem beruflichen Selbstverständnis gemäß – Hilfe zur Selbsthilfe und damit unterstützender, pädagogischer und therapeutischer Qualität in unterschiedlicher Gewichtung“ (Allert et al. 1994, S. 193). Kritisch soll hier angemerkt werden, daß diese Gegensatzkonstruktion ein berufliches Selbstverständnis der Sozialpädagogik und Sozialarbeit enthält, welches die „Hilfestellung“ als sozialpädagogische und sozialarbeiterische Qualität versteht, der die Qualität der „institutionellen Kontrolle“ (des Jugendamtes) gegenübersteht. Damit wird unterstellt, daß die staatliche Behörde die Absicht hat, Familien zu kontrollieren. Mit diesem beruflichen Selbstverständnis kann auch die, vielleicht unbeabsichtigte, Haltung verbunden sein, Klienten und Sozialpädagogen müßten sich gegen diese „Eingriffsverwaltung“ verbünden, damit sozialpädagogisches Handeln möglich bleibt.

Der hier dargestellte Zusammenhang kann aber auch anders verstanden werden: „Hilfe“ (SPFH) ist eine „Qualität und Leistung“, die durch das KJHG rechtlich abgesichert wird, jedoch unterschiedliche „Modalitäten“ aufweist (vgl. Schmidt 1982, S. 15): Es kann sein, daß SPFH auf den ausdrücklichen Wunsch einer Familie gewährt wird; es kann aber auch sein, daß die Hilfestellung im Sinne eines nicht gewollten Eingriffs von Seiten des Jugendamtes erfolgt zum Schutze des Wohlergehens eines Kindes und gegen den Wunsch der Eltern. Auch einen „Eingriff“ als Hilfestellung zu verstehen, fordert Sozialpädagogen und Sozialarbeitern heraus, sich selbst und den betroffenen Familien zuzumuten, die Erhaltung des Kindeswohls als die entscheidende und primäre Zielsetzung anzusehen, unabhängig davon ob ein möglicher Auftrag oder Nicht-Auftrag einer Familie für eine SPFH erteilt worden ist und/oder das berufliche Selbstverständnis eines Sozialarbeiters einen „Eingriff“ dieser Art nicht vorsieht.

Mit dieser Interpretation der Auftragslage eng verbunden ist die Frage nach der fachlichen Kompetenz der Familienhelfer/innen und auch der Konzeption der Arbeit des Jugendamtes (vgl. Maas 1997). Dazu sollen hier nur einige Fragen gestellt werden, deren umfassende Erörterung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde: Wie ist die ursprünglich von Sozialpädagogen und Sozialarbeitern initiierte Verrechtlichung der SPFH in ihrer fachlichen Umsetzung als Kompetenz der Familienhelfer/innen eingelöst worden, und wie sind die Anforderungen der §§ 31 und 27 KJHG in die Organisation und Konzeption der Arbeit des Jugendamtes eingeflossen? Wie verhalten sich Sozialpädagogen und Sozialarbeiter, wenn die Problemdefinitionen der Familienhelfer/innen und der Familie nicht so ohne weiteres kompatibel sind und die geplante Hilfemaßnahme (SPFH) nicht von der Familie gewünscht und akzeptiert wird? Was bedeutet dies für den Hilfe-prozeß? Einige der Fragen werden implizit an Hand der Reflexion des folgenden Fallbeispiels aufgegriffen.

Fallbeispiel

Im Juli 98 sucht Herr M. das Jugendamt einer 55 000 Einwohner zählenden Stadt auf und bittet um Unterstützung, da sich die häusliche Situation derart verschärft habe, so daß kein erträgliches Familienleben mehr möglich sei. Dem Jugendamt ist die Familie bekannt. Herr M. berichtet: „Jan, unser 13jähriger Sohn rastet ständig aus, macht mutwillig Sachen kaputt, ist nur noch frech, stiehlt und hält sich an keinerlei Absprachen. Meine Frau und ich sind am Ende. Wir können nicht mehr. Können sie nicht den Jungen in einem Heim unterbringen?“

Im gleichen Monat wird Jan mit seinem Einverständnis in der Kinderhilfsstelle (Einrichtung der stationären Jugendhilfe) einer in der Nähe des Wohnorts gelegenen Stadt „in Obhut genommen“.

Im August 98 führt das Jugendamt in Verbindung mit der Kinderhilfsstelle ein Elterngespräch mit dem Ziel, daß zukünftig eine SPFH eingerichtet wird und Jan bald wieder zu Hause wohnen kann. Die Familie erscheint zu dem Gespräch nur sehr zögerlich, der Termin mußte oft verschoben werden.

In den Akten des Jugendamtes werden die bis dahin versuchten pädagogischen und therapeutischen Bemühungen sowie die Familiensituation detailliert beschrieben. Zur Vorgeschichte („Aktenlage“):

Im Februar 97 erhält Jan ein „schlechtes“ Zeugnis. Im Februar wird eine „familienorien-

tierte“ Schularbeitenhilfe auf Antrag der Eltern vermittelt durch das Jugendamt eingerichtet.

Im März 97 berichtet die Schule: „Jan ist unkonzentriert, er benötigt ständige Ermahnungen, ist extrem nervös, im Klassenverband nicht integriert, beleidigt massiv Mitschüler, greift sie auch körperlich an und befindet sich in „schlechter Gesellschaft“ mit anderen ähnlich verhaltensauffälligen Kindern.“

Für April 97 findet sich folgender Akteneintrag: Fortführung der Schularbeitenhilfe. „Jan hat verstärkt Aggressionsausbrüche nach dem Verzehr von Süßigkeiten. Er versucht seinen Willen mit Trotz und verbalen Aggressionen durchzusetzen. Bis 1995 hat Jan eingenäßt, er leidet an Hausstauballergie“. Der Sozialarbeiter stellt weiter fest, daß Herr M. seit 1992 arbeitslos ist. Die Familie lebt beengt in einer Blockwohnung, soziale Kontakte bestehen nicht.

August 97: Jan wird nicht versetzt. Im gleichen Monat melden die Eltern auf Anregung des Jugendamtes Jan in der Erziehungsberatungsstelle der Stadt an. Es finden mehrere einzeltherapeutische Gespräche mit Jan sowie ein Elterngespräch statt. Im Dezember 97 brechen die Eltern für Jan die Einzeltherapie ab.

