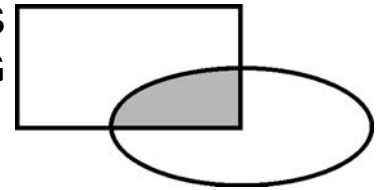


# KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS  
UND FORSCHUNG



12. Jg. ■ Heft 2 ■ April 2016

## Inhalt

### Themenschwerpunkt: Health Literacy – die Förderung von Gesundheit in der Lebensphase Jugend

- 3** Editorial
- 4** *Janine Bröder, Orkan Okan, Paulo Pinheiro und Ullrich Bauer*  
Health Literacy im Jugendalter – relevant für die Soziale Arbeit?
- 7** *Orkan Okan, Janine Bröder, Paulo Pinheiro und Ullrich Bauer*  
Gesundes Aufwachsen und Health Literacy: Ressourcen und Risikopotenziale beim Bewältigen von Entwicklungsaufgaben
- 11** *Magdalena König-Waldek*  
Sexuelle Entwicklung Jugendlicher im Kontext der stationären Erziehungshilfe
- 13** *Katarina Prchal, Martina Block und Karlheinz Ortman*  
Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung in Berlin
- 15** *Rezensionen von Rolf Göppel und Maike Beine*
- 16** *Tagungsbericht von Ute Antonia Lammel*
- 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

**Ullrich Bauer.** Prof. Dr., Professor für Sozialisationsforschung an der Universität Bielefeld, Leiter des Zentrums für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter (ZPI) und Koordinator des Health Literacy im Kindes- und Jugendalter (HLCA) Forschungsverbundes. *Kontakt: ullrich.bauer@uni-bielefeld.de*

**Maïke Beine.** B.A. Bildung und Erziehung im Kindesalter, Marte Meo Therapeutin, Masterstudentin an der Katholischen Hochschule NRW, Abt. Paderborn. *Kontakt: MaïkeBeine@web.de*

**Martina Block.** Dipl.-Psych., MPH, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Soziale Gesundheit der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin. *Kontakt: martina.block@khsb-berlin.de*

**Janine Bröder.** M.Sc. European Public Health, wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am ZPI in Bielefeld. *Kontakt: janine.broeder@uni-bielefeld.de*

**Rolf Göppel.** Prof. Dr., Professor für Allgemeine Pädagogik, Pädagogische Hochschule Heidelberg. *Kontakt: goeppel@ph-heidelberg.de*

**Magdalena König-Waldek.** M.A. Soziale Arbeit, B.A. Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Katholischen Hochschule NRW. *Kontakt: m.koenig-waldek@katho-nrw.de*

**Ute Antonia Lammel.** Prof. Dr. phil., Dipl.-Sozialarbeiterin, Soziotherapeutin (FPI-EAG), Professorin für Theorien und Konzepte der Sozialen Arbeit an der Katho NRW. *Kontakt: ua.lammel@katho-nrw.de*

**Orkan Okan.** Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand am Zentrum für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter (ZPI), Universität Bielefeld. *Kontakt: orkan.okan@uni-bielefeld.de*

**Karlheinz Ortman.** Prof. Dr., Professor für gesundheitsorientierte Soziale Arbeit an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin. *Kontakt: karlheinz.ortman@khsb-berlin.de*

**Paulo Pinheiro.** Dr., wissenschaftlicher Mitarbeiter am ZPI Bielefeld, stellvertretender Koordinator des HLCA Forschungsverbundes. *Kontakt: paulo.pinheiro@uni-bielefeld.de*

**Katarina Prchal.** Dipl. Rehabilitationspädagogin, MA Klinische Sozialarbeit, wissenschaftliche Mitarbeiterin am ISG an der Katholischen Hochschule Berlin. *Kontakt: katarina.prchal@khsb-berlin.de*

**Anna Lena Rademaker.** M.A. Soziale Arbeit, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Katholischen Hochschule NRW, Fachbereich Sozialwesen, Abteilung Paderborn. *Kontakt: al.rademaker@katho-nrw.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. Helmut Pauls**  
Hochschule Coburg

