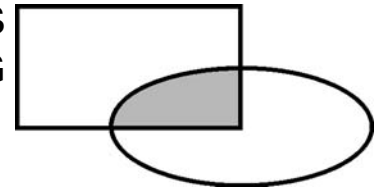


# KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS  
UND FORSCHUNG



10. Jg. ■ Heft 3 ■ Juli 2014

## Inhalt

### Themenschwerpunkt: Gesundheitsförderung

- 3 Editorial
- 4 *Hans Günther Homfeldt*  
Soziale Arbeit und Gesundheit
- 7 *Anna Lena Rademaker*  
Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung – eine gemeinsame  
biopsychosoziale Befähigungsgerechtigkeit?
- 10 *Holger Ziegler*  
Die Debatte um Agency
- 12 *Albert Lenz*  
Gesundes Aufwachsen der Kinder psychisch erkrankter  
Eltern fördern – Rahmenbedingungen und Schnittstellen
- 14 *Anika Stitz*  
ExpertInnen der eigenen Erkrankung
- 16 *Rezension von Gernot Hahn*
- 2 Pressemeldungen, Veranstaltungs- & Projekthinweise
- 2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

## Herausgeber

- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
- European Centre for Clinical Social Work e.V.



Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.  
Fachverband seit 1926

## Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

### Gernot Hahn

Dr. phil., Sozialarbeiter, Sozialtherapeut, Leiter einer forensischen Ambulanz in Erlangen, Aus- und Weiterbildung von SozialarbeiterInnen, Gesellschafter und Geschäftsführer der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS). *Kontakt: info@gernot-hahn.de*

### Hans Günther Homfeldt

Prof. em. Dr. phil., Professor für Sozialpädagogik/ Sozialarbeit, Universität Trier, Abteilung Sozialpädagogik/Sozialarbeit. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheit und Soziale Arbeit; Lebensalter und Soziale Arbeit; internationale Soziale Arbeit. *Kontakt: homfeldt@uni-trier.de*

### Albert Lenz

Prof. Dr. phil., Dipl.-Psychologe, Professor für Klinische Psychologie und Sozialpsychologie an der Katho NRW am Fachbereich Sozialwesen (Abteilung Paderborn), Familientherapeut, Gesprächspsychotherapeut. Studiengangsleiter des konsekutiven Masterstudiengangs »Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit« und Leiter des »Instituts für Gesundheitsforschung und soziale Psychiatrie« der Katho NRW in Paderborn. *Kontakt: a.lenz@katho-nrw.de*

### Ingo Müller-Baron

Dipl.-Sozialpädagoge, Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und Redaktionsleitung Fachkonzepte in der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG). *Kontakt: ingo.mueller-baron@dvsg.org*

### Anna Lena Rademaker

M.A. Soziale Arbeit, Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Katho NRW am Fachbereich Sozialwesen (Abteilung Paderborn), Koordinatorin des Masterstudiengangs »Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit«. *Kontakt: al.rademaker@katho-nrw.de*

### Anika Stitz

M.A., Kinder- und Jugendpsychotherapeutin in Ausbildung (IVB). Arbeitsschwerpunkte: Menschen mit psychischen Erkrankungen, »Hard to reach« Klientel. *Kontakt: anika-stitz@web.de*

### Holger Ziegler

Prof. Dr. phil., Professor für Erziehungswissenschaft an der Universität Bielefeld, Leiter der AG 8: Soziale Arbeit, Dekan der Fakultät für Erziehungswissenschaft. *Kontakt: Holger.Ziegler@uni-bielefeld.de*

## Wissenschaftlicher Beirat

**Prof. Dr. Peter Buttner**  
Hochschule München

**Prof. Dr. Peter Dentler**  
Fachhochschule Kiel

**Prof. Dr. Matthias Hüttemann**  
Fachhochschule Nordwestschweiz Olten, Schweiz

**Prof. Dr. Johannes Lohner**  
Hochschule Landshut

**Prof. Dr. Albert Mühlum**  
Bensheim

**Prof. Dr. Karl-Heinz Ortman**  
Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin

**Prof. Dr. Helmut Pauls**  
Hochschule Coburg

**Prof. Dr. Elisabeth Raab-Steiner**  
Fachhochschule FH Campus Wien

**Prof. Dr. Dieter Röh**  
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

**Prof. Dr. Günter Zurhorst**  
Hochschule Mitweida

## Werkbuch Präventionskette

### Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen

In Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. eine Handlungshilfe zum Aufbau von Präventionsketten entwickelt. Sie beruht auf der Expertise aus den Handlungsfeldern Jugendhilfe, Gesundheitswesen, Sozial- und Bildungsbereich sowie Stadteilarbeit verschiedenster Kommunen aus fast allen Bundesländern. Die Handreichung

ist zur Unterstützung von Kommunen gedacht, die Prävention einen noch höheren Stellenwert als bisher einräumen und dazu auf multiprofessionelle, übergreifende, durchgängige Zusammenarbeit in Form einer Präventionskette setzen möchten.

### Kontakt & Information

Das Werkbuch ist online abrufbar unter [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de) oder als Printfassung kostenlos gegen Portokosten bei der Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen ([info@gesundheit-nds.de](mailto:info@gesundheit-nds.de)) zu bestellen.

## Impressum

### Herausgeber

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (v.i.S.d.P.) in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit, und dem European Centre for Clinical Social Work e.V.

### Redaktionsteam

Gernot Hahn (Leitung)  
Ingo Müller-Baron  
Silke Birgitta Gahleitner  
Gerhard Klug

### Anzeigenakquise

G. Hahn, [info@gernot-hahn.de](mailto:info@gernot-hahn.de)  
Tel. 0175/276 1993

### Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«  
c/o Dr. Gernot Hahn  
Klinikum am Europakanal Erlangen  
Am Europakanal 71, D-91056 Erlangen  
Tel. +49 (0)9131 / 753 2646  
Fax +49 (0)9131 / 753 2964  
E-Mail: [info@gernot-hahn.de](mailto:info@gernot-hahn.de)

### Schlussredaktion & Gestaltung

Ilona Oestreich

### Druck

Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH, Ottweiler

### Erscheinungsweise

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

### ISSN

1861-2466

### Auflagenhöhe

2350

### Copyright

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

## Master »Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit« in NRW

### Masterstudienstudiengang »Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit« an der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Paderborn

Seit Oktober 2009 können sich AbsolventInnen eines Bachelor- oder Diplomstudiengangs der Sozialen Arbeit oder mit einem vergleichbaren Studienabschluss an der Paderborner Abteilung der Katholischen Hochschule NRW in dem konsekutiven Masterstudiengang »Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit« weiterqualifizieren. Der Studiengang knüpft direkt an aktuelle Diskussionen zur Entwicklung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Fokus auf Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung im Sozial- und Gesundheitswesen an.

Ziel des Studiums ist es, die Masterstudierenden auf eine Tätigkeit im Schnittfeld von Sozialer Arbeit, Psychologie (mit Kompetenzen in der Krisenintervention und Psychodiagnostik) und Medizin (im Bereich Gesundheitscoaching und Achtsamkeit) vorzubereiten. Zudem lernen sie, in der Durchführung eines eigenen studienintegrierten einjährigen (Praxis-)Forschungsprojekts, ihre Berufspraxis selbst zu evaluieren und sich so auch für eine wissenschaftliche Karriere zu qualifizieren.

### Kontakt & Information

[www.katho-nrw.de/paderborn/studium-lehre/fachbereich-sozialwesen/gesundheitsfoerdernde-soziale-arbeit-ma/](http://www.katho-nrw.de/paderborn/studium-lehre/fachbereich-sozialwesen/gesundheitsfoerdernde-soziale-arbeit-ma/)

## 21.07.2014: Fachtag ZKS & TH Nürnberg Georg Simon Ohm

»Hilfebedarf – Zwischen professioneller Einschätzung und KlientInnenbedürfnissen«: Gemeinsamer Fachtag der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) und der Technischen Hochschule Nürnberg Georg Simon Ohm.

**Zeit und Ort:** 21.07.2014, 10 Uhr, TH Nürnberg Georg Simon Ohm, Bahnhofstraße 87, 90402 Nürnberg

**Anmeldung & Information:** [www.klinische-sozialarbeit.de](http://www.klinische-sozialarbeit.de), [info@gernot-hahn.de](mailto:info@gernot-hahn.de)

## 18.09.2014: Fachtag »Kinder psychisch kranker Eltern«

Der Fachtag fasst das Thema »Kinder und ihre seelisch belasteten Eltern« in seiner Vielfalt und Komplexität in den unterschiedlichen Hilfesystemen auf. Themen sind u.a. »Aktuelle Forschungsbefunde« (Prof. Dr. Silke Wiegand-Greife), »Systemische Perspektiven« (Rainer Käsgen), »Kom-

plexe Hilfen – Herausforderungen auf Bundesebene« (Koralia Sekler).

### Kontakt & Information

Juliane Tausch c/o [www.aladin-hamburg.de/wel-langang.hamburg.html](http://www.aladin-hamburg.de/wel-langang.hamburg.html)

**G**esundheitsförderung scheint zum Modethema zu expandieren – durch zunehmend mediale Präsenz werden Themen rund um die Gesundheit zu einem *Hype*, der sich durch alle Gesellschaftsschichten und Altersklassen zu ziehen scheint. In ähnlicher Präsenz zeigen sich, wenn auch weniger öffentlichkeitswirksam, Diskurse um Prävention und Gesundheitsförderung in Wissenschaft und Forschung. Obwohl die Notwendigkeit sozial- und gesundheitswissenschaftlich mittlerweile als gesichert gilt, bestehen noch immer keine Angebote der (nicht-medizinischen) Primärprävention und Gesundheitsförderung, die systematisch und flächendeckend zur Verfügung stehen und ausreichend finanziert werden. Diese spielen »in der deutschen Gesundheitspolitik eine nach wie vor beklagenswert geringe Rolle – vor allem mit Blick auf die große und wachsende sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen« (Rosenbrock & Zinke, 2013). Nach bisher drei gescheiterten Anläufen, ein nach wissenschaftlichen Erkenntnissen fundiertes Bundespräventionsgesetz zu verabschieden, wird im Koalitionsvertrag der neuen Regierungskoalition für 2014 ein Präventionsgesetz angekündigt, »das insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und alle Sozialversicherungsträger einbezieht« (CDU et al., 2013, S. 58). Soziale Arbeit leistet insgesamt einen vielfach belegbaren und unverzichtbaren gesundheitsförderlichen Beitrag (vgl. u.a. [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)), der sich in den künftigen gesetzlichen Regelungen deutlich niederschlagen muss.

Grundlegend ist, dass Prävention und Gesundheitsförderung eine gemeinsame Aufgabenstellung aller beteiligten Akteure ist. Disziplinen wie Sozialmedizin, Gesundheitspsychologie und Soziale Arbeit (Sozialarbeit im Gesundheitswesen, Klinische Sozialarbeit, gesundheitsbezogene Sozialarbeit) stehen vor der Herausforderung, eine disziplinübergreifende Integration des 1986 durch die WHO eingeführten Konzeptes der Gesundheitsförderung sicherzustellen: Wie kann das Konzept im jeweiligen Handlungsfeld adaptiert werden? Welche Hindernisse sind für eine interdisziplinäre und institutionsübergreifende Einbindung aller spezifischen Kompetenzen zu überwinden?

Welche Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden, und wie kann die *optimistische* Idee der WHO, *allen Menschen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen* (WHO, 1986), gelingend umgesetzt werden?

**M**it vorliegendem Themenheft möchten wir unseren LeserInnen einen Einblick in die, mittlerweile gut fortgeschrittene und sich zunehmend etablierende, Diskussion um Gesundheitsförderung innerhalb der psychosozialen Arbeitsfelder geben. *Hans Günther Homfeldt*, wesentlicher Wegbereiter der Disziplinentwicklung gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit, leitet den Themenschwerpunkt mit der Darstellung vergangener und jüngster Entwicklungen sowie der zukünftigen Herausforderungen für die Soziale Arbeit ein. Er verweist in seinen Ausführungen auf einen kritisch-konstruktiven Blick, der die spezifischen Kompetenzen der Sozialen Arbeit zur Umsetzung des WHO-Gedankens nicht aus dem Auge verliert. Diesen Gedanken vertiefend, zeigt *Anna Lena Rademaker* auf, dass insbesondere die Soziale Arbeit sich durch eine hohe Anschlussfähigkeit an das WHO-Konzept der Gesundheitsförderung auszeichnen vermag. Sie vertieft dies in Grundannahmen der Sozialen Arbeit, der AkteurInnenorientierung und dem Empowerment-Konzept, zur Förderung von Selbstwirksamkeitserfahrung und damit einhergehender individueller Handlungsmacht von einzelnen Menschen sowie dem Kollektiv. *Holger Ziegler* vertieft den Gedanken der Erfahrung von Willens- und Handlungsfreiheit anhand der Agency-Debatte. Kritisch widmet er sich der Frage, welche Handlungsspielräume AkteurInnen *real* erleben und wirft dabei die *alte* Debatte um »structure« und »agency«, mit Blick auf eine akteurInnen- und umweltbezogene Förderung, neu auf. Diesem folgend fokussiert *Albert Lenz* in seinem Beitrag, am Beispiel der Förderung gesunden Aufwachens, von Kindern psychisch erkrankter Eltern, Rahmenbedingungen und Schnittstellen für eine multiprofessionelle und interinstitutionelle Kooperation bei komplexen Problemlagen. Er bleibt in seinen Ausführungen nicht lediglich im Aufzeigen der konstatierten Bedarfe, sondern zeigt exemplarisch, wie Entwicklungen auf politischer Ebene praktisch in die Wege geleitet wer-

den können. Abschließend stellt *Anika Stitz* mit dem Recovery-Ansatz eine Methode, die Gesundheit als ein erfülltes, zufriedenstellendes und hoffnungsvolles Leben trotz Erkrankung behandelt, in den Mittelpunkt. Am Beispiel von Schizophrenie verdeutlicht sie, dass das professionelle Hilfesystem Menschen als ExpertInnen der eigenen Lebens- und Gesundheitswelt anerkennen muss und entsprechende partizipative Ansätze für die psychiatrische und psychosoziale Praxis nutzbar machen kann.