Aus dem Bericht der Erziehungsberatungsstelle: „Jan ist ein Junge mit wenig Selbstwertgefühl, eher schüchtern und zurückhaltend. Er flüchtet sich gern in eine Phantasiewelt, die aus Teufeln und dem Tode nahestehenden Symbolen besteht. Dabei kann er seine Ängste offen äußern und hat einen Zugang zu seiner Gefühlswelt. Jan übernimmt wenig Verantwortung für seine Realitätsbereiche wie Schule, Hausaufgaben und den täglichen Ablauf im Elternhaus. Er braucht von seinen Eltern, und dabei besonders von seinem Vater, klare Strukturen und Anleitungen. Diese sollten in einer fortlaufenden Auseinandersetzung mit dem Vater stattfinden.“ Dies sei auch im Elterngespräch bearbeitet worden, „wobei auffällig war, wie schwer es dem Kindsvater fällt, in die Verantwortung und Anleitung zu gehen. Der größte Teil der Erziehungsarbeit wird von der Kindsmutter geleistet. Für den Vater ist es schwer, sich mit dem Sohn auseinanderzusetzen und den Tagesablauf mit Jan konsequent zu strukturieren. Er zieht sich schnell zurück und zeigt wenig Substanz im Konflikt mit Jan.“

Bis zu dem Familiengespräch, in dem über die „Inobhutnahme“ entschieden wurde sowie den Gesprächen in der Kinderhilfsstelle im August 98 war eine eltern- und familienorientiert deklarierte Betreuung und Beratung sowie eine Einzeltherapie versucht worden. Dennoch verschärfte sich die psychosoziale Situation Jans derart, daß der Vater um eine Unterbringung Jans in einem Heim nachsucht. Anscheinend haben die bis dahin gemachten Interventionen der Jugendhilfe nicht die Hilfestellung leisten können, die für diese Familie adäquat ist. Die Proto-

kolle der Gespräche in der Kinderhilfsstelle ergeben ein Gesamtbild der Familie.

Herr M. leidet an einem Bandscheidenschaden, der Rentenanspruch gestellt. Auf Grund seiner körperlichen Beeinträchtigung ist Herr M. – nach eigenen Angaben – zur körperlichen Passivität gezwungen. Er meidet körperliche Belastungen jeglicher Art, hat keine Hobbies und fühlt sich behindert, am Leben teilzunehmen. Nach seinen Angaben ist er medizinisch „aus-therapiert“. Herr M. hat wenig Hoffnung auf eine Verbesserung seiner Situation.

Innerhalb der Familie möchte Herr M. als „Oberhaupt“ betrachtet werden. Frau M. berichtet, ihr Mann sei sehr dominierend („Er weiß immer genau, was richtig ist!“). Im Familiengespräch redet Herr M. wenig, auch nicht zu seiner eigenen Situation. Jan sagt an einer Stelle des Gesprächs, sein Vater sehe manchmal aus wie ein Fragezeichen. Herr M. hat zu seiner Herkunftsfamilie eingeschränkten Kontakt. Der Vater starb 1981 mit 52 Jahren, mit der Mutter traf sie sich die Familie an Feiertagen sowie zwischendurch zu einem Besuch. Freunde oder Bekannte gäbe es nicht.

Frau M. ist Hausfrau. Sie leide an mehreren Allergien und an einer Magenerkrankung. 1989/90 sei sie sehr depressiv gewesen, damals habe sie Tabletten einnehmen müssen. Sie verstehe nicht, warum sie depressiv gewesen sei. Zu ihrer Herkunftsfamilie bestehe ähnlich wenig Kontakt wie zu der ihres Mannes. In der eigenen Familie sei sie sehr zurückhaltend; sie lasse ihren Mann entscheiden und denke sich ihren Teil.

Frau M. und Herr M. kennen sich seit 1978; sie heirateten 1979, als Frau M., 18jährig, mit dem ältesten Sohn schwanger war. Beide geben an, „in unserer Ehe hat es keine Hochs und Tiefs gegeben“. Mit inzwischen vier Kindern seien sie immer genügend beschäftigt gewesen. Peter (19) ist bei der Bundeswehr. Er hat nicht am Familiengespräch teilgenommen. Jan (13) ist ein kleiner, schwächlicher und blasser Junge. Er verhält sich sehr zurückhaltend, wirkt im Gespräch vorsichtig, scheint viel zu beobachten. Er wirkt sehr ernst und kontrolliert. Zu den Vorwürfen der Eltern sagt Jan, er fände es zu Hause langweilig. Wenn die Eltern etwas verbieten, „raste ich manchmal total aus, das kann ich gar nicht steuern“. Die Familie sei ihm egal, die anderen Geschwister würden sowieso bevorzugt. Das Gespräch zwischen den Eltern und Jan sind nur durch negative Affekte gekennzeichnet. Jan wird angeklagt und er tut das gleiche. Jan überlegt, ob er in ein Kinderheim gehen soll. Die Eltern wünschen ebenfalls eine Unterbringung. Markus (7) ist in seiner Sprachentwicklung verzögert. Er besucht einen Sprachheilkindergarten und ist zunächst bei der Einschulung zurückgestellt worden. Lisa (5) besucht den Kindergarten. Die beiden jüngsten Kindern waren nicht bei dem Familiengespräch anwesend.

Das Jugendamt befürwortet die „Inobhutnahme“ Jans in der Kinderhilfsstelle für die Sommerferien 1998. Danach soll eine SPFH eingerichtet werden.

Die beruflichen Kenntnisse und Fertigkeiten der FamilienhelferInnen

Soziale Arbeit wird in Anlehnung an Ginzburg (1983, zit. n. v. Uexküll 1998) als „Indizienwissenschaft“ verstanden. Sie ist eine der qualitativen Wissenschaften, „die das Individuelle an Fällen, Situationen und Dokumenten zum Gegenstand (hat), und die gerade deshalb zu Ergebnissen kommen, die einen Rest von Unsicherheit nie ganz vermeiden können“ (Ginzburg 1983, S. 73, zit. nach v. Uexküll 1998). Sie hat mit Wirklichkeiten von einzelnen Menschen, Paaren und Familien in ihrer jeweiligen Lebenspraxis zu tun, mit Wirklichkeiten von Helfern und Helferinnen in deren beruflichen Kontexten sowie mit helfenden Prozessen als Ort der Interaktion von Familien und Helfern und Helferinnen. Soziale Arbeit ist eine sich durch eigene Kriterien auszeichnende Humanwissenschaft, die Charakteristika dieses hier favorisierten Wissenschaftsverständnisses enthält. Mit diesem Wissenschaftsverständnis betreten die Sozialpädagog(inn)en das Arbeitsfeld der Familienhilfe, für das sie umfassende Kenntnisse und Fertigkeiten benötigen.