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

**Prof. Dr. Günter Zurhorst**  
Hochschule Mittweida

## Impressum

### Herausgeber

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (v. i. S. d. P.), Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA), Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) und European Centre for Clinical Social Work e. V. (ECCSW)

### Redaktionsteam

Karlheinz Ortman (Leitung)  
Gerhard Klug, Ute Antonia Lammel, Ingo Müller-Baron, Anna Lena Rademaker, Dieter Röh

### Anzeigenakquise

Ingo Müller-Baron  
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, ingo.mueller-baron@dvsg.org

### Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«  
c/o Prof. Dr. Karlheinz Ortman  
Katholische Hochschule für Sozialwesen  
Köpenicker Allee 39-57  
10318 Berlin  
Tel. 030 50 10 10-84  
karlheinz.ortman@khsb-berlin.de

### Schlussredaktion & Gestaltung

Ilona Oestreich

### Druck

Bachmann & Weiss Offsetdruck GmbH, Karlsruhe

### 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 folgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

## 29./30.04.2016: Jahrestagung der DGSA

Die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) findet an der Hochschule Düsseldorf statt zum Thema »Inklusion ist ...« – Perspektiven und Positionen der Sozialen Arbeit«. Die DGSA nimmt mit diesem Thema die aktuell sehr vielschichtig und vielstimmig geführte (fach)öffentliche und politische Diskussion um die Gestaltung von Inklusions-

verhältnissen auf und bietet auf der Jahrestagung die Möglichkeit, den vielfältigen und schillernden Inklusionsbegriff in seiner Bedeutung und Reichweite zu diskutieren und evtl. zu mehr Klarheit zu gelangen.

### Information & Anmeldung:

[dgsainfo.de/veranstaltungen/tagungen.html](http://dgsainfo.de/veranstaltungen/tagungen.html)

## ECCSW-Förderpreis »Klinische Sozialarbeit«

Das European Centre For Clinical Social Work (ECCSW) verleiht 2016 mit einer Preissumme von 1000 EUR erneut den Förderpreis für herausragende wissenschaftliche Beiträge im Bereich der Klinischen Sozialarbeit. Der Förderpreis zielt vor-

nehmlich auf die in Masterstudiengängen der Klinischen Sozialarbeit erstellten Qualifikationsarbeiten ab (Masterthesis).

### Information & Anmeldung: [www.eccsw.eu](http://www.eccsw.eu)

## Master mit Schwerpunkt Soziale Arbeit und Gesundheit

Die Katho NRW bietet Masterstudiengänge mit Schwerpunkt Soziale Arbeit und Gesundheit an. Mit Blick auf die zunehmende Notwendigkeit, in Feldern Sozialer Arbeit mit chronischen Notlagen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen umzugehen, richtet sich der Master »Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit« (in Aachen) an Studierende, die in der psychosozialen Beratung, Behandlung und Gesundheitsförderung im Sozial- und Gesundheitswesen tätig werden wollen, z.B. in Einrichtungen der Psychiatrie, Sucht-, Kinder-, Jugend- und Familienhilfe. Der Master »Gesundheitsfördernde Soziale Ar-

beit« (in Paderborn) verknüpft insbesondere gesundheitsfördernde, präventive, beratende und behandelnde Methoden miteinander und bewegt sich in den Feldern psychosozialer Problemlagen und Krisen, der Rehabilitation (chronisch) Kranker, der Behinderten- und Altenarbeit sowie der Familien-, Kinder- und Jugendhilfe. Die Master an der Katho vermitteln fundierte Kenntnisse über wissenschaftliche Grundlagen, praktische Handlungskonzepte und sind forschungs- und entwicklungsorientiert ausgelegt.