Soziale Arbeit ist ein wichtiger Akteur in der Gesundheitsförderung. Das Thema muss in der weiteren Entwicklung der Profession und Disziplin eine deutlichere Verankerung finden. Der Themenschwerpunkt dieser Ausgabe soll daher einen Einblick in grundlegende und aktuelle Diskurse vermitteln und zum Mit- und Weiterdenken aus der spezifischen Perspektive der Sozialen Arbeit heraus anregen. Das WHO-Konzept von Gesundheitsförderung (WHO, 1986) ist auf eine multiprofessionelle und die eigenen Disziplinengrenzen überwindende Zusammenarbeit, unter Berücksichtigung spezifischer Kompetenzen, angewiesen. Die aktive Beteiligung und Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit ist unverzichtbar, um dem hehren Ziel gerecht zu werden, allen Menschen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre eigene Gesundheit zu ermöglichen.

Für die Redaktion  
Anna Lena Rademaker  
und Ingo Müller-Baron

#### Literatur

- CDU Deutschlands, CSU-Landesleitung & SPD (2013). *Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode*. Berlin: CDU. Online verfügbar: <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf> [12.05.2014].
- Rosenbrock, R. & Zinke, C. (2013). Prävention, Patientenrechte und Rehabilitation im Koalitionsvertrag. *Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen*, 67(5), 34-37.
- World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Genf: WHO. Online verfügbar: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) [12.05.2014].

# Soziale Arbeit und Gesundheit

Hans Günther Homfeldt

In dem Maße, wie Gesundheit im Verlauf der zurückliegenden zwanzig Jahre ins Blickfeld gesellschaftspolitischen Interesses gerückt ist, v.a. durch nationale und internationale Gesundheits-surveys sowie bundesministerielle Berichterstattungen zur Gesundheit (z.B. zu Verzehrgewohnheiten), scheint sich auch das fachpolitische Interesse der Sozialen Arbeit am Thema Gesundheit erhöht zu haben. Bemerkenswert ist sicherlich ebenso, dass inzwischen ein Fünftel der berufstätigen SozialarbeiterInnen im Berufsfeld Gesundheit tätig ist (Homfeldt, 2010, S. 489). Damit ist das Berufsfeld Gesundheit nach dem Kinder- und Jugendhilfebereich zum wichtigsten Betätigungsfeld Sozialer Arbeit geworden. Dies alles darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Bedeutung von Gesundheit, etwa im Zusammenspiel von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit, immer noch nicht systematisch im disziplinären Selbstverständnis der Sozialen Arbeit verankert ist. Nicht zuletzt deshalb sind politische Signale zu Gesundheitsförderung und Prävention seitens der Fachpolitik und Verbände (z.B. DVSG und DGSA) aufzugreifen und in ihrer Umsetzung konstruktiv-kritisch zu begleiten und zu profilieren.

## Das geplante Präventionsgesetz 2014

»Deutschlands Zukunft gestalten« – so ist der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 18. Legislaturperiode überschrieben. In Aussicht gestellt ist nach mehreren vergeblichen Anläufen zurückliegender Regierungen ein Präventionsgesetz, das 2014 verabschiedet werden und das insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung stärken und ebenso alle Sozialversicherungsträger einbeziehen soll (CDU et al., 2013, S. 82). Für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit bedeutsam ist sicherlich auch die Feststellung, dass Leistungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich überwunden werden sollen, »indem das Entlassungsmanagement durch eine gesetzliche Koordinationsfunktion der Krankenkassen ergänzt wird« (ebd., S. 76).

Blickt man auf den Stellenmarkt »Die Zeit« im Segment Professuren, v.a. an Fachhochschulen, für das Berufsfeld Gesundheit, so finden sich vielfältige Ausschreibungen. Sie reichen von Finanzwirtschaft, Case- und Caremanagement, Counselling und Kommunikationswissenschaft im Gesundheits- und Sozialwesen bis Gesundheitsförderung, Gesundheits- und Pflegepädagogik (vgl. »Die Zeit« Nr. 9 vom 20. Februar 2014 in der Rubrik »Chancen«). Blickt man gar noch zurück auf den Optimismus verheißenden 13. Kinder- und Jugendbericht von 2009 – insbesondere die Stellungnahme der Bundesregierung –, in dem die Umsetzung der »Großen Lösung« in Reichweite schien, so könnte man geneigt sein, auf einen beruflichen Hype für die Soziale Arbeit in Gesundheits- und Sozialwesen zu schließen, oder gar dem Optimismus verfallen, endlich ginge es nun an die Umsetzung der 1986 verabschiedeten Ottawa-Charta (WHO, 1986) – sei doch nun spät, aber immerhin, begriffen worden, dass Gesundheit ein allen BürgerInnen in gleicher Weise zustehendes Menschenrecht sei. Dies wäre jedoch weit gefehlt!

## Gesundheitsgesellschaft

Der Begriff »Gesundheitsgesellschaft« geht zurück auf eine Monografie von Kickbusch aus dem Jahr 2006 mit dem Untertitel »Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft«. In diesem Buch arbeitet Kickbusch heraus, wie Gesundheit zu einer allgegenwärtigen gesellschaftlichen Kraft geworden ist und sich die Aufmerksamkeit von Krankheit auf Gesundheit verschoben hat. Im Gesundheits- und Sozialwesen seien neue Aufgabenfelder entstanden, aber wegen der wachsenden Bedeutung von Gesundheit als persönliche und soziale Ressource für die BürgerInnen verknüpft mit neuen Steuerungsaufgaben des Staates.

Die Gesundheitsgesellschaft entfaltet sich an der Schnittstelle zwischen den persönlichen und öffentlichen sowie den medizinischen und marktförmigen Domänen. Gesundheitsgesellschaft und Medikalisierung stehen dabei im Wettstreit miteinander, verbinden sich jedoch auch zu Allianzen. Für den Einzelnen ergeben sich neue Zwänge

von Fitness, Bewegung und Ernährung. Die Ausrichtung vorrangig auf den Lebensstil hat zu Beginn der 1990er-Jahre Kühn (1993), bezogen auf die USA, als Healthismus kritisiert. Gesundheitsförderung zentriert sich dabei auf persönlich verantwortete Aktivitäten mit einer sich gleichzeitig ausdifferenzierenden Kommerzialisierung. Gesundheit wird dabei zunehmend zu einer moralischen Last und ist damit weit entfernt vom gesundheitsförderlichen Anliegen der Ottawa-Charta, fügt sich aber gut ein in die Gegebenheiten eines Sozialstaates, der dann fördert, wenn sich der Einzelne fordern lässt.

## Dabei sein und doch draußen!

Zu einem Brennpunkt lebensstilbezogener Gesundheitsförderung bzw. Prävention ist das körperliche Übergewicht in den verschiedenen Lebensaltern geworden. In der Zeitschrift »Journal of Health Policy« wird 2011 von »Obesity as collateral damage« geschrieben (Robbins & Nestle, 2011). Programme vielfältiger Ausrichtung sind bemüht, das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen zu verändern. Es stellt sich jedoch die Frage, ob primär lebensstil-inszenierte Programme nachhaltig eine Gegenwirkung zu benachteiligenden Lebensbedingungen erzeugen können. Überproportional findet sich ein Übergewicht bei migrantischen Minderheiten und sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Aufgrund fehlender Befähigungsgerechtigkeit können benachteiligte Gruppen kaum an den von Medizin, Ernährungs- und Bewegungswissenschaften wie auch an den von der Politik vorangetriebenen Zielen gesunder Ernährung und richtiger Bewegung partizipieren. Vielmehr wird Gesundheit in Verbindung mit dem schlanken, leistungsfähigen Körper zu einer niemals erreichbaren Pflicht und zunehmend als Disziplinarmacht verstanden.

## Sechs Facetten zu einem gesundheitsbezogenen Aufgabenprofil Sozialer Arbeit

### 1 Arbeit an den »Normalitätsbalancen« der verschiedenen Lebensalter

Im Zuge der Entstandardisierung von Lebenslagen und Lebensformen, durch die der Einzelne immer mehr zum »Pla-

nungsbüro seiner selbst« wurde, ist die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit immer wichtiger zur Stabilisierung der Biografien in den unterschiedlichen Lebensaltern geworden, um das jeweils eigene Leben auf eine »richtige« Art und Weise – letztlich für die Gesellschaft – zu gestalten. So ist aus einer ursprünglich gedachten Unterstützung der »Normalitätsbalance« die Beihilfe zu einer gesellschaftlich gesteuerten »Normierung in eigener Verantwortung« geworden. Die salutogenetische Wende vor fast 30 Jahren versprach noch etwas gänzlich Anderes: nämlich die expertokratische Wissensordnung von »Klinik« und »Spital« zu verlassen, hin zu einer gesellschaftlichen Suchbewegung eigener leiblicher Gestaltung von Gesundheit. Mit ihr schien ein humaneres Gut plötzlich umsetzbar zu sein. Spätestens mit der Hinwendung zum aktivierenden Sozialstaat richtete sich aber der Blick hin zum riskanten Lebensstil des Einzelnen: Nicht mehr vor benachteiligenden Lebensbedingungen ist der Einzelne nunmehr zu schützen, sondern der riskante Lebensstil des Einzelnen gefährdet potenziell die Ressourcen der Gemeinschaft! Normative Diskurse um ein selbstverantwortliches Subjekt und mit ihnen einhergehend eine Biografisierung als Prozess der Subjektivierung begünstigen eine Entwicklung, durch die in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit das Thema der Lebensalter stärker in den Vordergrund gerückt wird, und zwar v.a. die Bewältigung von Lebensverläufen über verschiedene Lebensalter hinweg. Eine solche Hinwendung kann, indem sie den riskanten Lebensstil Einzelner in den Blick nimmt, einen der Philosophie des aktivierenden Sozialstaates genehmen passenden Ansatz bilden. Dies bietet der Sozialen Arbeit jedoch auch die Möglichkeit, unter Einbeziehung der benachteiligenden Lebensbedingungen und dem Verstehen der Biografie eine agency-orientierte Soziale Arbeit aufzubauen.

## **2 Erklärungswissen aus der lebensverlaufsbezogenen Epidemiologie**

Sie erforscht die Zusammenhänge von Erkrankungen als Zusammenspiel sozialer, biologischer und psychischer Faktoren. Die Kenntnis von Risiko- und Schutzfaktoren, eingebettet in Lebenslage, Lebensalter und geschlechtsspezifische somatische Kulturen, bildet eine grundlegende Wissensbasis z.B. für Beratung in der Sucht- und Drogenhilfe, aber auch für eine biopsychosoziale Diagnostik. Vom Lebensalter abhängig sind die Empfänglichkeit äußerer Risiken und damit auch die Ausprägung

sozialer Ungleichheit. So heben Power und Kuh (2006/2008, S. 71) hervor, dass der Übergang vom Jugend- zum jungen Erwachsenenalter ein Fenster der Gelegenheiten biete, miteinander verwobene biologische und soziale Risikoketten zu unterbrechen.

## **3 Mehr Chancen für ein gesundes Aufwachsen**

Die Wiederholungsbefragung der KIGGS-Studie (Robert Koch-Institut, 2013) hat erbracht, dass 94% der befragten Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer bis 17 Jahre alten Kinder als sehr gut bis gut einschätzen. Immerhin 89% der 11 bis 17 Jahre alten Heranwachsenden sehen ihre Gesundheit ebenfalls als sehr gut bis gut an. Die Selbsteinschätzungen haben sich gegenüber der KIGGS-Studie von 2007 (Thyen & Scriba, 2007) sogar um einige Prozentpunkte verbessert. Nach wie vor gibt es jedoch erhebliche Unterschiede bei den sozialen Risikofaktoren. Der Unterschied aufgrund sozialer Herkunft ist nach wie vor groß, aber gleichwohl nicht schicksalhaft festgelegt. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009, S. 45) stellte wenige Jahre vorher fest, dass von 700 000 pro Jahr in Deutschland geborenen Kindern jedes fünfte Kind pro Geburtsjahrgang mit erheblichen psychosozialen und gravierenden Defiziten an materiellen und sozialen Ressourcen aufwachse. Benachteiligende Lebensbedingungen machten Kinder und Jugendliche besonders vulnerabel. Krankheitsrisiken und Bewältigungschancen sind trotz formal gleicher Zugangsgegebenheiten zur medizinischen Versorgung nach wie vor ungleich verteilt. Immer noch bestimmt die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht die Lebenserwartung und die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Mit sinkender sozialer Schicht verschlechtert sich die Gesundheit. Entsprechend erhöhen sich die gesundheitlichen Belastungen. In Settings wie Stadtteil, Kita, Schule, Familie kann eine gesundheitsbezogene Soziale Arbeit mit ihren Mitteln Gegenwirkung erzeugen, indem sie im Stadtteil am Aufbau Benachteiligung abbauender Strukturen mitarbeitet.

## **4 Die fünf Handlungsebenen der Ottawa-Charta von 1986**

Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, die Neuorientierung der Gesundheitsdienste und die Entwicklung persönlicher Fähigkeiten

liefern nach wie vor ein geeignetes Profil für das Engagement einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit (Franzkowiak et al., 2011). Die Handlungsebenen haben im Verlauf der zurückliegenden 30 Jahre an thematischem Profil gewonnen.