Die wichtigsten sollen genannt werden:

- **Familiensozialpädagogik und -sozialarbeit:** Sozialpädagog(inn)en und Sozialarbeiter/innen sind Spezialist(inn)en für die Primärgruppe Familie, wie z. B. Eineltern-, Stiefeltern-, Pflege- und Patchworkfamilien (vgl. Brunner 1995; Lange u. Lüscher 1996), und kennen die Auswirkungen psychosozialer Integration und Desintegration auf das Verhalten der Familienmitglieder. Diese Kenntnisse und das damit verbundene Handeln schließt umfangreiches Wissen über die berufliche Rolle voraus und rechtfertigt bereits einen langen fächerbezogenen biopsychosozialen Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Fortbildungsweg.
- **Reflexion der „Auftragslage“** in der zentralen Triade Jugendamt-Familienhelfer/in-Familie (vgl. Risau-Peters et al. 1996; v. Schlippe u. Kriz 1996): Es sollten Antworten auf folgende Fragen gefunden werden: Wer definiert auf

welche Weise das Problem (des Kindes/der Familie/ des Jugendamtes/der Familienhelfer/in)? Wie kann der Prozeß einer Auftragsklärung reflektiert werden? Welche Bedeutung haben „eingreifende, nicht gewünschte Hilfestellungen“ im Vergleich zu „gewünschten Hilfestellungen“? Welche fachlich begründeten Interventionen können versucht werden, um möglichst eine „nicht gewollte Hilfe“ in „gewünschte Hilfe“ umzuwandeln und damit ein tragfähiges Arbeitsbündnis zu entwickeln?

- **Biopsychosoziale Akut- und Prozeßdiagnostik** der Familie unter besonderer Berücksichtigung des Arbeitsauftrags sowie *Beratung* unter Beachtung des Kontextes als „familiensozialpädagogisches“ Handeln auf der Basis einer oft vielmonatigen vertrauensvollen Sozialpädagogen-Klienten-Arbeitsbeziehung: Hier sind besondere Kenntnisse auf dem Gebiet der strukturellen Diagnostik notwendig, mit der zentrale Elemente des sozialisatorischen Interaktionssystems erreicht werden können, dessen Beurteilung für mögliche sozialpädagogische Familieninterventionen von besonderer Bedeutung sind; denn sozialpädagogisches Handeln hat das Ziel, sinnvolle, zumutbare und machbare Verbesserungen für die „Sozialisationsfähigkeit“ der Familie anzuregen.

- **Teamarbeit und Koordinationsfunktion:** Dies bedeutet professionelle Kooperation mit anderen Institutionen des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesens, die wegen der „auffälligen“ biopsychosozialen Lage mit der Familie zu tun haben (vgl. Schaub 1998). Die SozialarbeiterInnen sollten deshalb mit Aspekten der Teamarbeit sowie mit Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens vertraut sein, um bei Bedarf selbst wünschenswerte Kooperationen in die Wege leiten zu können. Mögliche Interaktionen mit Mitarbeiter/innen anderer Institutionen weisen in besonderer Weise auf die transdisziplinäre Funktion der Sozialarbeit und Sozialpädagogik hin (Kleve 1999) hin, die sich auch als Moderatorin und Koordinatorin zwischen anderen biopsychosozialen Arbeitsbereichen (z. B. Medizin, Verwaltung, Schule) versteht.

- **Gesundheitspädagogik und Gesundheitsförderung:** Darunter wird die Vermittlungsaufgabe in Fragen einer aus sozialpädagogischer und sozialarbeiterischer Sicht optimalen Lebensweise sowie einer entsprechenden Mobilisierung klienteneigener Ressourcen verstanden. In diesem Prozeß sind für einzelne Familien während der SPFH begünstigende Strukturen zu analysieren und zu interpretieren mit dem Ziel, aus gesundheitlicher Sicht klienteneigene Ressourcen für eine bessere Lebensweise zu mobilisieren. Effektvolle und effektive Interventionen sind nur im Rahmen von vertrauensvollen Langzeit-Arbeitsbeziehungen mit besonderer sozialer Nähe und unter Berücksichtigung der besonderen Lebenslage der Familie zu erwarten.

Die Auflistung dieser Aufgabenbereiche für die Arbeit in der SPFH zeigt die in der Praxis gewünschte soziale Nähe der SozialpädagogInnen zu den Familien. Sie können einen Einblick in die Familien und den für diese bedeutsamen sozialen Kontext gewinnen wie kaum eine andere außenstehende Person. Damit stellt sich von Beginn an für die von Außen in die Familien Eindringenden auch die Aufgabe der besonderen Verantwortung für einen behutsamen, schonenden und respektvollen Umgang mit der je besonderen Intimität der Familien, die ihnen anvertraut werden.

Praxistheoretischer Bezugsrahmen für die familien-sozialpädagogische Tätigkeit

In der praktizierten SPFH geht es um „Verstehen“, und dies nicht nur als empathischer und wohlwollender Zugang zur Familie aus einer bestimmten Perspektive, sondern es geht um eine Haltung, die es ermöglicht, die „Pluralität der Perspektiven“ wahrzunehmen, die miteinander existieren, manchmal auch konkurrierende Standpunkte enthalten und/oder die nicht so ohne weiteres vermittelbar sind. In dieser komplexen Sichtweise deutet sich eine „diffuse Allzuständigkeit“ der Sozialpädagogik (Kleve 1999) an, die auf deren intermediäre Funktion hinweist und ihr auf diese Weise ermöglicht,

Menschen mit Problemlagen in Familien in ihrer umfassenden „biopsychosozialen Einheit“ (vgl. Engel 1978; v. Uexküll u. Wesiack 1996) wahrzunehmen. Unter intermediär soll hier verstanden werden, daß sie zwischen den klassischen Professionen (z. B. Medizin, Recht) vermittelnd angesiedelt ist und gleichzeitig Teile dieser repräsentiert. Da sich in den Familien schier unbegrenzt gesellschaftliche Konflikte brechen und wirksam werden, ist für sozialpädagogisches Handeln eine Sichtweise hilfreich, von der ausgehend disziplinäre Spezialperspektiven eingenommen und Spezialdisziplinen des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesens einbezogen werden können. Familien-Sozialpädagogik kann insofern auch Steuerungsfunktion für weiteres Handeln als Hilfestellung zu mehr Wohlergehen übernehmen. Zu den Mindestanforderungen an die Arbeitsbedingungen von Familienhelfern und -helferinnen mit ihrem Selbstverständnis als reflektierende Praktiker gehört auch der regelmäßige Austausch über die Arbeit in Form von Fallbesprechungen und Supervision.