### Information: [www.katho-nrw.de](http://www.katho-nrw.de)

## Umfrage: Sozialarbeit in somatischen Krankenhäusern

In einer Masterarbeit an der Katho in Paderborn wurde ein Fragebogen für SozialarbeiterInnen in somatischen Krankenhäusern entwickelt, um die klinikinterne Kooperation mit Gesundheits-/KrankenpflegerInnen und ÄrztInnen zu erforschen. Unter dem folgenden Link

können Sie sich an der Umfrage beteiligen:  
[www.forschungsschwerpunkt.de](http://www.forschungsschwerpunkt.de)

**Kontakt & Information:** *Miriam Biedron, Masterstudentin (miriambiedron@gmail.com)*

## Stephan Dettmers ist neuer DVSG-Vorsitzender

In der konstituierenden Sitzung des neuen DVSG-Vorstandes im Dezember 2015 wurden Stephan Dettmers als 1. Vorsitzender und Ulrike Kramer als 2. Vorsitzende der DVSG gewählt. Prof. Dr. Stephan Dettmers ist Diplom-Sozialarbeiter und -Sozialpädagoge und war langjähriger Leiter des Sozialdienstes der Universitätsklinik Kiel. Nach dem Masterstudi-

um der Klinischen Sozialarbeit und der Promotion ist er Professor für Sozialmedizin und Klinische Sozialarbeit und lehrt am Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit der Fachhochschule Kiel. Er war bereits 2007-2011 Mitglied des DVSG-Bundesvorstandes. Seit 2012 engagiert er sich als Forschungsbeauftragter der DVSG.

**H**ealth Literacy in der Jugendphase – mit diesem Schwerpunkt möchten wir uns in der vorliegenden Ausgabe einerseits der lebensphasenspezifischen Förderung von Gesundheit in der Jugend und darüber hinaus einem mittlerweile auch in Deutschland auf dem Vormarsch befindlichen konzeptionellen Gedanken der Gesundheitsförderung stellen, der »mehr« verspricht. Denn, wie von seinen VertreterInnen hervorgehoben wird, die Förderung von Health Literacy soll mehr als nur die Förderung von Gesundheitskompetenz sein.

Eine Förderung von Health Literacy scheint über übliche, zumeist risikoorientierte Programme der Gesundheitsförderung und Prävention hinauszugehen. Gesundheitsförderung und Prävention bleiben damit weniger in lastender Verantwortung Einzelner, sondern lehnen sich wieder enger an das gesundheitsförderliche Anliegen der Ottawa-Charta (WHO, 1986) an – und damit an die gesundheitliche Chancengerechtigkeit insbesondere durch Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, mit dem Ziel der stärkeren Ausrichtung an einer gesundheitsbezogenen Befähigungsgerechtigkeit, die Heranwachsenden die Entfaltung ihres eigenen Gesundheitspotenzials ermöglicht. Mit Blick auf die Empfehlungen des 13. Kinder- und Jugendberichts (BT-Drs. 16/12860, 2009) verstehen wir es als Aufgabe einer gesundheitsbezogenen, speziell Klinischen Sozialen Arbeit, verhaltensorientierte Interventionen mit reglementierendem Blick auf den »riskanten Lebensstil einzelner Jugendlicher« zu kritisieren und öffentlichkeitswirksam zu thematisieren. Mit dem Health-Literacy-Ansatz scheint hierzu eine Chance gefunden, gesundheits-, erziehungs- und bildungswissenschaftliche Erkenntnisse fruchtbar für die Soziale Arbeit aus-, mit- und weiterzugestalten.

Die Herangehensweise an die Thematik der Health Literacy, wie sie in dieser Ausgabe dargelegt ist, stellte für uns als Redaktionsteam eine besondere Herausforderung dar, die wir auch teils kontrovers diskutierten, ebenso wie die Frage nach dem »Klinischen« im Diskurs um Health Literacy. Wir haben uns schlussendlich dafür entschieden, in dieser Ausgabe über die Förderung von Health Literacy in der Jugendphase an Kernkompetenzen Sozialer Arbeit anzuknüpfen, an ihrem AdressatInnen- und Lebensweltbezug.

**M**it Blick auf die Lebensphase Jugend skizzieren *Janine Bröder, Orkan Okan, Paulo Pinheiro* und *Ullrich Bauer* die aktuelle Evidenzlage und konzeptuelle Ausarbeitung von Health Literacy im Jugendalter. Diese folgt, so die AutorInnen, zuweilen noch stark einer an Versorgungssettings angelehnten Interpretation mit Fokus auf die individuellen Kompetenzen im Umgang mit eher krankheits- als gesundheitsbezogenen Informationen. Herausforderungen für die Anwendbarkeit des Konzepts auf das Jugendalter sehen sie vorrangig in Hinblick auf zielgruppenspezifische Voraussetzungen und Bedarfe sowie auf die individuellen Möglichkeiten, Health-Literacy-Fähigkeiten in in Bezug auf Lebens- und Umweltbedingungen zu erwerben und anzuwenden.