In Bezug auf Kinder und Jugendliche hat zuletzt der 13. Kinder- und Jugendbericht von 2009 (BT-Drs. 16/12860) hier wichtige Impulse geliefert: Er weist auf die Notwendigkeit einer Kooperation der sozialen Dienste, insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe, der Behinderten- und Gesundheitshilfe. Besonders Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf sind auf interprofessionelle Kooperationen angewiesen (Gahleitner & Homfeldt, 2012). Zu ihnen sind zu zählen: chronisch kranke Kinder, Kinder und Jugendliche in therapeutischen Gruppen, traumatisierte Kinder, unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, oftmals auch geflüchtete Eltern mit ihren Kindern, aber auch Kinder mit psychisch kranken und suchterkrankten Eltern. Der Bericht weist auf die Umsetzung der »Großen Lösung«, mit ihr einhergehend auch auf die konzeptionelle Klärung des Verständnisses von Gesundheit und Behinderung. Schließlich hebt der Bericht hervor, dass Gesundheit und ihre Förderung ein Standard der Kinder- und Jugendhilfe sei.

Nach wie vor stellen bekannte Schnittstellenproblematiken in der Versorgung von Menschen unterschiedlicher Formen von Behinderungen nicht nur für Kinder und Jugendliche, sondern auch für Erwachsene im Bereich der Regelstrukturen ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung die Regel dar. Vorrangiges Ziel sollte es sein, die Versorgungsstrukturen so zu gestalten, dass alle Menschen in gleicher Weise diese in Anspruch nehmen können. Für die Ermöglichung bedarf es auch für Erwachsene der interprofessionellen wie auch interorganisatorischen Kooperation der sozialen Dienste.

## **5 Gesundheitsförderung als Standard Sozialer Arbeit**

Gesundheit sollte nicht als Voraussetzung für die Soziale Arbeit, sondern in Kooperation mit anderen sozialen Diensten als Standard gesehen werden. Auszugehen ist dabei von der Tatsache, »dass Gesellschaft auch deshalb existiert, weil Menschen leiblich sind und einen Körper haben, menschliches Handeln leiblich konstituiert ist und körperlich ausgeführt wird, Menschen soziale Strukturen inkorporiert haben und diese ebenso verkörpern« (Gugutzer, 2012, S. 11f.).

## 6 Gesundheitsförderung und Prävention

Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit sollte nicht der dem biomedizinischen Behandlungsmodell folgenden Differenzierung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention folgen. Der ihr zugrunde liegende Normalitätsanspruch und Kontrollmechanismus folgt der Logik medizinischer Expertise. Nicht zuletzt deshalb sind SozialarbeiterInnen im Gesundheitswesen den in Psychotherapie und Medizin Tätigen nachgeordnet. Seit den 1980er-Jahren gewinnt die am amerikanischen Public Health orientierte Einteilung nach Zielgruppe und Spezifität an Bedeutung. Richtet sich die universelle Prävention an die Gesamtbevölkerung, selektive Prävention an gefährdete Gruppen, so die indizierte Prävention an Personen mit manifesten Gesundheitsproblemen. »Die drei Formen sind in ein Gesamtsystem eingeordnet, das Vorsorge, Früherkennung und Behandlung, aber auch Langzeitbetreuung und Rehabilitation umfasst« (Franzkowiak, 2006, S. 38). Anhand dieses Ansatzes ist es für die Soziale Arbeit am günstigsten, die an Gesundheitsressourcen orientierte Gesundheitsförderung mit der Gesundheitsrisiken auf unterschiedlichen Ebenen ermittelnden Prävention zu verknüpfen, ausgerichtet auf das gemeinsame Ziel des Abbaus gesundheitlicher Ungleichheit.

Kritisch einzusetzen schließlich hat sich eine gesundheitsbezogene Soziale Arbeit dafür, dass sich die ohnehin vorherrschende Verhaltensprävention nicht verkürzt auf eine klinische Genomik und individualisierende Medizin, in der nur noch eine hermetische Kette von Diagnose und Frühbehandlung genetischer Dispositionen vonnöten ist.

### Literatur

- BT-Drs. 16/12860 (Deutscher Bundestag, Drucksache vom 30.04.2009) (2009). *Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 13. Kinder- und Jugendbericht und Stellungnahme der Bundesregierung*. Berlin: Deutscher Bundestag. Online verfügbar: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/128/1612860.pdf> [12.05.2014].
- CDU Deutschlands, CSU-Landesleitung & SPD (2013). *Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode*. Berlin: CDU. Online verfügbar: <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf> [12.05.2014].
- Franzkowiak, P., Homfeldt, H. G. & Mühlum, A. (2011). *Lehrbuch Gesundheit* (Reihe: Studienmodule Soziale Arbeit). Weinheim: Juventa.
- Franzkowiak, P. (2006). *Präventive soziale Arbeit im Gesundheitswesen* (Reihe: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Bd. 9). München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. & Homfeldt, H. G. (Hrsg.) (2012). *Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste* (Reihe: Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz). Weinheim: Beltz Juventa.
- Gugutzer, R. (2012). *Verkörperungen des Sozialen. Neophänomenologische Grundlagen und soziologische Analysen*. Bielefeld: transcript.

- Homfeldt, H. G. (2010). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (3. überarb. u. erw. Aufl.; S. 489-503). Wiesbaden: VS.
- Kickbusch, I. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Werbach-Bamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kühn, H. (1993). *Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA*. Berlin: edition sigma.
- Power, C. & Kuh, D. (2008). Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf. In J. Siegrist & M. Marmot (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen* (Reihe: Gesundheitswissenschaften; S. 45-76). Bern: Huber (engl. Orig. 2006).
- Robbins, A. & Nestle, M. (2011). Obesity as collateral damage: A call for papers on the Obesity Epidemic. Editorial. *Journal of Public Health Policy*, 32(2), 143-145.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2013). *Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – 2013*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Baden Baden: Nomos. Online verfügbar: [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf) [12.05.2014].
- Thyen, U. & Scriba, P. C. (Hrsg.) (2007). Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) 2003-2006 [Themenheft]. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(5/6).
- World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Genf: WHO. Online verfügbar: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) [12.05.2014].

## Anzeige

Das European Centre for Clinical Social Work ist ein von PraktikerInnen und HochschullehrerInnen gegründeter Verband, der Entwicklungen von Praxis, Wissenschaft und Forschung zur Klinischen Sozialarbeit auf europäischer Ebene bündelt und fördert.



### Aktivitäten

- Regelmäßige Informationen aus dem Feld der Klinischen Sozialarbeit
- Ausrichtung wissenschaftlicher Tagungen, Seminare und Workshops
- Vergabe des »Europäischen Förderpreises Klinische Sozialarbeit«
- Publikationsförderung

### Mitglied werden

Als Mitglied bewegen Sie sich in einem Netzwerk von Professionellen, die die Konturen und Entwicklungen einer Klinischen Sozialarbeit in Europa an vorderster Stelle bestimmen.

### Informationen

[www.eccsw.eu](http://www.eccsw.eu) ■ [info@eccsw.eu](mailto:info@eccsw.eu)

# Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung – eine gemeinsame biopsychosoziale Befähigungsgerechtigkeit?

Anna Lena Rademaker

Spätestens seit Einführung des Konzeptes der Gesundheitsförderung durch die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1986) gewinnen gesundheitsbezogene Bestrebungen verschiedenster AkteurlInnen im Gesundheits- und Sozialwesen merklich an Bedeutung im gesellschaftspolitischen sowie wissenschaftlich-professionellen Diskurs. Basierend auf einem biopsychosozialen Grundverständnis zielt das Konzept darauf ab, allen Menschen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer eigenen Gesundheit zu befähigen (vgl. ebd.). Gesundheitsförderung wird damit als Querschnittsaufgabe, insbesondere der Medizin, der Psychologie und der Sozialen Arbeit, verstanden. Nimmt man nun wesentliche Grundannahmen in der Theorieentwicklung Sozialer Arbeit genauer unter die Lupe, fällt auf, dass es sich bei diesem Diskurs eher um ein *Wiederaufgreifen* vergangener Themenschwerpunkte als eine neue und innovative Wende für das Sozialwesen handelt, denn bei den Aufgaben *früher* Sozialer Arbeit – zu Zeiten Alice Salomons – wurden Gesundheitsfürsorge und Hygieneerziehung noch unter genuine Handlungsfelder sozialer Interventionen subsumiert (Franzkowiak et al., 2011). Und auch heute konstatiert Ziegler (2009) die Förderung von biopsychosozialen Wohlbefinden im Sinne einer individuell wertgeschätzten Lebensbalance von AdressatInnen der Sozialen Arbeit als Aufgabe ihrer Profession. Das WHO-Konzept der Gesundheitsförderung sowie diese grundlegenden Konzeptentwürfe der Sozialen Arbeit zeichnen sich damit in paralleler Zielsetzung aus, indem sie zu mehr Selbstbestimmung und Autonomie über das eigene Leben und das eigene biopsychosoziale Wohlbefinden befähigen sollen. Sie münden dabei, wie dieser Artikel aufzeigt, in ähnlicher Weise im Empowerment-Konzept, zur Stärkung individueller Einflussnahmemöglichkeit auf ein subjektiv wertgeschätztes (Gesundheits-)Leben (Lambers, 2013). AkteurlInnen werden dabei – durch Erfahrungen von Selbstermächtigung, Selbstbefähigung und Stärkung ihrer Autonomie, durch eine gezielte Förderung ihrer individuellen Ressourcen (Stärke, Energie und Fantasie) zur Gestaltung der eigenen Lebensverhältnisse – zu aktiven

GestalterInnen ihrer Lebenswelt angehoben (Lenz, 2011, S. 13).

Dieser Beitrag befasst sich mit spezifischen Merkmalen von Gesundheitsförderung und Sozialer Arbeit und arbeitet sie in ihrer Ähnlichkeit heraus, mit Ausblick auf Synergieeffekte in der Verbindung beider Konzepte. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf Chancen und Grenzen gelingender Zusammenarbeit beteiligter AkteurlInnen für ein gemeinsames Ziel gelegt: die Ermächtigung von Menschen zu mehr Einflussnahme auf ihr individuelles Wohlbefinden.

## Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung – Gemeinsamkeiten für mehr Wohlbefinden aller Menschen

Nach global nicht kritikfreier, jedoch konsensfähiger Definition der WHO zielt Gesundheitsförderung auf fünf wesentliche Bereiche ab: die Förderung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, Lebenswelt und individuellen Kompetenz aller Menschen, zur Einflussnahme auf ihre eigene Gesundheit sowie eine medizinische Neuorientierung und Vernetzung beteiligter AkteurlInnen (Franzkowiak, 2011). In ganz ähnlicher Ausrichtung stellt sich auch der Gegenstand Sozialer Arbeit nach global ebenfalls konsensfähiger Definition der International Federation of Social Work (IFSW, 2000), dar. Dieser Definition folgend, fördert die Profession Sozialer Arbeit sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen, um ihr *Wohlbefinden* zu heben (ebd.). SozialarbeiterInnen können als *Change Agents* verstanden werden, deren Aufgabe sich auf eine individuelle und kollektiv ausgerichtete Förderung von Menschen bezieht, um ihnen zu mehr Autonomie und Wohlbefinden innerhalb ihrer individuellen Lebenswelt zu verhelfen (Ziegler, 2009, S. 126). Soziale Arbeit setzt dabei an politisch und lebensweltlich orientierten Interventionskonzepten an, trägt zur Vernetzung beteiligter Dienstleistungserbringer bei und behält das gemeinsame Ziel vor Augen, Menschen in der Stärkung ihrer Selbstautonomie zu befördern und so ihr individu-

elles Wohlbefinden in allen Lebensbereichen zu heben.

So lassen sich zentrale Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung auch in Maximen professioneller Sozialer Arbeit wiederfinden. Soziale Arbeit agiert zur Bekräftigung der Bedürfnis- und Interessensartikulation von Menschen, zur *anwaltschaftlichen* Unterstützung von deren Teilhabechancen an gesellschaftlichen Prozessen, als subsidiäre Sozialisationsleistung (Dewe & Otto, 2010), arbeitet vielerorts als wichtige *Netzwerkinstanz*, insbesondere wenn es um Problemlagen menschlicher Lebensführung an der Schnittstelle des Gesundheits- und Sozialwesens geht (Gahleitner & Homfeldt, 2013) und mündet mit all ihren Theorieansätzen im Gesamtkonzept des Empowerment, der *Ermächtigung* und *Befähigung* von Menschen zur Einflussnahme auf ihr individuelles biopsychosoziales Wohlbefinden (Lambers, 2013).

## Systemgrenzen überwinden – gemeinsam befördern!

Soziale Arbeit interagiert nicht als *Single-Player*, sondern in Zusammenarbeit mit verschiedenen Diensten der öffentlichen Wohlfahrtsproduktion (Gahleitner & Homfeldt, 2013). Ausgehend von diesem innerdisziplinären Kooperationsbedarf leitet sich eine zwingende Verantwortungsübernahme zur organisierten Vernetzung beteiligter AkteurlInnen als wesentliche Aufgabe all ihrer Interventionen ab. Diese Kernkompetenz der Kooperation und Vernetzung kann als multiprofessionelle Aufgabenübernahme zur Förderung einer gemeinschaftlich ausgerichteten Verantwortung beitragen (ebd.). Im Pendant ist auch das Konzept der Gesundheitsförderung auf eine interinstitutionelle Zusammenarbeit in besonderem Maße angewiesen, da das *subjektive Wohlbefinden* – oder im Umkehrschluss die subjektiv empfundene Beschwerdelast von Menschen – über ein Zusammenwirken von biologischen Ausgangslagen, individueller Entwicklung und kollektiver Orientierung hergestellt wird (Faltermaier, 2010), sich also in Erfahrungen der Sozialisation – mit Privilegien oder Benachteiligungen – konstru-

iert (Otto et al., 2013). Dieses Zusammenwirken von biologischen, psychischen und sozialen Aspekten drängt das Sozial- und Gesundheitswesen *zwingend* zur kooperativen Zusammenarbeit.