*Fortsetzung des Fallbeispiels;
Beginn der SPFH*

Im September 1998, mit der Rückkehr Jans in seine Familie, beginnt eine Familienhelferin mit 18 Stunden pro Woche ihre Arbeit in der Familie. Sie bespricht ihren ersten Arbeitstag mit einer Jugendamtsmitarbeiterin: Sie sei erschüttert gewesen über die Enge der Wohnung. Dies sei noch dadurch verstärkt worden, daß nach ihrer Einschätzung die gesamte, relativ kleine Wohnung vollgestellt war. Die Helferin dachte: hier kann man sich ja gar nicht richtig bewegen, und alles ist ein großes Durcheinander. Sie hatte Mitleid mit Frau M., die bei ihrer Ankunft in der Küche arbeitete. Herr M. hielt sich im Wohnzimmer auf und hat ferngesehen. Die beiden jüngsten Kinder kamen hin und wieder in die Küche, spielten irgendwo in der Wohnung. Frau M. erwartete Jan, der aus der Schule kommen sollte. Jan verhielt sich nach seiner Ankunft sehr abweisend. Der Helferin gelang es jedoch bald, einen Zugang zu finden und schlug vor, am Nachmittag mit ihm in die Malschule der Stadt zu gehen, wo sich auch noch andere Jungen seines Alters aufhalten. Dort könne er sich irgendetwas aussuchen, was er machen möchte. Jan willigt ein.

In der Malschule findet Jan keine Tätigkeit, die ihm gefällt. Er beginnt schon nach wenigen Minuten, andere Jungen in ihren Aktivitäten zu stören. Diese wehren sich, und es entsteht innerhalb von Sekunden, wie die Helferin sagt,

ein völliges Chaos in der Malschule. Nur mit großer Mühe gelingt es ihr, mit Jan aus der Malschule herauszukommen. Draußen läuft Jan ihr davon. Sie geht enttäuscht und verärgert zurück in die Familie und wird dort von Frau M. getröstet.

Am zweiten Tag ihrer Arbeit als Familienhelferin versucht die Sozialpädagogin ein gemeinsames Gespräch mit Frau und Herrn M. zu führen, um deren Meinung zu hören, welche Hilfestellung sie im Rahmen ihrer Tätigkeit leisten könnte. Herr M. betonte, Jan sei sowieso nicht zu helfen. Vielleicht könne sie seiner Frau zur Seite stehen, da er selbst wegen seinen Schmerzen nicht dazu in der Lage sei. Frau M. stimmt ihrem Mann zu. In den nächsten Tagen gelingt es der Familienhelferin, Frau M. in hauswirtschaftlichen Dingen zu unterstützen. Beide Frauen sprechen viel miteinander. Herr M. hält sich weiterhin vor allem im Wohnzimmer auf.

In einem weiteren Gespräch mit der Jugendamtsmitarbeiterin schildert die Helferin, sie habe eine große Scheu, auf Herrn M. zuzugehen, ihn zu „stören“ oder in die Gespräche mit Frau M. einzubeziehen. Er wirke wie abgeschirmt, unnahbar, vielleicht auch gereizt. Es sei so, als ob das Ehepaar nebeneinander her lebe. Ihre Sphären seien in der Wohnung klar getrennt. Womit Herr M. sich neben Fernsehen beschäftige, wisse sie nicht. Am nächsten Tag bittet die Helferin Herrn M., seinen Kaffee mit seiner Frau und ihr in der Küche zu trinken. Sie möchte gern mit ihm sprechen. In dem folgenden gemeinsamen Gespräch berichtet Herr M. detailliert über seine „Krankengeschichte“. Herr M. wirkte dabei auf die Helferin wie gefangen von Rückenschmerzen, Arbeitslosigkeit, sozialer Isolation, Sozialamt, Schulden und familiären Belastungen. Er sei schier grenzenlos wütend auf Jan und auch ratlos. Jan trample so richtig auf ihm herum.

Seit diesem Tag findet regelmäßig ein gemeinsames „Kaffeetrinken“ statt. Die Familienhelferin achtet darauf, daß bei diesen Treffen besonders die Belange des Ehemannes berücksichtigt werden, da sie in der übrigen Zeit vor allem mit Frau M. und haushaltstechnischen Dingen zu tun hat. Sie motiviert Herrn M., erneut zu seinem Hausarzt zu gehen und eine Kur in einer Psychosomatischen Rehaklinik zu beantragen.

Schon nach sechs Wochen ist auf Antrag des Hausarztes die Kur genehmigt worden, während über den Rentenanspruch erst im Anschluß an diese Heilmaßnahme entschieden werden soll. Herr M. wirkt seit Beginn der gemeinsamen Gespräche beim „Kaffeetrinken“ insgesamt aktiver, geht einkaufen, arbeitet auch zeitweise in der Küche. Frau M. hat zu der Helferin eine vertrauensvolle Beziehung entwickelt. Sie besprechen Tages- und Wochenpläne für den Haushalt. Ferner unternehmen die Mutter und die Helferin zweimal pro Woche gemeinsam etwas mit den beiden jüngsten Kindern. Nur Jan wirkt in den ersten beiden Monaten noch auffälliger als zuvor. Es ist den Eltern nicht bekannt, wo er sich tagsüber aufhält. Die Helferin sieht in selten. Dennoch ist Jan damit einverstanden, zusammen mit den Eltern und der ihnen bekannten

Mitarbeiterin des Jugendamtes sowie der Familienhelferin zu beraten, was geschehen soll. Die Mitarbeiterin schlägt Jan die Teilnahme an einer Tagesgruppe vor, die als ambulante Einrichtung eines Heims in der Stadt ganztags Jugendliche betreut. Jan will sich diese Einrichtung anschauen und den Sozialpädagogen kennenlernen, der für ihn zuständig würde.