Anschließend arbeiten *Orkan Okan, Janine Bröder, Paulo Pinheiro* und *Ullrich Bauer* vor dem Hintergrund des Health-Literacy-Konzepts Akzente der Ressourcenorientierung in der Adoleszenz heraus. Sie halten die Möglichkeit, Health Literacy und Entwicklungsaufgaben aufeinander zu beziehen, für plausibel und weiterführend in der künftigen Diskussion um Gesundheitsförderung und Prävention im Jugendalter.

In der Folge richtet sich der Fokus auf zwei exemplarische Handlungsfelder der Förderung von Health Literacy junger Menschen. *Magdalena König-Waldek* beleuchtet Jugendsexualität in der stationären Jugendhilfe mit der zentralen These, es gebe keine Jugendsexualität mehr, sondern stattdessen würden – insbesondere aufgrund hoher Medienpräsenz – diverse »sexuelle Skripte« die Jugendlichen vor enorme Herausforderungen beim Finden einer eigenen sexuellen Identität stellen. Die Autorin wirft einen theoretischen Blick auf die institutionellen Rahmenbedingungen sexueller Sozialisation und konstatiert, eine gelungene sexuelle Sozialisation sei als wesentlicher Faktor gesunder Entwicklung und damit Aufgabe von Gesundheitsförderung in der stationären Kinder- und Jugendhilfe zu betrachten.

*Katarina Prchal, Martina Block* und *Karlheinz Ortmann* nehmen daraufhin die Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in den Blick, die in Deutschland, so die AutorInnen, durch das problematische Nebeneinander zweier zuständiger Sozialgesetzbücher beeinträchtigt sei. Ein Teilhabe-Auto-

nomie-Paradigma sei in der Praxis der Eingliederungshilfe noch immer nicht in einem zufriedenstellenden Umfang angekommen und erfordere einerseits, die Teilhabemöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen individuell und passgenau zu fördern, andererseits Organisationen und die Strukturen der Versorgung und Unterstützung stärker in den Blick zu nehmen sowie daran mitzuwirken, dass Leistungen möglichst »barrierefrei« zugänglich werden. Eine Förderung von Health Literacy in der Lebensphase Jugend sollte sich eng an der individuellen Lebenslage, dem Lebensstil und der Lebenswelt junger Menschen orientieren. Ein Verständnis über die je individuelle Sicht auf die eigene Gesundheit und Gesunderhaltung kann dazu beitragen, Heranwachsende als eigenwillige Subjekte in ihrer Lebenswelt wahr- und ernstzunehmen und sie davon ausgehend zu befähigen, die notwendigen Ressourcen zu erlangen, um kompetent und eigenmächtig auf ihre Gesundheit Einfluss nehmen zu können. Vorausgesetzt werden hierfür ein Verständnis für die Bedürfnisse von Jugendlichen, insbesondere vor dem Hintergrund ihrer spezifischen Bewältigungsanforderungen, und eine kritische Analyse von strukturellen Grenzen und Möglichkeiten der Herausbildung von Health-Literacy-Kompetenzen in der je individuellen Lebenswelt und Lebensphase.

Am Schluss der vorliegenden Ausgabe wird in den Rezensionen u. a. ein Blick auf den Zusammenhang von jugendtypischen Entwicklungsaufgaben und der Gesundheit in der Lebensphase Jugend geworfen, den Gudrun Quenzel umfangreich in ihrer 2015 erschienenen und hier besprochenen Monografie erarbeitet hat.

Für die Redaktion  
Anna Lena Rademaker

#### 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> [04.02.2016].
- 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) [04.02.2016].