Nun haben sich die beiden Systeme jedoch in unterschiedlicher Tradition und Funktionsweise entwickelt (Hafen, 2013). Jedes unterliegt eigens entwickelten Logiken für die Bearbeitung von als *problematisch* deklarierten Lebensumständen, die außerhalb der Systemgrenzen als fremd und undurchsichtig erscheinen mögen (ebd.). Multidimensionale Problemlagen erfordern jedoch gemeinsame Verantwortungsübernahme, Diagnostik und Interventionsplanung, um möglichst nahe an den Bedarfen von AdressatInnen zu intervenieren und keine parallel organisierten Unterstützungen, die sich wenig gegenseitig bedingen, zu implementieren (Gahleitner & Homfeldt, 2013). Eine gezielte Förderung des biopsychosozialen Wohlbefindens einzelner Menschen sowie der Gemeinschaft ist daher auch immer auf eine gelingende und das Ziel im Auge behaltende Vernetzung und Zusammenarbeit von beteiligten Diensten angewiesen. Dieses Ziel sollte nicht unter dem Deckmantel einer Kooperationsforderung verbleiben, weil Kooperation als ein maßgebliches Orientierungsmuster für die Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung per se als *gut* deklariert wird (Kessl, 2011, S. 405), sondern den Blick auf AdressatInnen als AkteurInnen ihrer eigenen Lebenswelt mit ihren individuellen Notempfindungen im Rahmen ihrer Plausibilitäten richten und daraus eine emotional tragbare und alltagspraktische Bewältigungsunterstützung entwickeln (Dewe & Otto, 2010). Im Fokus aller kooperativen Bestrebungen sollte daher immer der Mensch mit seinen individuellen Ausgangslagen und in seiner sozialen Eingebundenheit stehen (ebd.). Denn nur durch ein Wissen über die akteurInnen-spezifische Lebenswelt kann auch ein annähernd realistisches Verständnis für ihre persönliche Lebenslage entwickelt werden (Homfeldt, 2012).

### **AkteurInnenorientierung im Fokus (gesundheits)fördernder Befähigungsgerechtigkeit**

Eine akteurInnenorientierte professionelle Arbeit – egal ob im Sozial- oder Gesundheitswesen – lässt AdressatInnen zu EntscheidungsträgerInnen ihrer eigenen Lebenswelt werden und kann ihnen, durch Anerkennung ihrer Handlungskompetenz, zu mehr Handlungsmächtigkeit, Selbstwirksamkeitserfah-

rung sowie pragmatischen Handlungswissen verhelfen und damit zur individuellen Einflussnahme auf das eigene Leben beitragen (Homfeldt, 2012). Dieser Anspruch impliziert jedoch eine akteurInnenorientierte Profession, über die Grenzen des Sozialwesens hinaus. Auch das mehrheitlich expertokratisch ausgerichtete Gesundheitswesen ist dazu angehalten, den Blick auf die Sichtweise seiner AdressatInnen zu richten und diese in ihrer individuellen Beschwerdelast wahr und ernst zu nehmen. Eine Wahrnehmung individueller Kompetenzen und biopsychosozialer Ressourcen von AdressatInnen kann wesentlich dazu beitragen, sie zu persönlicher Handlungskompetenz und damit verbundener Bewältigungskompetenz zu befähigen (ebd.) und so zur Hebung ihres eigenen Wohlbefindens beizutragen. Diesem Verständnis nach werden Strategien der Partizipation und des Empowerment bei der Bearbeitung biopsychosozialer Problemlagen an der Schnittstelle des Sozial- und Gesundheitswesens zu elementaren Basiskonzepten jeglicher multiprofessioneller Intervention, um ihre AdressatInnen nachhaltig zu mehr Einflussnahme auf ihr individuelles Wohlbefinden zu befähigen. Im Kontrast hierzu dürfen jedoch die Grenzen individueller Handlungsmacht nicht in Vergessenheit geraten und sind daher zwingend in eine gesundheitsorientierte Praxis einzubeziehen (vgl. hierzu Ziegler, in diesem Heft).

### **Eine gemeinsame Mündung im Empowerment-Konzept?**

Soziale Arbeit versteht sich als aktivierende Unterstützungsinstanz, um Menschen zu GestalterInnen ihrer Lebenswelt zu befähigen (Ziegler, 2009) und kann so im Ansatz des Empowerment-Konzepts, der Befähigung von Menschen zu ihrer Selbstermächtigung und Entfaltung von Selbstwirksamkeitserfahrungen, konkretisiert werden (Lamberts, 2013; Lenz, 2011). Grundlegend für dieses Konzept ist die Annahme, dass Menschen *nicht nur passiv* in soziale Strukturen eingebunden sind, sondern diese durch ihr Handeln beeinflussen und gestalten können (Ziegler, 2008, S. 83). Mit einem Fokus auf Capabilities – Verwirklichungschancen, Entfaltungsmöglichkeiten bzw. Befähigungsgerechtigkeit (Ziegler, 2011) – kann sich im Sozial- und Gesundheitswesen also eine an der Entwicklung von Menschen orientierte Praxis etablieren, unter analytischer Berücksichtigung institutioneller Begrenztheit und Möglichkeiten, diese zu überwinden (Otto & Ziegler, 2013).

## **Fazit & Ausblick**

Sozialer Arbeit und dem WHO-Konzept der Gesundheitsförderung geht es also um Befähigungsgerechtigkeit im Sinne einer Selbstermächtigung von Menschen, zu *mehr* Einflussnahme auf ihr individuelles Wohlbefinden in allen Lebenslagen. Beide Konzepte beziehen sich dabei auf biopsychosoziale Aspekte menschlichen Daseins und setzen auf kollektiver – im Besonderen institutionell begrenzter – sowie individueller Ebene an. Beide verfolgen als wesentliches gemeinsames Ziel eine Stärkung von Selbstwirksamkeitserfahrungen, um AdressatInnen zu befähigen, ihr eigenes Wohlbefinden selbst in die Hand zu nehmen und können daher in *paralleler* Ausrichtung zueinander betrachtet werden. Eben diese gemeinschaftliche Zielperspektive macht es in besonderem Maße erforderlich, die jeweils vorhandenen fachlichen Ressourcen einzelner AkteurInnen des Sozial- und Gesundheitswesens herauszuarbeiten und innerhalb der eigenen Disziplin selbstbewusst zu vertreten (Keupp, 2011), um so zu einer optimalen und den Bedarfen von AdressatInnen gerecht werdenden, biopsychosozialen Bearbeitung von Problemen sozialer Lebensführung, als Beitrag zu mehr Wohlbefinden aller Menschen, zu verhelfen. Denn »Gesundheit ist ein zentraler Eckpunkt professionsbezogener Sozialer Arbeit allgemein« (Homfeldt, 2010, S. 29) und lässt Gesundheitsförderung so zu einer Gemeinschaftsaufgabe von Sozialer Arbeit, Medizin und Psychologie werden. Zielperspektive einer gelingenden Förderung des Wohlbefindens aller Menschen sollte es daher sein, Differenzen zwischen den Systemen zu überwinden und sich hin zu einem *ganzheitlichen* Bearbeitungsverständnis zu entwickeln, das sich am Menschen als GestalterIn seiner eigenen Lebenswelt orientiert und diesen in seiner Individualität und Diversität wahrnimmt.

### **Literatur**

- Dewe, B. & Otto, H.-U. (2010). Reflexive Sozialpädagogik. Grundstrukturen eines neuen Typs dienstleistungsorientierten Professionshandelns. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (3., überarb. Aufl.; S. 197-218). Wiesbaden: VS.
- Faltermaier, T. (2010). Subjektive Gesundheit. Alltagskonzepte von Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Köln: BZgA. Online verfügbar: [http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=d73b1c8255a678e0a4303783f3371313&id=angebote&id\\_x=136](http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=d73b1c8255a678e0a4303783f3371313&id=angebote&id_x=136). [12.05.2014].
- Franzkowiak, P. (2011). Gesundheitsförderung. In R. Bieker & P. Floercke (Hrsg.), *Träger, Arbeitsfelder und Zielgruppen der Sozialen Arbeit* (Reihe: Grundwissen Soziale Arbeit, Bd. 5/6; S. 259-271). Stuttgart: Kohlhammer.
- Franzkowiak, P., Homfeldt, H. G. & Mühlum, A. (2011). *Lehrbuch Gesundheit* (Reihe: Studienmodule Soziale Arbeit). Weinheim: Juventa.



Gahleitner, S. B. & Homfeldt, H. G. (2013). Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit und soziale(s) Netzwerke(n). In J. Fischer & T. Kosellek (Hrsg.), *Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen* (Reihe: Edition soziale Arbeit; S. 494-516). Weinheim: Beltz Juventa.

Hafen, M. (2013). Soziale Arbeit und Gesundheit – Chancen und Herausforderungen an der Schnittstelle zweier Funktionssysteme. In A. Schneider, A. L. Rademaker, A. Lenz & I. Müller-Baron (Hrsg.), *Forschung – bio-psycho-sozial. Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit* (S. 35-48). Opladen: Budrich.

Homfeldt, H. G. (2010). Gesundheit und Soziale Arbeit. In W. Schröer & C. Schweppe (Hrsg.), *Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online* (S. 1-33). Weinheim: Juventa.

Homfeldt, H. G. (2012). Kooperation der sozialen Dienste – Hemmnisse und Lösungshinweise. In W. Stange, R. Krüger, A. Henschel & C. Schmitt (Hrsg.), *Erziehungs- und Bildungspartnerschaften. Grundlagen und Strukturen von Elternarbeit* (S. 215-224). Wiesbaden: Springer VS.

International Federation of Social Workers (IFSW) (2000). *Definition of Social Work*. Bern: IFSW. Online verfügbar: <http://ifsw.org/resources/definition-of-social-work> [12.05.2014].

Kessl, F. (2011). Von der Omnipräsenz der Kooperationsanforderungen in der Sozialen Arbeit. Eine Problematisierung. *Zeitschrift für Sozialpädagogik*, 9(4), 405-415.

Keupp, H. (2011). Wie Kommunikationsunfähigkeit und »schwarze Löcher« überwinden werden können. Der Blick des 13. Kinder- und Jugendberichts auf die Kooperation von Jugendhilfe, Gesundheitssystem und Eingliederungshilfe. *Zeitschrift für Sozialpädagogik*, 9(4), 362-386.

Lammers, H. (2013). *Theorien der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich* (Reihe: UTB – Soziale Arbeit). Opladen: Budrich.

Lenz, A. (Hrsg.) (2011). *Empowerment. Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis* (Reihe: Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Bd. 22). Tübingen: DGVT.

Otto, H.-U. & Ziegler, H. (2013). Introduction: enhancing capabilities. The role of social institutions. In H.-U. Otto & H. Ziegler (Hrsg.), *Enhancing capabilities. The role of social institutions* (S. 7-9). Opladen: Budrich.

Otto, H.-U., Scherr, A. & Ziegler, H. (2013). On the nor-

mative foundation of social welfare – capabilities as a yardstick for critical social work. In H.-U. Otto & H. Ziegler (Hrsg.), *Enhancing capabilities. The role of social institutions* (S. 197-230). Opladen: Budrich.

World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Genf: WHO. Online verfügbar: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) [12.05.2014].

Ziegler, H. (2008). Soziales Kapital und agency. In H. G. Homfeldt, W. Schröer & C. Schweppe (Hrsg.), *Vom Adressaten zum Akteur. Soziale Arbeit und Agency* (S. 83-106). Opladen: Budrich.

Ziegler, H. (2009). Human Development and Capabilities – Wohlergehen als Maßeinheit zur Bestimmung des Nutzens Sozialer Arbeit für ihre AdressatInnen. In H. G. Homfeldt & C. Reutlinger (Hrsg.), *Soziale Arbeit und soziale Entwicklung* (S. 126-147). Baltmannsweiler: Schneider.

Ziegler, H. (2011). Gerechtigkeit und Soziale Arbeit: Capabilities als Antwort auf das Maßstabsproblem in der Sozialen Arbeit. In K. Böllert (Hrsg.), *Soziale Arbeit als Wohlfahrtsproduktion* (S. 153-166). Wiesbaden: VS.

## Anzeigen

### ZKS Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

#### Fachsozialarbeiter/-in für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

##### Die Anerkennung durch die ZKS bietet Ihnen:

- Gütesiegel und klares professionelles Profil
- Sichtbarkeit von Qualifikation, Berufserfahrung und Kompetenzen
- Anteil an der Entwicklung einer Klinischen Fachsozialarbeit in Deutschland
- Anteil am entstehenden Netzwerk von Hochschulen, Verbänden und Praxis

##### Für die Anerkennung benötigen Sie:

- mehrjährige klinische Berufserfahrung
- Nachweis einschlägiger psychosozialer Fort- und Weiterbildungen, Selbsterfahrung und Supervision

##### Informationen erhalten Sie bei:

- Gerhard Klug
- E-Mail: [gerhard.klug@klinische-sozialarbeit.de](mailto:gerhard.klug@klinische-sozialarbeit.de)
- Website der ZKS: [www.klinische-sozialarbeit.de](http://www.klinische-sozialarbeit.de)



#### Spezialisierte Fachverlag der ZKS

##### Angebote des Verlags:

- Veröffentlichungen als PDF downloaden
- Filme und Interviews online anschauen
- hoher Verbreitungsgrad
- fachlich-wissenschaftliches Umfeld der Veröffentlichungen
- hohe wissenschaftliche Standards
- kostenlos

##### Bewerbung und Information:

- eigene Artikel und Publikationen senden Sie an: [einreichen@zks-verlag.de](mailto:einreichen@zks-verlag.de)
- Weitere Informationen erhalten Sie unter: [www.zks-verlag.de](http://www.zks-verlag.de)

## FH·W·S

Berufsbegleitender  
Weiterbildungsstudiengang  
**MASTER MUSIKTHERAPIE  
für Menschen mit  
Behinderung und Demenz**  
an der **Hochschule**  
für angewandte Wissenschaften  
**Würzburg-Schweinfurt**



Wintersemester 2014/15:  
Bewerbungsschluss am 15. Juli 2014

Weitere Infos unter:  
<http://mmt.fhws.de>

# Die Debatte um Agency

Holger Ziegler

Mit Agency wird die Frage nach der nicht aus sozialen Determinationen derivierbaren Autonomie des Subjekts und damit verknüpft der Entscheidungs- und Handlungsfreiheit des Menschen gestellt. Ein tatsächlicher Nachweis, dass Menschen über Willens- und Handlungsfreiheit verfügen, dürfte schwer fallen, das »Ausmaß« dieser Freiheit zu quantifizieren und zwischen AkteurInnen kardinal zu vergleichen, nahezu unmöglich sein. Die jeweiligen AkteurInnen »could have acted otherwise« (Giddens, 1976, S. 75), aber sie haben es eben nicht getan. Theoriearchitektonisch scheinen Konzeptionen von Agency am überzeugendsten, wenn sie auf die konstitutive Sinnhaftigkeit menschlicher Praxis verweisen. Menschen sind in der Lage, ihr Handeln zu begründen und mit Bedeutung zu versehen. Im Gegensatz zum Verhalten physikalischer Körper besteht ein Charakteristikum menschlichen Handelns darin, dass es nicht nur im »logical space of causes« (Sellars, 1997, S. 131), sondern im »logical space of reasons« (ebd., S. 76) verortet ist. Dieser Raum entspricht dem, was McDowell (1994, S. 5) als den »realm of freedom« bezeichnet. Die Pointe dieser Perspektive liegt vor allem darin, dass sie einen möglicherweise fruchtbaren Zugang zu Agency eröffnet, der AkteurInnen als »potenziell selbstbestimmungsfähige Subjekte ihrer Lebenspraxis« (Scherr, 2013, S. 230) in den Blick nimmt.