Jan ist seit Ende November 1998 in der Tagesgruppe und hat sich dort gut eingelebt. Seit Januar 1999 ist die SPFH auf 10 Wochenstunden reduziert. Im Februar 1999 steht Herr M. vor Beginn der beantragten Kurmaßnahme. Frau M. gibt an, sie komme recht gut mit der Erziehung von Markus und Lisa sowie ihrer Arbeit zurecht; sie fühle sich wohl, habe aber große Angst davor, was passieren würde, falls es ihrem Mann nach der Kur nicht besser gehen würde. Sie wünsche sich, daß die SPFH noch für weitere Zeit bewilligt wird.

Auf den ersten Blick erscheint der relative Erfolg der bisherigen Tätigkeit der Familienhelferin das Ergebnis von banalen Hilfestellungen zu sein, die keine besonderen Fähigkeiten und Fertigkeiten erfordert und von jeder Laienhelferin geleistet werden könnte. Das mag sein. Bedenkt man jedoch, daß die bis dahin gemachten Interventionen des Gesundheits- und Sozialsystems mit ihren ausgefeilten Konzepten nicht sonderlich hilfreich waren – Jan zeigte deutliche Verwahrlosungsstendenzen und wollte und sollte trotz bisheriger Unterstützungsversuche die Familie (unfreiwillig) verlassen, Herr M. schien mit seinen chronischen Rückenschmerzen zurückgezogen und sozial isoliert auf die Berentung zu warten und Frau M. wirkte mit ihrer häuslichen Arbeit überfordert – so macht auf den zweiten Blick die Aktivität der Helferin zumindest neugierig.

SPFH ist eine aufsuchende Hilfestellung und damit eine relativ intensive Intervention für die Familie. Der Schutzraum der Familie wird verletzt. In diesem Kontext fand die Familienhelferin in diesem Fall eine relativ günstige, aber noch weitgehend diffuse „Auftragslage“ vor: der Vater/Ehemann hatte beim Jugendamt um eine Hilfestellung nachgesucht. Diese betraf aber nicht explizit auch seine eigene Situation, sondern die seines Sohnes Jan, der nicht mehr in der Familie zu halten sei und der auch selbst die Familie verlassen wolle. Die Mutter/Ehefrau schien das Bestreben des Ehemannes und Sohnes eher passiv zu unterstützen und hatte für sich selbst auch

nicht explizit um eine Hilfestellung gebeten. Jan selbst war kaum erreichbar und zeigte keine eindeutigen Hinweise für eine Zusammenarbeit mit der Familienhelferin.

Jan hatte zu Beginn der sozialpädagogischen Maßnahme weitgehend mit seiner Familie „abgeschlossen“. Diagnostisch kann seine soziale Auffälligkeit als lärmender Ausdruck des Familiensystems gewertet werden: die Familie benötigt dringend Hilfe. Die Familienhelferin äußerte in der ersten Fallbesprechung geängstigt destruktive Phantasien in Bezug auf die weitere Entwicklung der Familie: Falls keine Hilfe erfolge, werde sich der Vater/Ehemann aufhängen und die Mutter/Ehefrau wieder depressiv erkranken und stationär behandelt werden müssen; die beiden jüngeren Geschwister müßten wohl bald in einer Pflegefamilie „untergebracht“ werden, falls nicht bald eine entscheidende Wende einträte. Jan werde in einem Heim leben.

Die Familienhelferin fand ein nahezu geschlossenes (Problem)system vor. Indem sie beobachtete *und* den Familienalltag erfuhr, wurde sie Teil dieses Systems (vgl. v. Schlippe u. Kriz 1996) und dies in relativ heftiger affektiver Beteiligung. Sie erlangte mehr beraterische Freiheit und Bewegungsfähigkeit, als sie die „Restriktionen des Problemsystems“ (vgl. v. Schlippe u. Kriz 1996) durchbrach und aus den Familienregeln „Vater/Ehemann sitzt im Wohnzimmer und sieht fern; Mutter/Ehefrau arbeitet in der Küche“ verließ. Indem sie den trivial erscheinenden Vorschlag machte, das Ehepaar/die Eltern mögen sich in der Küche zum Kaffeetrinken zusammensetzen, berücksichtigte und stärkte die Familienhelferin eine strukturelle Grundbedingung der Familie, die darin bestand, daß insbesondere die Vaterrolle zentral geschwächt war, so daß im familiären Interaktionssystem gelingende Sozialisation (zumindest für Jan) nahezu nicht mehr möglich war.

Herr M. *und* Frau M. begannen, zusammen mit der Familienhelferin zu reden. Alle am ursprünglichen Problemsystem Beteiligten erwarben somit mehr Handlungsspielraum und „Bewegungsfreiheit“. Die körperlichen Schmerzen von Herrn M., seine bisherige Krankengeschichte in Zu-

sammenhang mit der Familiensituation konnten angesprochen und mit der Einleitung einer reha-medizinischen Maßnahme eine zukunftsorientierte Intervention gemacht werden, die Herr M. akzeptierte. Frau M. fühlte sich von der Helferin sehr verstanden und in ihrer Arbeit unterstützt. Im Zuge der Gespräche konnte Jan – um dessen Wohl es in der SPFH eigentlich geht – einwilligen, an der Tagesgruppe teilzunehmen, in der er sich mittlerweile wohl fühlt.

Mit den regelmäßigen Kaffeegesprächen wurde auch die Auftragslage befriedigend und einhellig geklärt und damit der Rahmen für die Entwicklung eines Arbeitsbündnisses zwischen dem Ehe-/Elternpaar und der Familienhelferin möglich, in dem wichtige Fragen der Familie(nmitglieder) erörtert werden können. Die Gespräche haben mittlerweile ritualisierten und stabilisierenden Charakter erworben und werden von den Beteiligten sehr geschätzt. Damit gewann der beratend-intervenierende Teil der Hilfestellung neben dem praktisch-zusammenarbeitenden Teil an Einfluß und Akzeptanz, während der Charakter der „eingreifenden Hilfe“ des Jugendamtes zumindest z. Z. in den Hintergrund getreten ist.

Indem SozialpädagogInnen als FamilienhelferInnen handeln, integrieren sie auf zweifache Weise: Zum einen würdigen sie im gemeinsamen Verstehensprozess die Familienmitglieder in ihrer biopsychosozialen Einheit, zum andern weisen sie auf den für die Familie wirksamen sozialen Kontext hin, der in dem hier dargestellten Fall auch als Unterstützungssystem des Gesundheits- und Sozialwesens wirksam wird (Hausarzt, Reha-Maßnahme, sozialpädagogische Tagesgruppe).