# Health Literacy im Jugendalter – relevant für die Soziale Arbeit?

Janine Bröder, Orkan Okan, Paulo Pinheiro, Ullrich Bauer

## Health Literacy – ein multidimensionales Konzept

Für Health Literacy (HL) gibt es derzeit keinen einheitlichen Verständnisrahmen. Vielmehr verdeutlicht die Literatur eine Variabilität von unterschiedlichen Konstruktionen des Gegenstandes (Sørensen et al., 2012). Hierbei wird HL einerseits als gesundheitsbezogene (funktionale) Lese-Rechtschreib-Kompetenz verstanden, als die Fähigkeit, auf der Grundlage von Informationen gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen, andererseits als gesundheitsbezogene Handlungsfähigkeit im Lebensalltag (Nutbeam, 2008). Unterschiede im Verständnis sind maßgeblich vom jeweiligen Setting abhängig, z.B. werden im medizinischen Versorgungssystem eher funktionale Fähigkeiten verlangt, und der Fokus auf den Lebensalltag unterstreicht eher Life-Skills, Capabilities und Empowerment, um informierte Handlungsfähigkeit zu erreichen (Kickbusch, 2001). Der Versuch einer Synthese der unterschiedlichen Grundannahmen durch den Europäischen HL-Forschungsverbund (HLS-EU) führte zu einer integrativen Definition: HL umfasst demnach – als eine Begriffsklammer – das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, die erforderlich sind, um gesundheitsrelevante Informationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um die persönliche Lebensqualität im Lebensverlauf erhalten oder verbessern zu können (Sørensen et al., 2012). HL hat sich in den letzten Jahren im wissenschaftlichen und politischen Diskurs sowie in der medizinischen und bildungsbezogenen Praxis als Bedingungsfaktor für Gesundheit etabliert (z.B. Pakkaari & Pakkaari, 2012; Heijmans et al., 2015). Für das Berufsfeld der Sozialen Arbeit finden sich erste Bezüge vor allem aus den USA (Mendenhall & Frauenholtz, 2013; Singleton, 2003), jedoch sind die theoretische Ausarbeitung und der praktische Umgang bisher kaum evaluiert (vgl. Liechty, 2010). Vor dem Hintergrund, dass sowohl die Erhaltung als auch die Förderung der Gesundheit und somit die individuelle Partizipations- und Handlungsfähigkeit Kernbereiche der Sozialen Arbeit darstellen (Homfeldt, 2014), lohnt

der Blick auf HL im Zusammenhang mit den Zielsetzungen der Sozialen Arbeit.

## Health Literacy im Jugendalter

Obwohl Kinder und Jugendliche erst in den 1990er-Jahren als Zielgruppe schulischer Gesundheitserziehung ins Blickfeld für die HL-Förderung rückten (vgl. Paakkari & Paakkari, 2012), tauchen sie bislang als Zielgruppe in HL-Diskursen nur sporadisch auf. Frühe theoretische Ausarbeitungen heben die besondere Relevanz des Bildungs- und Erziehungssektors für die Entwicklung und Förderung von HL hervor (z.B. Nutbeam, 2008). Eine nachhaltige Implementierung des Konzepts beschränkt sich jedoch bisher auf wenige Schulsysteme, in denen Gesundheitserziehung – anders als in Deutschland – fest im Curriculum verankert ist. Innerhalb des in Deutschland geführten, durch die Gesundheitsversorgungsforschung dominierten Health-Literacy-Diskurses fanden Jugendliche demnach kaum Berücksichtigung. Jedoch wirken sich gerade die in dieser Lebensphase gefestigten Lebensweisen oft langfristig auf die individuelle Gesundheit und das eigene Wohlbefinden aus und scheinen zugleich zu einem späteren Zeitpunkt schwerer veränderbar zu sein (Richter et al., 2009). Daher ist es relevant, Jugendliche als zentrale Zielgruppe von HL zu adressieren und ihre HL-Fähigkeiten von Kindesbeinen an zu fördern.