Noch einmal: Sofern man unterstellt, dass Menschen handeln, unterstellt man zugleich, dass sie prinzipiell auch anders handeln könn(t)en. Damit ist zunächst nicht viel gewonnen. Dies ändert sich aber, wenn eine »normative Zutat« hinzugefügt wird. Diese besteht in der Frage, ob und inwiefern die Handlungspraktiken sowie die mit diesen Praktiken kovariierenden Zustände, die AkteurInnen (selbstbestimmt) realisieren können, Praktiken und Zustände sind, die die betreffenden AkteurInnen begründet wertschätzen können. Zentral ist Frage danach, welche als wertvoll erachteten Handlungsoptionen AkteurInnen geboten oder vorenthalten, erleichtert oder erschwert oder er-

möglicht oder verunmöglicht werden. Es geht nicht um die Annahme, dass aus solchen Einflüssen abzuleiten sei, wie AkteurInnen handeln. Die Aufgabe einer Agency-Analyse besteht darin, Hinweise darauf zu geben, welche in gesellschaftliche Situationen und Figurationen eingebundene Handlungsoptionen für welche AkteurInnen, unter welchen Umständen und zu welchen »Kosten« möglich sind.<sup>1</sup> Für eine solche Analyse ist es nicht nötig, ein allzu athletisches Personenkonzept zu unterstellen, das prioritär und prinzipiell die »Fähigkeit menschlicher Subjekte« betont, »Entscheidungen zu treffen und autonom zu handeln« (Stauber et al., 2011, S. 23). Vielmehr lässt sich diese Frage auch mit einem gerade für die Gesundheitswissenschaften und die Soziale Arbeit angemesseneren Konzept von Personen verknüpfen, das die Tatsache einer in diesem Falle tatsächlich prinzipiellen Vulnerabilität, Abhängigkeit und Care-Bedürftigkeit menschlicher Subjekte ernst nimmt. Gerade ein solches Personenkonzept erlaubt es, in einer gehaltvollen Weise der Frage nachzugehen, wie AkteurInnen mit den in je spezifischen sozialen Konstellationen angelegten Ermögligungen und Begrenzungen der Realisierung wertgeschätzter Praktiken, Zustände und Beziehungsmuster umgehen (vgl. Sayer, 2005), d.h., eine subjekt-, handlungs- oder praxistheoretische Perspektive einzunehmen. Demgegenüber ist ein Zugang, der kompetente und handlungsfähige AkteurInnen in allen Lebenssituationen unterstellt und mit Forschungen, die auf Basis dieser Unterstellung diese AkteurInnen dann auch überall findet, bereits im Ansatz kaum in der Lage, zur Beantwortung dieser zentralen Frage einen gehaltvollen Beitrag zu leisten.

Für eine fruchtbare Auseinandersetzung mit Agency ist es sinnvoll, auf eine generelle und allgemeine Zuschreibung von Agency als Eigenschaft, die jedem/jeder AkteurIn per se innewohnt, zu verzichten. Diese Zuschreibung reduziert die komplexe Frage von Agency auf eine ideologisch vielfach missbrauchbare und ansonsten analytisch weitgehend nutzlose »sourceless, fully asocial, rational abstraction« (Archer, 2000, S. 22) und verpasst eine entscheidenden Pointe, die danach fragt, wie »die sozial nicht determinierte Handlungsfähigkeit von Individuen und sozialen Gruppen selbst als sozial ermöglicht verstanden werden« (Scherr, 2013, S. 231) kann. Damit ist eine Frage nach dem Verhältnis zwei-

er Schlüsselbegriffe der klassischen sozialwissenschaftlichen Theorien angesprochen, nämlich die nach dem Verhältnis von »Structure« und »Agency«.

Dieses Verhältnis wird in der gegenwärtigen Debatte oft ziemlich einseitig aufgelöst. Im impliziten oder expliziten Rekurs auf Interpretationen der Diagnose einer weitreichenden Individualisierung, die die Prägekraft gesellschaftlicher Normierungen und die formative Wirkung struktureller Zwänge und objektiver klassenförmiger Verteilungsstrukturen aufgelöst hätte, wird unterstellt, dass insbesondere junge Menschen nunmehr die Möglichkeit hätten, »die eigene Entwicklung und die persönliche Biographie frei von allen sozialen Zwängen und unabhängig von der sozialen Herkunft gemäß den individuellen Interessen und Ansprüchen, Bedürfnissen und Zielvorstellungen zu planen und gegebenenfalls zu realisieren« (Mansel, 1995, S. 18). Agency wird so zur zentralen Erklärung der Lebensbedingungen und Zukunftsoptionen junger Menschen erhoben. Dabei wird v.a. ein Zurechnungsmodus der »Selbstkontrolle, Selbstverantwortung und Selbststeuerung akzentuiert« (Wohlrab-Sahr, 1997, S. 28) und mit dem begrifflichen Arsenal der Agency-Debatte auch noch unter miserabelsten und heteronomsten Bedingungen Individualität, Intentionalität, Autonomie, Eigeninitiative, Kreativität und Wahlhandeln gesucht (und selbstverständlich auch gefunden!).

## Agency im Kontext sozialpolitischer Diskurse

Die beschriebene Deutung der Agency-Perspektive weist nolens volens auf Anknüpfungspunkte an neokonservative sozialpolitische Diskurse, die Abhängigkeiten v.a. als »Wohlfahrtsabhängigkeit« zu dechiffrieren und ein Bild von AkteurInnen als selbstverantwortliche KonstrukteurInnen ihrer Biografien und Lebensführungen zu zeichnen. Deacon (2004) hat nachzeichnet, dass beispielsweise die britische Sozialpolitikforschung der Nachkriegszeit v.a. soziale Strukturen fokussierte, während »Agency« weitgehend ausgeblendet blieb. Dieser Fokus war weniger einer theoretischen Fantasielosigkeit als vielmehr einer Verbundenheit maßgeblicher Social-Policy-ForscherInnen mit einem Ideal sozialer Gleichheit geschuldet. Demgegenüber waren es vorwiegend (neo)konservative KritikerInnen des Wohlfahrtsstaates, die mo-

### Anmerkung

<sup>1</sup> Damit sind nicht nur fiskalische Kosten gemeint, sondern eine praxisökonomische Vorteils-/Nachteils-Grammatik mit einem breiten Kostenbegriff, der zur Kenntnis nimmt, dass auch in psychologischen oder sozio-moralischen »Währungen« etwa mit Achtung, Würde, Anerkennung, Servilität, Respektabilität, Zugehörigkeit, Sorge (Care und Concern) »bezahlt« wird – und nicht zuletzt mit Zeit, die sich logischerweise nur einmal veräußern lässt.

nierten, eine Ausblendung von »Agency« habe zu einer »Kultur der Entschuldigung« geführt. Statt WohlfahrtsempfängerInnen als Opfer gesellschaftlicher Zwänge zu entschuldigen, gelte es, den Blick auf ihre Handlungsfähigkeit und damit auch auf Lebensführungsverantwortung zu richten, statt ihre Passivität zu alimentieren, seien Verantwortung und Leistung (von wem?) zu erwarten. Der Fokus auf Agency und das Bild der WohlfahrtsempfängerInnen als aktive GestalterInnen ihres eigenen Lebens legte es nahe, sich »mit der Frage zu beschäftigen, inwiefern »die Armen« selbst für ihre Armut verantwortlich sind« (Deacon, 2004, S. 452). In der Tat muss die Frage gestellt werden: Wenn wir alle mit »Agency« ausgestattete, aktive GestalterInnen unseres Lebens und unserer Lebens- und sozialen Umwelten sind, was bedeutet das dann mit Blick auf die Verantwortungszuschreibung hinsichtlich der Tatsache, dass manche Lebenswelten durch Ausbeutung, Ausgrenzung, Demütigung, Diskriminierung, Entfremdung, Entrechtung, Marginalisierung, Missachtung, Ohnmacht und Nicht-Repräsentanz gekennzeichnet sind? Die Antwort liegt auf der Hand: Wer Agency zuschreibt, schreibt auch (moralische) Verantwortung zu.

### Einige Schlussfolgerungen

Das autonome Subjekt mag eine Fiktion sein, aber sie kann sich unter Umständen als nützliche Fiktion erweisen. Dies gilt dann, wenn Handlungsautonomie nicht einfach zugeschrieben, sondern geprüft wird, ob und inwiefern objektive Bedingungen von Autonomie sichergestellt sind. Eine Perspektive, die v.a. danach fragt, ob sich AkteurInnen als handlungs- und wirkmächtige GestalterInnen ihrer eigenen Lebensführung »fühlen«, kann zur Klärung dieser Frage wenig beitragen. Die Aufgabe einer sich als mehr oder weniger progressiv verstehenden Sozialtheorie und -forschung mit Blick auf das Agency-Problem besteht vielmehr darin, das objektive Spektrum effektiv realisierbarer und hinreichend voneinander unterscheidbarer Handlungsalternativen zu analysieren, über das AkteurInnen verfügen, um ihr Leben so zu gestalten, dass sie es mit guten Gründen wertschätzen können. Dieses Spektrum verweist auf ein komplexes Zusammenspiel von Infrastrukturen, Ressourcen, Berechtigungen, institutionellen Anspruchsvoraussetzungen und Befähigungen, aber auch auf individuelle Eigenschaften oder Dispositionen. Dabei ist unzweifelhaft, dass das Ausmaß und die Qualität des Spektrums von Handlungsoptionen von der (ungleichen) Verfügbarkeit und Zugänglichkeit

bestimmter Mengen und Kompositionen von Ressourcen abhängen. Diese Ressourcen sind zwar eine unhintergehbare Bedingung, aber in der Regel nicht *alleine* dafür entscheidend, welche Lebenschancen und Entfaltungspotenziale unterschiedliche AkteurInnen lebenspraktisch tatsächlich realisieren können. Für eine sozialwissenschaftliche Perspektive, die reale Handlungsmöglichkeiten in den Blick nimmt, ist daher die Analyse einer Reihe sozialer, kultureller, institutioneller und personaler Befähigungen und »Konvertierungsfaktoren« zentral, die es AkteurInnen erlauben, Ressourcen in eine für sie vorteilhafte und erstrebenswerte Lebensführung umzusetzen. Ungleichheitstheoretisch ist eine solche Analyse deshalb entscheidend, weil unterschiedliche AkteurInnen in unterschiedlichen Kontexten unterschiedliche und unterschiedlich viele Ressourcen benötigen, um Lebensaussichten in einer lebenspraktisch vergleichbaren Weise realisieren zu können.

Die entscheidende Pointe einer Perspektive, die nicht nach subjektiv empfundenen Handlungsfähigkeiten, sondern nach dem objektiven Spektrum realer Handlungsalternativen in wesentlichen Lebensbereichen fragt, besteht darin, dass sie nicht nur darauf zielt, subjektiv sinnvolles Bewältigungshandeln zu analysieren, sondern darauf, struktur- und subjekttheoretische Dimensionen zusammenzuführen und, ohne die offensichtlich strukturbildende Kraft von sozialer Klassen- und Ungleichheitslagen in Abrede zu stellen, die tatsächliche, lebenspraktische Relevanz von Ungleichheiten in den Blick zu nehmen. Diese lebenspraktische Relevanz besteht letztlich darin, dass Ungleichheit das Leben berührt, das Menschen führen möchten, und die Dinge, Beziehungen und Praktiken, die sie wertschätzen.

Es ist unstrittig, dass traditionelle Ungleichheitsanalysen häufig auf einem abstrakten und einseitigen »employment aggregate approach« (Crompton, 1993/1998, S. 55) aufgebaut haben, der der lebensweltlichen Relevanz struktureller sozialer Stratifizierungen und den Mechanismen, die zwischen gegebenen strukturellen Zwängen und den Handlungs- und Lebensführungsmöglichkeiten von AkteurInnen vermitteln, wenig systematische Aufmerksamkeit geschenkt hat. Eine sozialwissenschaftlich überzeugende Antwort auf dieses Problem kann aber nicht darin bestehen, die Realitäten und Wirkungen struktureller und klassenförmiger Ungleichheiten zu ignorieren bzw. zu verleugnen, Handlungsfähigkeiten beliebig zuzuschreiben und das, was an offensichtlichen Unterschieden von Lebensaussichten übrig

bleibt, als Folge irgendwelcher kultureller und subkultureller Praktiken und Lebensgestaltungsrationalitäten individueller Subjekte umzudeuten.