Mit der Familienarbeit übernehmen FamilienhelferInnen auch die Aufgabe von Moderatoren und Koordinatoren (vgl. Schaub 1998). Komplexität und Pluralität der Perspektiven wird auf ein zentrales familiäres Thema fokussiert, um es bearbeitbar zu machen. Dazu benutzen sie die zentralen Funktionen des Hierarchisierens und Synthetisierens und in dem hier dargestellten Fall das Grundverständnis der strukturellen Familientherapie (vgl. Minuchin 1978). Orientierung in diesem Fokus-

sierungsprozeß können folgende handlungsleitenden Kernfragen geben:

- Was soll (und muß) möglichst zuerst im Hinblick auf die Lebensfähigkeit der Familie und hier insbesondere auf die der Kinder, beachtet und erreicht werden?
- Welche wichtige Aspekte sind von weniger wichtigen zu unterscheiden?
- Gibt es eine Gemeinsamkeit von verschiedenen Aspekten?

Antworten der Familie(nmitglieder) ermöglichen Diagnostik, Hypothesenbildung und Interventionen als wiederum interaktiv wirksame Elemente sozialpädagogischen Handelns. Das Fallbeispiel zeigt in diesem Zusammenhang, daß der zunächst gewählte Fokus – die Familie entlasten, indem Jan von der Helferin in die Malschule begleitet wird – eine problemverstärkende Antwort bewirkt. Indem unter strukturellen Gesichtspunkten ein neuer Fokus gesucht wurde, steuerte die Familienhelferin zusammen mit der Eigenheit der Familie die sozialpädagogische Arbeit. Sie gestaltet den Alltag der Familie mit. Es ging immer wieder um Interaktion im Blick auf einen Fokus, der alle beteiligten Familienmitglieder mittelbar oder unmittelbar betraf und von ihnen aufgegriffen werden konnte.

Komplexität und Pluralität beinhalten einerseits die Berücksichtigung des unterschiedlichen Bedarfs und verschiedener Bedürfnisse der Familienmitglieder und damit verbunden auch eine Vielfalt von Handlungs- und Hilfsangeboten sowie andererseits die Würdigung von Erfahrungen mit Unübersehbarkeiten und Unberechenbarkeiten in der beruflichen Tätigkeit, da es keine eindeutigen und festgelegten Kausalitäten in Problemverläufen gibt. Es ist eben wegen der Einzigartigkeit des Falles und der an den Interaktionen beteiligten Personen nicht vorhersehbar und berechenbar, wie Interaktionen verlaufen werden.

Das zentrale Handlungsgeschehen und damit der Hilfeprozess zeigt sich in zwei Dimensionen. Zum einen in der personalen, den Interaktionen und Beziehungen, in denen Menschen sich begegnen mit ihren Unterschiedlichkeiten in Bedürfnissen, Interessen und Wünschen. Hier können FamilienhelferInnen Beziehungssicherheit und

-kontinuität vermitteln; zum andern in der konzeptuellen Arbeit mit ihren Theoriemodellen und Methoden, die in kreativ-spielerischer Weise in jeder Sozialpädagogen-Familien-Beziehung ausgeformt werden kann. Zwischen beiden Dimensionen sind deren Kongruenzen und Diskrepanzen zu untersuchen und „Passungen“ zu unterstützen (Ortmann 1998).

Diese relativ hohen professionellen Anforderungen an die Tätigkeit als Familienhelfer/in setzen voraus, daß SozialpädagogInnen bereits im Studium auf die Bedeutung reflexiven Praxishandelns aufmerksam gemacht werden. Schön (1983) weist darauf hin, daß es einen tiefen Graben gibt zwischen der „hard knowledge“ der akademischen Ausbildung und der „soft knowledge“ der professionellen Alltagsarbeit. Dies gilt auch für klientenorientiertes sozialpädagogisches Handeln. Praktiker der Sozialpädagogik in der Familienhilfe können diesen Graben nur überwinden, wenn sie sich als „reflective practitioners“ verstehen, die für jeden Einzelfall im Praxiskontext eine neue Theorie konstruieren, die permanent weiterentwickelt werden muß. Diese durch Intuition und Erfahrung angereicherte „soft knowledge“ beinhaltet gleichzeitig Wahrnehmung, Handlung sowie Reflexion im Sinne der Überprüfung und Auswertung des familiensozialpädagogischen Handelns. Eigentlich lernen sie mit und von den Familien, in denen sie arbeiten. Auf diese Weise generieren sozialpädagogische Familienhelfer/innen in ihrer Arbeit praxistheoretisches Wissen und schreiben es fort.

Methodisch fundiertes Prozeßdenken und Prozeßhandeln, das sich auf die Eigenheiten des gesamten Hilfesystems (Familie und HelferIn) bezieht und die Bedeutung für die Interaktion mit den Familienmitgliedern berücksichtigt, ist eine besonders wünschenswerte Fähigkeit und Fertigkeit, die Familienhelfer/innen auszeichnen sollten. Dazu gehören sowohl Selbsterfahrung und Selbstbeobachtung als auch theoretisch begründetes Wissen über das „sozialpädagogische Beratungsobjekt Familie“ (s. oben). Für die reflexive Betrachtung des Hilfeprozesses bedeutet dies, daß der Begriff des Objektes (Familie) nicht mehr ohne Bezug-

nahme auf das Subjekt (FamilienhelferIn) der Erkenntnis verwendet werden kann (vgl. Buchinger 1998); denn es können keine hinreichenden Aussagen für familien-sozialpädagogisches Handeln gemacht werden, ohne deren Fragestellung, Zielsetzung und Prozeß zu berücksichtigen. Zusammengefaßt bedeutet dies:

- Jeder Einzelfall (im besten Falle) reflektiert die verwendete eigene Praxistheorie. Für jeden „Fall“ existiert eine eigene Praxistheorie, die im Verlauf der Hilfestellung als reflexiver Prozeß generiert wird.

Vorschlag für die Praxisforschung in der SPFH

In der bisherigen Praxisforschung zur SPFH sind vor allem Typologien von Problemfamilien sowie Analysen von Interventionsverläufen und der sie konstellierenden Kontextbedingungen beschrieben worden (Allert et al. 1994) mit dem Ziel, Veränderungshindernisse und Voraussetzungen für deren Beseitigung ins Blickfeld zu rücken. Dabei sind gemeinsame Merkmale, soziokulturell spezifische Herkunftsmilieus und die differentielle Inanspruchnahme von Hilfe miteinander in Beziehung gesetzt worden. Ferner sind Interventionsstrategien untersucht worden (Terbuyken 1998) mit der expliziten Fragestellung, ob die Familienhelfer/innen so gut auf ihre Arbeit vorbereitet sind, so daß sie wissen, was sie tun. Diese Studien und Untersuchungen haben wichtige Einblicke in die praktische Arbeit der SPFH gegeben und können Ausgangspunkt für weitere Forschungen sein.