Eine zuverlässige Befundlage zur gesundheitlichen Bedeutung und zur Ätiologie von HL im Jugendalter fehlt bisher jedoch noch (Okan et al., 2015). Allerdings lassen sich analog zur Befundlage bei Erwachsenen Rückschlüsse auf die Bedeutung von HL im Jugendalter ziehen, die von Studien teilweise bestätigt werden konnten. So bezeichnet eine Studie zu Media-HL von Levin-Zamir, Lemish und Gofin (2011) HL als Determinante von Gesundheitsverhalten bei Jugendlichen. Hinweise auf eine große Bedarfslage ergeben sich zudem aus einer auf der HLS-EU-Studie basierenden, repräsentativen Erhebung in Österreich: Bei 58% der befragten 15-Jährigen wurde von „eingeschränkter“ HL berichtet. Das heißt, die Befragten gaben an, es als (sehr) schwierig zu empfinden, relevante Informationen z.B. über Krankheitssym-

ptome, Vorsorgeuntersuchungen oder Gesundheitsförderung zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und basierend darauf Entscheidungen zu treffen (Röthlin et al., 2013). In anderen Studien war eine gering ausgebildete HL beispielsweise assoziiert mit gesundheitsschädigendem Risikoverhalten oder einem höheren Body-Mass-Index (vgl. Okan et al., 2015). Die Studienergebnisse sind bisher als „Schlaglichter“ zu bewerten, die zwar auf die Bedeutung von HL für diese Zielgruppe hinweisen, jedoch noch nicht für eine hinreichende Festlegung dieser ausreichen.

Erschwerend kommt hinzu, dass HL für Jugendliche bislang sehr unterschiedlich konzipiert wird und sich Bedeutungsrahmen je nach Studienhintergrund signifikant unterscheiden. So zeigt der Blick in die Literatur, dass HL bei Jugendlichen, ähnlich wie bei Erwachsenen, als eine Kombination aus individuelle Attributen – z.B. wissens- und handlungsbezogenen Fähigkeiten – konzipiert wird. Diese werden benötigt, um gesundheitsbezogene Anforderungen im Zusammenhang mit dem Suchen, Bearbeiten und Beurteilen von Gesundheitsinformationen zu erfüllen (z.B. Paakkari & Paakkari, 2012). Jugendliche sollen durch HL befähigt werden, sich einerseits im Gesundheitssystem zurechtzufinden und gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen und andererseits sehr unspezifisch ihre biopsychosoziale Gesundheit zu fördern. Innerhalb dieser starken Verhaltens- oder Subjektzentrierung werden kontextuelle und kompositorische Faktoren der Lebensbedingungen Jugendlicher zwar als wichtige Wirkungsparameter erwähnt, eine konzeptionelle Umsetzung für die Zielgruppe findet jedoch nur bedingt statt.

Der Zuschnitt auf die Zielgruppe erfolgt in der Literatur fast ausschließlich durch die Berücksichtigung von kognitiven Entwicklungsphasen, hinterlässt jedoch Leerstellen bezüglich altersspezifischer Gesundheitsperspektiven, Krankheitsprofile und Abhängigkeitsverhältnisse (Rothman et al., 2009). Zusammenfassend kann postuliert werden, dass bisher vorwiegend für das Erwachsenenalter verfügbare Konzeptualisierungen von HL auf die Zielgruppe angewendet werden, ohne deren Passung für die in der Lebensphase Jugend vorherrschenden Bedürfnisse und Herausforderungen in Betracht zu ziehen.

## Herausforderungen eines Health-Literacy-Konzepts für das Jugendalter

Die Betrachtung des aktuellen Forschungsstands zu HL im Jugendalter ergibt einerseits eine deutliche Bedarfslage für die Zielgruppe, stellt andererseits jedoch die Frage, inwieweit eine Passung zwischen vorhandenen Konzepten und praktischer Umsetzung besteht. Als erster Schritt scheinen daher eine perspektivisch-öffnende und disziplinübergreifende Entwicklung und Adaptation sowie eine kritische Überprüfung vorherrschender Interpretationen in Hinblick auf zielgruppenspezifische HL-Bedarfslagen notwendig. Leitend können dabei Fragen sein wie: »Wann ist ein Jugendlicher health literate?«, »Wie und in welchen Situationen wird HL im Lebensalltag praktiziert?«, »Ab wann und wie entwickelt sich HL im Lebenslauf?«, und »Durch welche Faktoren und Sozialisationsinstanzen wird HL beeinflusst und welche Bedeutung nimmt sie letztendlich für die Gesundheit der Zielgruppe ein?«. Für eine erste Annäherung an die Zielgruppe greift dieser Beitrag exemplarisch fünf Dimensionen auf, welche Alleinstellungsmerkmale der frühen Lebensphase gegenüber dem Erwachsenenalter darstellen und bei der Adaptation des HL-Konzepts für die Zielgruppe Beachtung finden sollten (vgl. Tab. 1). Diese Dimensionen (im Englischen alle beginnend mit D: disease epidemiology, demographic patterns, development dependency und democracy) sind als Denkanstöße zu sehen, mit dem Ziel, den Bezugsrahmen von HL zu erweitern.