Was der gegenwärtige Agency-Diskurs, der sich gerade in der Sozialen Arbeit und der Gesundheitswissenschaft nicht selten (zumindest implizit) an die modernisierungstheoretische Individualisierungsthese anschließt, aus den sozialstrukturanalytischen Irrungen und Wirkungen der Individualisierungsdebatte lernen sollte, wäre zumindest, dass es bei der Debatte um Handlungsfähigkeit, Handlungsbefähigung und Handlungsbemächtigung darauf ankommt, strukturelle Zwänge und Macht- und Ungleichheitsverhältnisse auf ihre lebenspraktische Relevanz zu prüfen. Dies ist die analytische Grundlage, um einen Beitrag zur Eröffnung, Erweiterung oder eben Verengung des objektiven Spektrums der Verwirklichungschancen alternativer Lebensentwürfe zu leisten, die die AkteurInnen in begründeter Weise – d.h. nicht nur aufgrund der normativen Kraft des Faktischen – zu realisieren trachten. Agency ist ein zentraler Begriff für sozial- und gesundheitspolitische sowie für sozialarbeits- und gesundheitswissenschaftliche Analysen und Konzeptionen – gerade deshalb ist die Soziale Arbeit wie die Gesundheitswissenschaft gut beraten, diesen Begriff vor den Agency-Believers zu schützen.

### Literatur

- Archer, M. S. (2000). *Being human: The problem of agency*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Crompton, R. (1998). *Class and stratification. An introduction to current debates* (2., unveränd. Aufl.). Cambridge: Polity Press (Erstauffl. 1993).
- Deacon, A. (2004). Different interpretations of agency within welfare debates. *Social Policy and Society*, 3(4), 447-455.
- Giddens, A. (1976). *New rules of sociological method. A positive critique of interpretative sociologies*. London: Hutchinson.
- Mansel, J. (1995). *Sozialisation in der Risikogesellschaft. Eine Untersuchung zu psychosozialen Belastungen Jugendlicher als Folge ihrer Bewertung gesellschaftlicher Bedrohungspotenziale*. Neuwied: Luchterhand.
- McDowell, J. H. (1994). *Mind and world*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sayer, A. (2005). *The moral significance of class*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Scherr, A. (2013). Agency – ein Theorie- und Forschungsprogramm für die Soziale Arbeit? In G. Graßhoff (Hrsg.), *Adressaten, Nutzer, Agency. Akteursbezogene Forschungsperspektiven in der sozialen Arbeit* (S. 229-242). Wiesbaden: Springer VS.
- Sellars, W. (1997). *Empiricism and the philosophy of mind*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Stauber, B., Walther, A. & Pohl, A. (2011). Jugendliche AkteurInnen. Handlungstheoretische Vergewisserungen. In A. Pohl, B. Stauber & A. Walther (Hrsg.), *Jugend als Akteurin sozialen Wandels. Veränderte Übergangsvorgänge, strukturelle Barrieren und Bewältigungsstrategien* (Reihe: Jugendforschung; S. 21-48). Weinheim: Juventa.
- Wohlrab-Sahr, M. (1997). Individualisierung: Differenzierungsprozess und Zurechnungsmodus. In U. Beck & P. Sopp (Hrsg.), *Individualisierung und Integration: Neue Konfliktlinien und neuer Integrationsmodus?* (S. 23-36). Opladen: Leske + Budrich.

# Gesundes Aufwachsen der Kinder psychisch erkrankter Eltern fördern – Rahmenbedingungen und Schnittstellen

Albert Lenz

Das Zusammenleben mit psychisch erkrankten Eltern stellt für Kinder quantitativ und qualitativ ein beträchtliches Risikopotenzial für einen ungünstigen Entwicklungsverlauf dar. Kinder psychisch kranker Eltern haben ein deutlich erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln, sie bilden somit eine besondere psychiatrische Risikogruppe (vgl. Lenz, i.Dr.). Studien zeigen, dass Kinder, die psychiatrisch und psychotherapeutisch behandelt werden, häufig aus Familien stammen, in denen ein Elternteil oder beide Elternteile psychisch erkrankt sind. Eine Datenerhebung an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Marburg, die von 1998 bis 2002 durchgeführt wurde und in der die vollständige stationäre Inanspruchnahmepopulation einbezogen war, ergab, dass in etwa die Hälfte der psychisch kranken Kinder bzw. Jugendlichen bei einem psychisch kranken Elternteil lebt. Am häufigsten wurden substanzbezogene Störungen (ca. 20%), neurotische und somatoforme Störungen (ca. 13%) sowie affektive Störungen (ca. 12%) bei den Eltern festgestellt. Diese Zahlen differenzieren sich noch nach der jeweiligen Diagnose des Kindes. Besonders hohe Morbiditätsraten zeigten sich bei den Eltern von Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens (Mattejat & Remschmidt, 2008).

Eine Studie von Rutter und Quinton (1984) weist darauf hin, dass etwa ein Drittel der Söhne und ein Viertel der Töchter psychisch kranker Eltern selbst klinisch relevante psychische Auffälligkeiten aufweisen. Andere epidemiologische Studien zeigen, dass Kinder psychisch kranker Eltern ein drei- bis vierfach höheres Risiko haben, eine psychische Störung auszubilden, als Kinder in der Allgemeinbevölkerung (Beardslee et al., 1998).

Das hohe Erkrankungsrisiko der Kinder verweist ausdrücklich auf die Bedeutung früher und rechtzeitiger Angebote für die Kinder und ihre Familien, um ungünstige Entwicklungen der Kinder zu verhindern bzw. abzumildern und ein gesundes Aufwachsen der Kinder durch frühzeitige Hilfen zu ermöglichen.

## Versorgungssituation der Kinder psychisch kranker Eltern

Trotz der erdrückenden empirischen Belege für die Belastungen und Entwicklungsrisiken sind die Kinder psychisch kranker Eltern lange Zeit weder in der Jugendhilfe noch im Gesundheitssystem als betroffene Personengruppe ausreichend wahrgenommen worden.

Nicht zuletzt ausgelöst durch die Tagung des Dachverbands psychosozialer Hilfsvereinigungen »Auch Kinder sind Angehörige« im Jahr 1997 hat sich mittlerweile die Situation deutlich verbessert. Die Fachöffentlichkeit ist in der Folgezeit auf die Kinder und ihre psychisch kranken Eltern stärker aufmerksam geworden. So wurden in den folgenden Jahren nicht nur zahlreiche Fachtagungen, Symposien und Kongresse durchgeführt, sondern es ist darüber hinaus in verschiedenen Regionen und Orten eine Reihe von Initiativen entstanden, die Kindern und ihren psychisch kranken Eltern Hilfen anbieten. Besonders bekannt geworden ist das AURYN-Konzept, das an der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg entwickelt wurde und als »Vorlage« für eine Vielzahl von Projekten diente.

Seit der Jahrtausendwende ist im deutschen Sprachraum eine rasante Entwicklung eingetreten. Parallel zu der Entwicklung von präventiv orientierten Initiativen und Hilfsangeboten setzen verstärkt praxisorientierte Forschungsaktivitäten ein, die wichtige Erkenntnisse über die Situation der Kinder und ihre Familien erbrachten und Ansatzpunkte zur Entwicklung multimodaler, resilienz- und ressourcenfördernder Interventionsansätze lieferten (vgl. die Übersicht in Lenz, i.Dr.). Insbesondere die Erkenntnisse über die individuellen und familiären Copingstrategien haben wesentlich zur grundlegenden Weiterentwicklung gezielter Hilfen für die Kinder und ihre Familien beigetragen. Das Wissen über die speziellen Resilienzfactoren – Krankheitswissen, Krankheitsverstehen und situationsangemessene Bewältigungsstrategien – half zudem, die Psychoedukation für Kinder, d.h. die Krankheitsaufklärung und Informa-

tionsvermittlung, wirkungsvoller zu gestalten (Lenz, 2010)

Trotz dieser enormen Fortschritte auf der fachlichen Ebene sind wir in Deutschland von einer flächendeckenden Versorgung noch weit entfernt. Die überwiegende Mehrzahl der bestehenden Angebote wird als Projekte durchgeführt. Die Hilfen sind in den wenigsten Fällen als Regelangebot im kommunalen Hilfesystem verankert, sondern zeitlich begrenzt und müssen den Fortbestand immer wieder neu sichern. Die Finanzierung der Projekte erfolgt meist im Rahmen von Modellvorhaben regionaler Träger oder über Stiftungen und durch kommunale Zuschüsse. Oftmals sind unkonventionelle und kreative Wege, z.B. geschickte Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit erforderlich, um den Fortbestand der Angebote sichern zu können. Nach anfänglichen Vorbehalten bezüglich Bedarf und Kosten werden mittlerweile vereinzelt Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern in verschiedenen Regionen und Orten als Leistungen nach dem SGB VIII im Rahmen der Hilfen zur Erziehung oder durch institutionelle Förderung über einen Leistungsvertrag finanziert.

Der kontinuierliche Legitimierungsdruck und die fehlende dauerhafte Perspektive binden in den Projekten viele Ressourcen und erschweren bzw. verhindern oftmals die Implementierung der multimodalen präventiven Hilfen bzw. Interventionsprogramme. Vielfach können aus diesen Gründen lediglich einzelne Hilfen angeboten werden – meist sind es Gruppenangebote für die betroffenen Kinder –, während der Einsatz bindungsbezogener Interventionen und gezielter familienorientierter Hilfen, wie z.B. Psychoedukation für Kinder, aufgrund begrenzter finanzieller und personeller Ressourcen nicht möglich ist.

Wirksame Hilfen erfordern nicht nur ein breites Spektrum an kind- und familienbezogenen Methoden und Strategien, sondern auch funktionierende Kooperationsbeziehungen zwischen den Systemen der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens. In der »Projekthaftigkeit« der präventiven Hilfen liegt sicherlich ein Grund, warum die interinstitutionelle Kooperation in der Praxis häu-

fig nicht bzw. nicht ausreichend gelingt. Kooperation ist eine voraussetzungs- volle Strategie und erfordert zeitliche und personelle Ressourcen, die in den Projekten in aller Regel nicht im notwendigen Umfang verfügbar sind.

### **Komplexe Problemlagen erfordern multiprofessionelle und interinstitutionelle Kooperation**

Bei den Kindern psychisch kranker Eltern liegt eine komplexe Problemlage vor, der nur durch eine koordinierte und kooperierende Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und Institutionen angemessen und wirksam begegnet werden kann. Längsschnittstudien zeigen, dass die Beziehung zwischen elterlicher Erkrankung und kindlicher Belastung bzw. Entwicklungsstörung keine einseitige Wirkrichtung hat (Lenz, i. Dr.). Der psychische Zustand des erkrankten Elternteils beeinflusst nicht nur die Entwicklung des Kindes, sondern auch die elterlichen Erfahrungen im Umgang mit ihrem Kind wirken sich auf die psychische Gesundheit des erkrankten Elternteils aus. Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder befinden sich gewissermaßen in einem Teufelskreis. Die höhere psychische Belastung der Kinder durch die elterliche Erkrankung verstärkt die Probleme der Kinder. Die kindlichen Probleme erhöhen wiederum die elterlichen Belastungen und beeinflussen auf diese Weise die psychische Erkrankung der Eltern negativ, was sich wiederum auf die Belastung der Kinder auswirkt. Ein emotional negativ aufgeladenes Familienklima und belastende Interaktionen zwischen dem psychisch kranken Elternteil und den anderen Familienmitgliedern sowie übermäßige elterliche Belastungen gehen dabei mit einem wesentlich höheren Rückfallrisiko für fast alle Störungen einher.

Dieser Teufelskreis weist darauf hin, wie wichtig es ist, nicht nur das Kind, sondern auch den psychisch erkrankten Elternteil, die Eltern-Kind-Interaktionen und das gesamte Familiensystem zu beachten. Um den Problemen effektiv begegnen zu können, müssen Hilfen sowohl auf der Ebene des Kindes als auch auf der Ebene der erkrankten Eltern und auf der Ebene der familiären Interaktionen ansetzen. Ein fachlich fundierter Umgang mit den Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien setzt daher eine interdisziplinäre Handlungsperspektive voraus, in die psychologisch-psychotherapeutische, psychiatrisch-medizinische und sozial-

pädagogische bzw. sozialarbeiterische Wissensbestände sowie kurative und präventive Strategien einfließen. Je besser eine inhaltlich-fachliche Abstimmung der Wissensbestände, Arbeitsweisen und Methoden gelingt, umso wirksamer können die Hilfen für Kinder und ihre psychisch kranken Eltern gestaltet werden.

### **Forderung nach kombinierten und multiprofessionellen Hilfeleistungen**

Komplexe Problemlagen, wie wir sie bei Kindern psychisch erkrankter Eltern und ihrer Familien vorliegen haben, erfordern kombinierte und aufeinander abgestimmte, multiprofessionelle Hilfen, die das gesamte Familiensystem stärken und unterstützen. Damit Familien in die Lage versetzt werden, trotz der Erkrankung eines Elternteils ihre Aufgaben zu erfüllen, sind je nach Lebenslage und individuellem Bedarf des einzelnen Kindes für einen prognostisch festgelegten Zeitraum sowohl medizinisch-psychotherapeutische als auch heilpädagogische und sozialpädagogische Leistungen notwendig. Maßnahmen können dabei gleichzeitig oder nacheinander sowie in wechselnder Intensität erfolgen. Eine derartige Komplexleistung stellt eine eigenständige Maßnahme dar und erschöpft sich nicht in der Addition von Einzelpflichten nach ihren jeweiligen Leistungsgesetzen.

Komplexleistungen, in denen die einzelnen Leistungen nach dem jeweiligen individuellen Bedarf aufeinander abgestimmt sind und kofinanziert werden, sind im deutschen Sozialrecht aber nicht ausdrücklich vorgesehen (Scheper, 2011). Im Gegenteil, nach wie vor liegen die Sozialgesetzbücher und deren Leistungen wie »Klötze« nebeneinander: SGB V, SGB VIII, SGB IX, SGB XII. Diese Segmentierungen verhindern eine personenzentrierte, d. h. auf das Individuum bezogene Leistungserbringung.