Hier soll der Versuch gemacht werden, neben dem fachlichen Fallverstehen für sozialpädagogisches Handeln, das sich als praxistheoretisch begründbares Handeln versteht, einen Ansatz für ein wissenschaftliches Fallverstehen zu entwickeln. Die Brücke zwischen beiden Verstehensweisen ist insofern leicht zu schlagen, weil unter Gesichtspunkten der hier dargestellten Praxistheorie und qualitativer Forschung, die sich auf Einzelfallstudien bezieht, von der Grundannahme ausgegangen werden kann, daß die reflektierenden Praktiker und praktizierenden

den Forscher als zwei Seiten einer Medaille betrachtet werden können. Dabei bilden die Handlungen und Kommunikationen der Forscher/in (FamilienhelferIn) und zu Beforschenden (Familie) ein gemeinsames System. Das Forschungsfeld wird mit dem Forscher (reflektierenden Praktiker) reflexiv wahrnehmbar, der diese Welt darlegt, aufzeigt und anschaulich macht. Der Fall selbst ist insofern eine Hilfestellung im Interaktionsgeschehen. Es herrscht eine verständnisorientierte Einstellung vor. Der Forschungsprozeß konstruiert die gemeinsame Realität der an der Forschung beteiligten Personen. Es werden Regeln untersucht, die für menschliches Verhalten konstitutiv sind (vgl. Hildenbrand 1998).

Dieses Grundverständnis von qualitativer Forschung erreicht das komplexe und differenzierte Geschehen der konkreten Arbeit in der SPFH und macht es einer Reflexion zugänglich. Dabei ist nicht so sehr die Zahl der „Fälle“ entscheidend, sondern die Qualität der Dokumentation sowie die Reflexion bestimmen die wissenschaftlich begründete Aussagekraft. Hier wird die Vorgehensweise, Beachtung der Regeln und Bewertungskriterien (nach Corbin u. Strauss 1990; Strauss u. Corbin 1996) empfohlen, die im einzelnen darauf eingehen, wie

- Daten gesammelt und analysiert,
- Konzepte und Kategorien entwickelt (und relativiert) werden sowie
- der Bearbeitungsprozess in die theoretischen Grundannahmen integriert wird.

Dazu stellen Strauss u. Corbin (1996) Fragen, die auf den dem Untersuchungsgegenstand angemessenen komplizierten Forschungsprozeß hinweisen, die Bedeutung der Dokumentation hervorheben sowie die Reflexion des gesamten Prozesses in einem Forschungsteam notwendig erscheinen lassen. Diese Fragen weisen auf das Verfahren während des Forschungsprozesses hin und münden (als Antworten) in Bewertungskriterien und Folgerungen, die gleichzeitig auch auf die Grenzen der Aussagekraft der Forschungsergebnisse hinweisen.

Bei diesem Vorgehen wird von vorne herein angenommen und akzeptiert,

daß es sich bei dem Forschungsfeld um ein komplexes Interaktionsgefüge handelt. Auch das Forschungsteam ist Teil dieses Gefüges. Dies begründet auch die Notwendigkeit supervisorischer Begleitung. Insbesondere der Forschungsbeginn, aber auch Phasen im Prozeß, können für die ForscherInnen „orientierungslos“ verlaufen. Wichtig ist dabei, daß alle formellen und informellen Interaktionen dokumentiert werden. Die eingeschränkte Teleologie des Forschungsvorhabens widerspricht nicht dem Wunsch und der Notwendigkeit, ein theoretisches Konstrukt und genaue Zielsetzungen zu haben; denn nach kurzer Forschungszeit bieten die umfangreichen Dokumentationen an, deren zentraler Inhalt Reflexionen der „Fallarbeit“ sind, Hypothesen zu bilden. Diese Hypothesenbildungen steuern den weiteren Forschungsprozeß ebenso wie bisherige professionelle Erfahrungen, Literaturstudien oder die eigene theoretische Orientierung.

Jeder Einzelfall erfüllt die Anforderungen an die Dignität der Wissenschaftlichkeit. Es gibt nur die Einzigartigkeit der Interaktionen der am Prozeß beteiligten Personen. Diese auf Einzelfälle bezogene Forschung kann mit der vergleichenden Analyse unterschiedlicher Phänomene aus verschiedenen Fällen noch einen Schritt weitergehen. Strauss u. Corbin (1996) schlagen vor, die Datenanalysen als „theoretisches Kodieren“ vorzunehmen. Auf diese Weise werden an Hand von Konzeptualisierungen und Kategorienbildungen Daten miteinander in Beziehung gesetzt. Es werden folgende Kodierungen unterschieden (vgl. Strauss u. Corbin 1996):

- *Offenes Kodieren* zu Beginn des Forschungsprozesses; dies dient zur Katalogisierung vorläufiger Kategorien.
- *Axiales Kodieren*: Dabei werden Kategorien miteinander in Beziehung gesetzt.
- *Selektives Kodieren* erlaubt die Entwicklung einer gegenstandsbezogenen Theorie in Bezug auf eine zentrale Kategorie.

(Strauss u. Corbin 1996) weisen darauf hin, daß sich Datensammlung (Dokumentationen) und -analysen abwech-

seln und ergänzen bis eine „theoretische Sättigung“ erreicht worden ist, „mit der sich keine neuen Gesichtspunkte mehr über den Untersuchungsgegenstand ergeben und ... eine gegenstandsbezogene Theorie als „Geschichte“ darstellbar wird“ (Strauss u. Corbin 1996, S. 97).

Dieser Forschungsprozeß entspricht in seinen Ergebnissen Hinweisen dafür geben zu können, welche Interaktionen der an der SPFH beteiligten und durch sie angesprochenen Personen hilfreich sind. Ferner kann deutlich werden, welche Interaktionen eher wenig zur Verbesserung der Lebenssituation einer Familie und damit des Kindeswohls beitragen. Auf dieser Basis kann auch diskutiert werden, welche Interaktionen angeregt werden können, die mehr Hilfe versprechen als dies bisher der Fall war.