Die fünf Dimensionen beschreiben spezifische HL-Bedarfe der Zielgruppe hinsichtlich ihrer Gesundheitssituation, ihrer sozialen Lebenslagen, ihrer Entwicklung im Sozialisationsverlauf und ihrer Partizipationsmöglichkeiten in Entscheidungsprozessen. So weisen Jugendliche bspw. aufgrund ihrer alterstypischen

Krankheitsprofile eine besondere Vulnerabilität gegenüber gesundheitlichen Risikofaktoren auf. Zudem gilt es, entscheidende Entwicklungs- und Reifeprozesse und die damit einhergehenden gesundheitlichen Herausforderungen im Jugendalter zu berücksichtigen (vgl. Okan et al., in diesem Heft): Mit fortschreitender Entwicklung emanzipieren sich Jugendliche von der Abhängigkeit ihrer Eltern. Heranwachsende werden folglich zunehmend zu aktiveren und handlungsfähigeren MitgestalterInnen ihrer sozialen, emotionalen und gesundheitsbezogenen Realität. Die Berücksichtigung von Entwicklungs- und Partizipationsmöglichkeiten gestattet eine am Empowerment-Konzept orientierte Sichtweise auf Jugend für die paradigmatische Ausrichtung von HL. Dementsprechend soll der Erwerb von HL Jugendliche befähigen, Informationsquellen und -inhalte zu reflektieren, auf ihre Gültigkeit und Zuverlässigkeit zu überprüfen und diese in Bezug zu ihrer persönlichen Lebenslage setzen zu können sowie dementsprechend zu handeln.

Was ist aber ein reflektierter Umgang vor dem Hintergrund unterschiedlicher sozialer und lebensweltlicher Bezugssysteme? Diese Frage, die das Verhältnis zwischen normativen Erwartungen und differenzierten Lebenswelten beinhaltet, bleibt unbeantwortet. Es scheint demnach klar, wie sich Jugendliche entlang einer Gesundheitsnorm verhalten sollten, offen bleibt aber, wie mit Ungleichheiten umgegangen werden soll, ohne Differenzen abzuwerten und Normabweichungen zu stigmatisieren (zur Blaming-the-Victim-Problematik vgl. Bauer & Bittlingmayer, 2012). Diese Frage, die zweifellos auch auf eine Kernproblematik der Sozialen Arbeit hinweist (zum doppelten Mandat vgl. Hafen, 2008), ist bisher noch unangetastet. Aufgrund der besonderen Vulnerabilität von Jugendlichen in prekären Lebenslagen darf die Auseinandersetzung mit HL nicht nur das

Individuum in den Blick nehmen, sondern muss ebenfalls die Wechselwirkungen von sozialen Lebenslagen mit daraus resultierenden Möglichkeiten oder Beschränkungen – wie z. B. Zugangsbarrieren, ökonomisches Kapital, Ressourcen, Sprache – im gesunden Aufwachsen berücksichtigen. Insbesondere die schwere Erreichbarkeit von benachteiligten Gruppen stellt eine Herausforderung für zukünftige HL-Interventionen dar (Okan et al., i. E.).

## Bedeutung und Schnittstellen für die Soziale Arbeit

Obwohl HL von der Sozialen Arbeit in Deutschland bisher weitgehend unbeachtet geblieben ist, ergibt sich die Anschlussfähigkeit aus den zahlreichen Überschneidungen, wie beispielhaft an einigen Aspekten aufgezeigt werden soll.