Um kombinierte, multiprofessionelle Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern erbringen zu können, müssen Übergänge und Abstimmung zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe *gestaltet werden*. Dazu bedarf es der Schließung von Regelungslücken an der Schnittstelle zwischen SGB V und SGB VIII. Hervorzuheben ist hierbei u. a. der gesetzliche Regelungsbedarf im SGB V, um die Grundlagen für die Kooperation und Entwicklung kombinierter gesundheitlicher und pädagogischer Hilfen zu

schaffen. Gemeint ist insbesondere § 20 SGB V (Prävention und Selbsthilfe), in dem bislang ein enges Präventionsverständnis im Vordergrund steht, das morbiditätsorientiert, d. h. auf Krankheitsverhütung im engeren Sinn und nicht auf Gesundheitsförderung ausgerichtet ist.

Um auf diese gesetzlichen Regelungsbedarfe speziell im SGB V hinzuweisen und die Schaffung von Rahmenbedingungen für Komplexleistungen *anzuregen*, ist unter Federführung des Bundesverbandes für Erziehungshilfe e.V. (AFET), des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V. und des *Instituts für Gesundheitsforschung* und Soziale Psychiatrie (igsp) der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen sowohl an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend als auch an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags jeweils ein Antrag auf Einrichtung einer Sachverständigenkommission gestellt worden.

In diesem Antrag wird die Einrichtung einer Sachverständigenkommission zur Bewertung der Versorgungssituation von Kindern und Familien mit psychisch kranken Eltern und zur Analyse des bundesrechtlichen Handlungsbedarfs bei der

- Gestaltung und Verstetigung von kooperativen und multiprofessionellen Hilfen,
- Optimierung von Schnittstellen zwischen den Sozialgesetzbüchern,
- Finanzierung von Kooperations- und Netzwerkarbeit vorgeschlagen.

#### **Literatur**

- Beardslee, W. R., Versage, E. M. & Gladstone, T. R. G. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1134-1141.
- Lenz, A. (2010). *Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (i. Dr.). *Kinder psychisch kranker Eltern* (2., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe (erscheint voraussichtlich Juni 2014).
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(23), 413-418. Online verfügbar: <http://www.aerzteblatt.de/pdf/105/23/m413.pdf> [13.05.2014].
- Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorders: Effects on children. *Psychological Medicine*, 14(4), 853-880.
- Scheper, R. (2011). Gute Hilfe braucht Finanzierung. In Aktion Psychisch Kranke, P. Weiß & R. Peukert (Hrsg.), *Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe!* (S. 74-90). Bonn: Aktion Psychisch Kranke. Online verfügbar: <http://www.apk-ev.de/publikationen/Band%2037.pdf> [13.05.2014].

# ExpertInnen der eigenen Erkrankung

Anika Stitz

## »Schizophrenen«

Die Diagnose einer schizophrenen Psychose, häufig bekannt als »Schizophrenie«, löst bei vielen Betroffenen und deren Angehörigen Angst aus. Viele erleben diese Diagnose als ein Urteil über ihre soziale Rolle, ihren Charakter und ihre Zukunft (»Mythos der Unheilbarkeit«; Amering & Schmolke, 2012, S. 164)). Nach der Diagnosestellung kommt es in der persönlichen Lebensplanung der Betroffenen zu einigen Veränderungen. Vorher wirkte ihr Verhalten auf andere vielleicht komisch und nicht immer nachvollziehbar, nun gehört es zu einem Symptomkatalog, der die Überschrift »schizophrene Psychose« trägt.

Die Betroffenen sind einer Reihe von Diffamierungen, Stigmatisierungen und Vorurteilen ausgesetzt, die mit der Realität nur wenig gemein haben. Die Vorurteile reichen vom Verdacht der Gefährlichkeit über einen Intelligenzdefekt bis hin zur Unheilbarkeit. Diese Zuschreibungen sind stark durch Kraepelins defizitorientierte Krankheitsbeschreibung von 1896 und den Verlauf der Psychiatriegeschichte geprägt. Daran konnte die stärker ressourcenorientierte Krankheitsbeschreibung von Bleuler (1911), die detailliertere Symptombeschreibung im ICD-10 (WHO, 2012) und auch die aktualisierte Symptombeschreibung im DSM-5 (APA, 2013) nicht viel ändern. Die Vorurteile sind u. a. einem Informationsmangel über schizophrene Psychosen in der Öffentlichkeit geschuldet. Ungeachtet einiger Publikationen wie der ABC-Studie von Häfner, Maurer und an der Heiden von 2013, die einen Teil der vorherrschenden Vorurteile revidieren, halten sich diese weiterhin in der Öffentlichkeit – trotz einer Vielzahl an Infoveranstaltungen, Fachtagungen, (Fach-)Büchern, Anti-Stigma-Kampagnen, Betroffenennetzwerken, Dokumentations- und Spielfilmen.

Einen weiteren, nicht zu verachtenden Beitrag tragen Sensationsmeldungen über psychisch kranke Menschen in den Medien sowie ein unachtsamer Umgang mit Sprache bei. So wird beispielsweise nicht nachvollziehbares oder undurchschaubares Verhalten im Alltag oftmals als »schizophren« bezeichnet (vgl. Stitz, 2014, S. 117f.).

## Das »Neue« an Recovery und die Hürde der Messbarkeit

Aufgrund seiner Heterogenität gibt es bislang für Recovery bei psychischen Erkrankungen keine einheitliche international anerkannte Definition. Recovery wird im deutschen Sprachraum mit Gesundheit, Genesung oder Wiedererlangung von Gesundheit übersetzt. Gesundheit meint hierbei ein erfülltes, zufriedenstellendes und hoffnungsvolles Leben mit oder trotz einer Erkrankung. Das Recovery-Konzept orientiert sich an dem von Antonovsky (1987/1997) im Rahmen seines Salutogenese-Konzepts beschriebenen multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Er plädierte für die Verwerfung der dichotomen Klassifizierung von Menschen als gesund oder krank. Da jeder Mensch sowohl Anteile des Einen, als auch des Anderen in sich trägt, ist dieser eher als »gesunder Kranker« bzw. »kranker Gesunder« zu sehen. Gesundheit ist folglich kein starrer Zustand, sondern eher etwas, das immer wieder hergestellt werden muss (vgl. Pauls, 2011, S. 103f.).

Das Recovery-Konzept findet seinen Ursprung in der Selbsthilfe- und Betroffenenbewegung. Diese setzte sich vorrangig aus chronisch psychisch kranken Menschen zusammen, die damit einen Weg fanden, trotz einer psychiatrischen Erkrankung und oder persistierender Symptome ein zufriedenes Leben zu führen. Die Recovery-Bewegung ist nicht per se gegen die Institution der Psychiatrie, sondern gegen deren »demoralisierenden Pessimismus« (Mazouz, 2011, S. 52). Zu den zentralen Elementen von Recovery gehören Zuversicht und Hoffnung. Ohne Hoffnung ist eine Genesung nicht denkbar. Amering und Schmolke (2006) betonen daher die drei wesentlichen Standbeine einer Recovery-Förderung in ihrem Slogan »Hoffnung-Macht-Sinn« (2006, S. 20).

Das Recovery-Konzept hat in den letzten Jahren eine rasante Dynamik erfahren. Seine Wiederentdeckung beeinflusste den sich entwickelnden Paradigmenwechsel, der durch Langzeit-Follow-up-Studien und Deinstitutionalisierung geprägt war. Im Zuge der Recovery-Bewegung verschiebt sich der Blick weg vom tradierten klassischen, pathogenetischen Defizitmodell. Dieses reduziert die Betroffenen auf eine Diagnose und fokussiert bei psychiatrischen Interventionen primär die Beseitigung von Symptomen.

Das Recovery-Konzept wechselt die Perspektive in Richtung Empowerment, Resilienz, Selbstbestimmung, Partizipation und Hoffnung. Um sowohl bei gesellschaftlichen, gesundheitspolitischen als auch psychiatrischen Richtlinien Veränderungen bewirken zu können, ist dieser Perspektivwechsel unumgänglich.

## Recovery-Forschung

Das Recovery-Konzept etablierte sich in den frühen 1990er-Jahren in der amerikanischen Fachliteratur. Durch das zunehmende Interesse professioneller Fachkräfte entwickelte sich eine Recovery-Forschung vorrangig mittels qualitativer Interviews mit genesenen Betroffenen. Darüber hinaus orientierte sich die Forschung an Konzepten wie Empowerment, internationalen Langzeitstudien und bestehenden Ideen wie z. B. Anthonys Recoverybeschreibung. Anthony (1993, S. 13) beschreibt Recovery als einen persönlichen, einzigartigen Veränderungsprozess der eigenen Überzeugung, Ziele, Werte, Gefühle, Fertigkeiten und Rollen. Im Zuge dieses Veränderungsprozesses ergeben sich für die Betroffenen neue Möglichkeiten, mit den zum Teil persistierenden Symptomen (»Symptommanagement«; Onken et al., 2007) und Einschränkungen ein befriedigendes und hoffnungsvolles Leben führen zu können.

Im Laufe der Zeit wurden einige Messinstrumente, Skalen und qualitative Fragebögen konzipiert, um bestimmte Aspekte von Recovery messen zu können. Dazu gehören beispielsweise die Recovery Assessment Scale, die Rochester Recovery Inquiry, der Personal Vision of Recovery Questionnaire und der Recovery Attitudes Questionnaire (vgl. Ralph et al., 2000, S. 8-11, S. 29f.).

Trotz der wachsenden Zahl an Publikationen zum Thema Recovery, beispielsweise von Amering und Schmolke (2012), fehlt es bislang noch an qualitativ reliablen Evaluationsforschungen. »One of the major challenges to studying recovery is that the concept of recovery is not well defined, so studies and instrumentations vary widely« (Ralph et al., 2000, S. 1). Die bislang fehlende einheitliche Definition stellt dabei eine Barriere für die Messbarkeit und somit auch Evaluation der Recovery-Faktoren (zu diesen zählen beispielsweise Hoffnung, Empowerment, Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung) dar. Im Vergleich zur Vielzahl an Messinstrumenten, die die Zufriedenheit von Menschen oder Krankheitssymp-

tome einschätzen helfen, ist die Menge der Messinstrumente zur Erfassung von Recovery-Wirkung bislang noch gering: »[They] may measure something about recovery rather than recovery alone or have been used in qualitative studies to define or identify perceptions about recovery« (Ralph et al., 2000, S. 6; Hinz, A. S.). Die noch immer vielfach biologisch ausgerichtete Psychose-Forschung und die Vernachlässigung sozialwissenschaftlicher Fragestellungen im deutschsprachigen Raum könnte hierfür eine Ursache sein. Auch das prozesshafte Konzept von Recovery erschwert die Messung. Für den Recovery-Prozess kann nicht immer ein fester Start- und Endpunkt definiert werden, der Vorher-Nachher-Vergleiche ermöglicht. Es gibt auch keine Richtlinie, wie lange es dauert zu »recover«, da der Kern von Recovery die subjektive Lebensqualität ist. Folglich gibt es bislang auch wenig repräsentative Ergebnisse, die die Wirksamkeit ausgewählter professioneller Interventionen belegen.

### **Die Rolle der ExpertInnen aus Erfahrung**

Die Forderung nach strukturellen Veränderungen und zunehmenden Partizipationsmöglichkeiten der Betroffenen sind identisch mit den Forderungen der Empowerment-Bewegung und bestehen seit den 1990er-Jahren. Zu den zentralen Elementen von Recovery gehört der Einbezug der Betroffenen auf unterschiedlichen Ebenen der psychiatrischen Behandlungsstrukturen. Dazu zählen u. a. Gremienarbeit und Fortbildung im Beschwerdewesen und beim Aufbau von Hilfsangeboten (vgl. Knuf & Bridler, 2008, S. 28f.). Utschakowski (2009, S. 17) betont, dass NutzerInnen zufriedener sind und sich deren Lebensprobleme durch den Einsatz von Peer-Spezialisten reduzieren. Die Partizipation von Betroffenen in Forschungskontexten könnte ebenfalls ausgebaut werden. Für einen interdisziplinären Forschungsansatz könnten sogenannte GenesungsbegleiterInnen (experienced involvement, kurz: EX-IN; vgl. [www.ex-in.info/](http://www.ex-in.info/)) wertvolle Anregungen geben, die Perspektiven und Fragestellungen der Recovery-Forschung erweitern und bislang »blinde Flecken« beleuchten. Durch EX-IN sollen das Verständnis und die Begegnung mit Psychose-Erfahrenen als ExpertInnen gefördert und für die psychiatrische Versorgungslandschaft nutzbar gemacht werden. Dadurch erreichen zunehmend recovery-relevante Themen wie beispielsweise partizipative Behandlungsansätze, Selbstmanagement, Lebensqualität und Zuversicht die psychiatrische und psychosoziale Praxis.

Für das sich kontinuierlich verbreitende Verständnis von Recovery sind die

derzeitigen Entwicklungen in der Zusammenarbeit von Betroffenen, Angehörigen und professionellen MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen essenziell. Die Grundlage für eine recovery-orientierte Praxis bildet daher die Wissenssynthese von Berufs- und gelebter Erfahrung. »Diese Zusammenarbeit sollte der Psychiatrie eine multiperspektivische Evidenzbasis für Richtlinien und Entwicklung liefern« (Mazouz, 2011, S. 23), um in einem weiteren Schritt eine recovery-orientierte Praxis zu fördern.

Die wachsende Bereitschaft und Expertise in der trialogischen Zusammenarbeit ist das Neue an Recovery.