Schlußbemerkung

In den Ausführungen ist der Versuch gemacht worden, einen Zusammenhang von Aufgabenstellungen in der Sozialen Arbeit, Praxistheorie und Praxisforschung unter Einbeziehung eines Fallbeispiels an Hand der SPFH darzustellen. Diese birgt viele Risiken und kann nur in Ansätzen gelingen. Den-

Fazit für die Praxis

An Hand eines Fallbeispiels wird veranschaulicht, daß sozialpädagogische Familienhilfe konzeptuell und auch praxistheoretisch begründet sein soll. Insbesondere der Verlauf des Falles zeigt, wie Prozeßdenken sowie Wissen um die strukturellen Eigenheiten von Familien, Klärung der häufig diffusen Auftragslage und reflektiertes intervenitorisches Handeln die Effektivität dieser Familienhilfe in der Praxis wesentlich mitbestimmt. Eine Intensivierung der Praxisforschung könnte die Wirksamkeit dieser Familienarbeit noch weiter überprüfen und verbessern helfen. Dies sollte mit Methoden der qualitativen Forschung geschehen, weil nur so die Besonderheit eines jeden Falles hinreichend gewürdigt werden kann.

noch ist diese Gesamtschau auf Kosten detaillierterer Darstellung und Präzisierung notwendig, weil diese „generalistische“ Sicht den Ansprüchen der familien-sozialpädagogischen Arbeit am ehesten genügt und die Diskussion um die Entwicklung einer klientenorientierten Wissenschaft von der Sozialen Arbeit eher am Anfang steht (vgl. u. a. Kleve 1999). Der Autor sieht in der Arbeit von Hausärzten mit chronifizierten Erkrankungen, die sich als Generalisten (Allgemeinmediziner) verstehen, ähnliche Fragestellungen wie in der Sozialen Arbeit und macht deshalb Anleihen in der „Integrierten Medizin“ (v. Uexküll 1998), um den dargestellten Zusammenhang zu begründen. Die Reflexion der ‚Fallarbeit‘ ist für beide generalistischen Sicht- und Arbeitsweisen das Herzstück, um mehr verstehen zu können, wie die „biopsychosoziale Einheit“ des Menschen beeinträchtigt sein kann.

In der SPFH geht es darum, die Bedingungen für eine gelingende Sozialisation der Kinder zu verbessern. Die Voraussetzungen dafür sind in den Familien, die den Jugendämtern bekannt und von ihnen für die SPFH vorgesehen werden, häufig drastisch eingeschränkt. Es sind Familien – wie auch die hier geschilderte – in Krisen, die in der Regel eine grundsätzliche strukturelle Hilfestellung benötigen.

Meinem Lehrer in Paar- und Familientherapie, Martin Kirschenbaum, Ph. D., zum 70. Geburtstag gewidmet.

Literatur

- Allert T, Bieback-Diel L, Oberle H, Seyfarth E (1994) Familie, Milieu und sozialpädagogische Intervention. Votum, Münster
- Brunner E (1995) Die „neuen“ Familien. System Familie 8: 3–15
- Buchinger K (1998) Warum die Psychosomatik kein Renner wird. Systemzwänge in der Medizin. Psyche 52: 572–597
- Corbin J, Strauss A (1990) Grounded theory research: procedures, canons, and evaluative criteria. Qualitat Sociol 13: 3–21
- Engel GL (1978) The biopsychosocial model and the education of health professionals. Ann NY Acad Sci 310: 169–181
- Helmig E, Schattnr H, Blüml H (1998) Handbuch Sozialpädagogische Familienhilfe. Deutsches Jugendinstitut (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart (Unentgeltlich vom BFSFJ zu beziehen)

- Hildenbrand B (1998) Qualitative Forschung in der systemischen Therapie. *System Familie* 11: 112–119
- Kleve H (1999) Die produktiven Ambivalenzen der Sozialarbeit – Sozialarbeitswissenschaft im Spiegel des Berliner Diskurses. *Theorie Praxis Soz Arbeit* 50: 23–28
- Lange A, Lüscher K (1996) Von der Form zum Prozeß? Ein konzeptueller Beitrag zur Frage nach der Bedeutung veränderter familialer Strukturen für das Aufwachsen von Kindern. *ZSE* 16: 229–245
- Maas U (1997) Das mißverständene KJHG. *Zentralbl Jugendrecht* 84: 70–76
- Minuchin, S. (1978) Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis struktureller Familientherapie, 2. Aufl. Lambertus, Freiburg
- Nave-Herz R (1994) Familie heute: Wandel der Familienstrukturen und Folgen für die Erziehung. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Nicolay J (1998) Integratives Handeln in der Sozialpädagogischen Familienhilfe. *Neue Praxis* 29: 259–274
- Ortmann K (1998) Behandlung als Koproduktion. Menschen mit funktionellen Beschwerden in ambulanter ärztlicher Behandlung. Unveröffentlichte Inaugural-Dissertation, FU Berlin
- Schaub H-A (1998) Case Management und chronifizierte biopsychosoziale Problemlagen. *Gruppenpsychother Gruppensdynamik* 34: 23–36
- Schlippe A v, Kriz J (1996) Das „Auftragskarussell“ – eine Möglichkeit der Selbstsupervision in der systemischen Therapie und Beratung. *System Familie* 9: 106–110
- Schmidt W (1982) Einführung in die Probleme des Verwaltungsrecht. Schriftenreihe der Juristischen Schulung, Heft 28. Beck, München
- Schön DA (1983) *The reflective practitioner. How professionals think in action.* Basic Books, New York
- Strauss A, Corbin J (1996) *Grounded theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung.* Psychologie-Verlags-Union, Weinheim
- Terbuyken G (1998) Wissen sie, was sie tun? Untersuchungen von Interventionsstrategien bei in der Sozialpädagogischen Familienhilfe arbeitenden SozialarbeiterInnen. In: Goldbach G, Horstmann G, Sperber W, Terbuyken G (Hrsg) *Sozialwissenschaftliche Studiengesellschaft, Hemmingen*, S 191–222
- Uexküll T v (1998) Aufgaben und Zukunft der Psychosomatischen Medizin (Referat auf dem Segeberger Symposium am 12. September 1998). Unveröffentlichtes Manuskript
- Uexküll T v, Wesiack W (1996) Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Uexküll (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*, 5. Aufl. Urban und Schwarzenberg, Stuttgart, S 13–52
- Wendt WR (1998) Behandeln können – Klinische Kompetenzen in Praxisfeldern Sozialer Arbeit. *Blätter Wohlfahrtspflege* 145: 173–175