### **Recovery als Grundlage für die Behandlung von schizophrenen Psychosen**

Wie bereits eingangs erwähnt, eröffneten sich durch Bleulers Ausführungen im Jahr 1911 neue Spielräume in der Behandlung von schizophrenen Psychosen. Monokausale Erklärungsansätze wurden zunehmend revidiert, was die Betroffenen und auch deren Angehörige von der latent mitschwingenden Schuldfrage entlastete. Heutzutage bildet die Grundlage der Behandlungsplanung eine multifaktorielle Genese, die sowohl genetische als auch prä- und perinatale Faktoren sowie frühkindliche und psychosoziale Entwicklungsbedingungen mitberücksichtigt. All diese Aspekte finden sich in dem Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Konzept wieder. Dieses integrative Modell zur Konzeptionalisierung der Schizophrenie wurde in den 1980er-Jahren von Ciompi (z. B. 1981) im europäischen Raum verbreitet und von Nuechterlein (z. B. 1987) um »interne und externe protektive Faktoren« (Müller-Hohmann, 2008, S. 16) ergänzt. Das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Konzept wird heutzutage in psychiatrischen und psychosozialen Settings vielfach zur Erklärung der multifaktoriellen psychosozio-biologischen Entstehung der Schizophrenie herangezogen.

Dies ist für die Betroffenen jedoch nicht immer spürbar. In Psychoseseminaren äußern sie, sich auf eine Diagnose reduziert zu fühlen. Diagnosen erleichtern zwar die professionelle Verständigung, bergen jedoch die Gefahr, die Betroffenen zu objektivieren, da sich Diagnosen auf Problembestandteile fokussieren. Aufgrund des facettenreichen Erscheinungsbildes einer schizophrenen Psychose ist es für eine nachhaltige Behandlung essenziell, mit den Betroffenen zusammenzuarbeiten. Auf diese Weise können die subjektiven Deutungen der jeweiligen Erscheinungsform einer schizophrenen Psychose erfasst und dekodiert werden. Eine

Möglichkeit zur individuelleren Behandlung von schizophrenen Psychosen bildet Recovery. Recovery beschreibt einen phasenhaften, nicht linearen Veränderungsprozess von individuellen Überzeugungen, Gefühlen, Rollen, Zielen, Werten und Fertigkeiten. Zwischen den einzelnen Phasen, die von Verzweiflung bis hin zu Wohlbefinden reichen, gibt es auch Zeiten der Stagnation. Durch diesen aktiven Veränderungsprozess können Betroffene die mit einer schizophrenen Psychose einhergehenden negativen persönlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen reduzieren oder gar überwinden. Die Betroffenen integrieren die psychiatrische Erkrankung als einen Lebensaspekt neben vielen anderen in ein holistisches Selbstverständnis. Das Paradoxe an Recovery liegt darin, dass erst die Akzeptanz der eigenen Beschränkungen neue Perspektiven eröffnet. Ziel von Recovery ist demnach nicht, den prämorbidem Zustand wiederherzustellen. Vielmehr geht es darum, innerhalb eines Prozesses das Erlebte zu verstehen und selbst wieder Verantwortung in möglichst allen Lebensbereichen zu übernehmen.

### **Notwendigkeit von Kooperation**

In der Behandlung einer schizophrenen Psychose ist eine Kooperation zwischen den multiprofessionellen Teams, den Betroffenen und deren Angehörigen unerlässlich. Eine rein medikamentöse Behandlung würde zwar einige Symptome dämpfen, jedoch auch viele Chancen ungenutzt lassen. Das partnerInnenschaftliche Aushandeln erfordert jedoch ein verändertes Rollenverständnis und damit auch einen Wandel in den beruflichen Identitäten. Wie bereits oben beschrieben ist eine notwendige Verbesserung innerhalb der psychiatrischen Versorgung hin zu mehr bedürfnisorientierten Angeboten ohne ExpertInnen aus Erfahrung nicht denkbar (vgl. Utschakowski, 2009, S. 16). Nur durch die Anerkennung der KlientInnen als ExpertInnen für ihr Leben können symmetrische Arbeitsbeziehungen konstruiert werden. Hierbei müssen die professionellen Fachkräfte von ihrer ExpertInnenmacht zurücktreten und sich auf einen Interaktionsmodus einer partizipativen und konsensorientierten Aushandlung einlassen.

### **Fazit**

Den prämorbidem Zustand wiederherzustellen, ist nicht das Ziel von Recovery. Vielmehr lernen die Betroffenen innerhalb des Veränderungsprozesses, das Erlebte zu verstehen und wieder Verantwortung für sich und ihr Leben zu übernehmen. Die Klinische Sozialarbeit kann diesen Prozess aufgrund ihrer direkt beratenden, behandelnden und begleitenden

Praxis passgenau begleiten. Die wertschätzende und empathische Grundhaltung Klinischer SozialarbeiterInnen ermöglicht auch in Phasen der Stagnation (während des Recovery-Prozesses) eine hoffungsvermittelnde Zusammenarbeit. Im Rahmen eines dialogisch gestalteten Interaktionsprozesses bietet sie den Betroffenen Orientierungs- und Handlungshilfen an, um diese durch Klärung, Kompetenzförderung, Ressourcenaktivierung, Emotionsbearbeitung und Empowerment auf ihrem individuellen Pfad der Zielerreichung zu unterstützen. Durch die Anwendung des Recovery-Konzepts können Klinische SozialarbeiterInnen das Selbstvertrauen und die Selbstbefähigung der Betroffenen wieder stärken und folglich deren Lebensqualität erhöhen.

#### Literatur

- Amering, M. & Schmolke, M. (2006). Hoffnung – Macht – Sinn. Recovery-Konzepte in der Psychiatrie. *Managed Care*, 3(1), 20-22. Online verfügbar: [http://www.tellmed.ch/include\\_php/previewdoc.php?file\\_id=2153](http://www.tellmed.ch/include_php/previewdoc.php?file_id=2153) [13.05.2014].
- Amering, M. & Schmolke, M. (2012). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit* (5., überarb. Aufl.). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Anthony, W. A. (1993). *Recovery from mental illness.*

- The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Reihe: Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Bd. 36). Tübingen: DGVT (engl. Orig. 1987).
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5*. Washington, DC: APA.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien* (Reihe: Handbuch der Psychiatrie, Bd. 4,1). Leipzig: Deuticke.
- Ciampi, L. (1981). Wie können wir die Schizophrenien besser behandeln? Ein neues Krankheits- und Therapiekonzept. *Nervenarzt*, 52(9), 506-515.
- Häfner, H., Maurer, K. & an der Heiden, W. (2013). ABC Schizophrenia study: an overview of results since 1996. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(7), 1021-1031.
- Knuf, A. & Bridler, S. (2008). Recovery konkret. Wie man Zuversicht im psychiatrischen Alltag vermitteln kann. *Psychosoziale Umschau*, 23(4), 26-29. Online verfügbar: [http://www.beratung-und-fortbildung.de/Recovery\\_konkret.pdf](http://www.beratung-und-fortbildung.de/Recovery_konkret.pdf) [13.05.2014].
- Kraepelin, E. (1896). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (5., vollst. umgearb. Aufl.). Leipzig: Barth.
- Mazouz, S. (2011). *Recovery: Persönliches Wachstum gegen biologischen Determinismus. Das Prinzip Hoffnung findet seinen Weg in die Psychiatrie*. Diplomarbeit. München: GRIN.
- Müller-Hohmann, I. (2008). *Ätiologie: Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Ein integratives Paradigma und seine Relevanz für die klinische Arbeit mit schizophren Erkrankten und ihren Angehörigen*. Unveröffentlichte Studienarbeit. München: Hochschule

- München, Fakultät für Sozialwissenschaften. Online verfügbar: <http://www.fachsymposium-empowerment.de/fileadmin/literatur/vulnerabilitaet/Mueller-Hohmann.pdf> [13.05.2014].
- Nuechterlein, K. H. (1987). Vulnerability models for schizophrenia: state of the art. In H. Häfner, W. F. Gattaz & W. Janzarik (Hrsg.), *Search for the causes of schizophrenia* (S. 297-316). Berlin: Springer.
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O. & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9-22.
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung* (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe; 2., überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Ralph, R. O., Kidder, K. & Phillips, D. (2000). *Can we measure recovery? A compendium of recovery and recovery-related instruments*. Cambridge: Evaluation Center of the Human Services Research Institute. Online verfügbar: [http://www.tecathsri.org/pub\\_pickup/pn/pn-43.pdf](http://www.tecathsri.org/pub_pickup/pn/pn-43.pdf) [13.05.2014].
- Stitz, A. (2014). *Recovery und Klinische Sozialarbeit. Neue Wege zum Umgang mit Schizophrenen Psychosen*. Unveröffentlichte Masterthesis. Berlin: Alice-Salomon-Hochschule und Hochschule Coburg.
- Utschakowski, J. (2009). Peer-Support: Gründe, Wirkungen, Ambitionen. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahren zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 14-21). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- World Health Organization (WHO) (Hrsg.) (2012). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision – ICD-10, Version 2013*. Genf: WHO. Online verfügbar: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-who/> [13.05.2014].

## Rezension

### Sexueller Missbrauch in Familie und Institutionen. Psychodynamik, Intervention und Prävention

Gernot Hahn

Sexueller Missbrauch in Familien und Institutionen ist gesellschaftliche Realität. Er stellt eine besondere Form von Machtmissbrauch an Kindern und Jugendlichen dar und zwar an den Orten, an denen ein besonderes Maß an Schutz und Fürsorge zu erwarten ist. Missbrauch findet nicht im luftleeren Raum statt: die Dynamik innerhalb sozialer Orte, die besondere Situation der Kinder und Jugendlichen, die Strategien des Täterverhaltens und v.a. die Dynamik der Opfer-Täter-Beziehung finden in realen Strukturen statt, in denen Fachkräfte arbeiten. Gelingt es, diese Tatdynamiken wahrzunehmen, sensibel zu sein in Bezug auf mögliche Missbrauchshandlungen, können Straftaten verhindert oder Übergriffe zumindest beendet werden. Die Sensibilisierung von Fachkräften gegenüber dem Phänomen sexueller Missbrauch ist Anliegen des vorliegenden Fachbuches.

Die Autorinnen haben den Band in drei Teile gegliedert. In Kapitel eins (»Zum sexuellen Missbrauch allgemein«) erfolgt eine Annäherung an das Phänomen sexueller Missbrauch durch sprachliche und begriffliche Definitionen. Einem biopsychosozialen Paradigma folgend finden sich Überlegungen zur Dynamik der Missbrauchsbeziehung und -situation, der Situation der Opfer (Bewältigungsmechanismen, Missbrauchsfolgen, Neurobiologie), der Dynamik des Täters (u.a. Motivation, Tätertypen und ausgewählten Täterstra-

tegien), institutionellen Dynamiken im Umgang mit Missbrauchshandlungen, den Rahmenbedingungen zum Umgang mit bekannt gewordenem Missbrauch in Institutionen und ausgewählten Interventionen. Ungewöhnlich und mutig ist das zweite Kapitel »Sexueller Missbrauch in Institutionen anhand von Beispielen aus der Praxis«: Die Autorinnen haben es gewagt, die Ebene des theoretischen Zugangs und der dadurch distanzierten Reflexion zu verlassen. In neun Fallbeispielen aus der eigenen Praxis verdeutlichen Gründer und Stemmer-Lück, wie Missbrauch konkret erfolgt, wie er »funktioniert«, wie er im Verborgenen begangen wird und – möglicherweise – doch wahrnehmbar wird. Das Kapitel beinhaltet Fallvignetten aus den Bereichen Familie, Heim, Kindertagesstätte, Kirche und Behinderteneinrichtungen, wobei auch auf die entsprechenden Interventionsschritte eingegangen wird. In Kapitel drei werden präventive Maßnahmen zur Verhinderung des sexuellen Missbrauchs in Institutionen vorgestellt, wozu die Auswahl und Einstellung von MitarbeiterInnen, die Entwicklung eines Leitlinienkatalogs zur Prävention, Institutions- und Netzungsaspekte, Fortbildungsmöglichkeiten für Fachkräfte und Präventionsprogramme für Kinder, Jugendliche und Eltern gehören.

Den Autorinnen gelingt es, die schwierige Thematik des sexuellen Missbrauchs von Kindern und Jugendlichen in Familie und Institutionen sachlich, theoretisch grundlegend fundiert, unaufgeregt und dabei nahe am konkreten Thema zu bearbeiten. Die theoretischen Überlegungen basieren auf einem psychoanalytisch-psychodynamischen Zu-

gang. Dadurch gelingt es darzustellen, »wie Missbrauch funktioniert«, was das Hauptanliegen des empfehlenswerten und sehr notwendigen Buches ist. Die Autorinnen zeigen auf, dass die Institutionsdynamik im direkten Verhältnis zur Täter-Opfer-Dynamik steht, dass es Straftaten begünstigende und präventiv-verhindernde institutionelle Merkmale gibt, die gestaltet werden können, die gestaltet werden müssen. Auf einen möglichen Nebeneffekt der – sicher notwendigen – umfassenden Sensibilisierung von Institutionen und Fachkräften wird leider nicht eingegangen: Der Bezug auf Täterstrukturen in Institutionen kann zu einer Eigendynamik institutionellen Lebens führen, wenn zu sehr auf Risiken und Tataspekte fokussiert wird, z.B. im Rahmen von Personalauswahl oder Falleinschätzung. Andererseits sollten Fachteams kontinuierlich mit dem Thema arbeiten und fachlich fundiert intervenieren können. Diese Interventionen bedeuten eben nicht nur, auf Verdachtsfälle angemessen reagieren zu können, sondern präventiv Strukturen zu schaffen, die geeignet sind, Missbrauch (smöglichst) einzuschränken. Das Buch vermittelt das für das Verstehen von Missbrauch notwendige Wissen und sollte in möglichst vielen sozialen, pädagogischen und kirchlichen Einrichtungen eine intensive und kritische Rezeption erfahren.

*Gründer, Mechthild & Stemmer-Lück, Magdalena (2013). Sexueller Missbrauch in Familie und Institutionen. Psychodynamik, Intervention und Prävention. Stuttgart: Kohlhammer. 187 Seiten. ISBN 978-3-17-021985-4. 26,90 EUR*