**Zugang zur Zielgruppe und Identifizierung von Health-Literacy-Bedarfen.** In der Sozialen Arbeit ist HL bereits Gegenstand vieler Alltagspraktiken, obwohl es als Terminologie bislang nicht systematisch in die Praxis implementiert und übersetzt wurde. Laut Singleton (2003) tragen bereits viele Projekte in der Sozialen Arbeit direkt oder indirekt zur Stärkung der HL einzelner Personen oder auf Gemeindeebene bei: Die sozialen Dienste, insbesondere die Kinder- und Jugendhilfe und die Behinderten- und Gesundheitshilfe erreichen oft schwer zugängliche Jugendliche und können dazu beitragen, im täglichen Miteinander HL-Bedarfe gezielt zu identifizieren und gesundheitsbezogene Fähigkeiten zielgruppenorientiert zu fördern und zu erhalten. So scheint z. B. die Bedarfslage für HL bei Jugendlichen mit niedrigerem sozioökonomischen Status am größten (Röthlin et al., 2014). SozialarbeiterInnen haben weitreichende Erfahrungen und Kenntnisse mit Jugendlichen aus prekären Lebensverhältnissen, für die sich auf-

**Tabelle 1: Dimensionen des Health-Literacy-5-D-Modells**

»5 D«-Dimension	Beschreibung	Implikationen für Health Literacy
<b>Disease Epidemiology (Krankheitspanorama)</b>	Altersspezifisches Krankheitspanorama und Vulnerabilitätsprofil von Jugendlichen	Krankheitsbezogene sowie grundlegende Health-Literacy-Fähigkeiten, die zur Förderung der eigenen Gesundheit eingesetzt werden können
<b>Demographic Patterns (Demografische Muster)</b>	Einfluss von sozialen Lebenslagen und Ungleichheiten auf die Gesundheit von Jugendlichen	Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen sozialen Lebenslagen und daraus resultierenden Ungleichheiten für die gesundheitsbezogene Handlungsfähigkeit; Entgegenwirken durch gezielte individuelle und umfeldbezogene Health-Literacy-Förderung
<b>Developmental Change (Entwicklungsperspektive)</b>	Jugendliche durchlaufen essenzielle körperliche, kognitive und sozial-emotionale Entwicklungsphasen; der Reifeprozess ist idealtypisch durch die Zunahme von Selbstständigkeit gekennzeichnet	Aufbau eigener Health-Literacy-Fähigkeiten; Bedeutung einer früh ansetzenden Förderung
<b>Dependency (Abhängigkeitsperspektive)</b>	Abhängigkeit von elterlichen Ressourcen, intergenerationalen Beziehungen und Machtdynamiken	Jugendliche als eigene soziale und handlungsfähige Gruppe; Autonomie, Selbstbestimmung, Empowerment und gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit als Ziel von Health Literacy
<b>Democracy (gleichberechtigte Partizipation)</b>	Partizipation in der Gesundheitsförderung, geleitet durch demokratisch-orientierten Umgang und Miteinander im Alltag; individuell konstruierte Bedeutung von Gesundheit und Health Literacy	Stärkung der Partizipation an eigenen Health-Literacy- und Gesundheitsprozessen

Quelle: Okan und KollegInnen (i.E.), adaptiert von Rothman und KollegInnen (2009)

grund ihrer Lebenslage höhere Bedarflagen ergeben. Hierbei kann es z.B. nützlich sein, herauszufinden, wie und/oder wo Jugendliche im Alltag Gesundheitsinformationen suchen und finden, welche weiteren Quellen oder Personen sie konsultieren und wie sie deren Gültigkeit überprüfen (Mendenhall & Frauenholtz, 2013).

**Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit von Jugendlichen als überschneidende Zielsetzungen.** SozialarbeiterInnen unterstützen Jugendliche bereits im Zugewinn von Selbstbestimmung und dem Ausbau von gesundheitsbezogener Handlungsfähigkeit (Mendenhall & Frauenholtz, 2013). Hierbei sollten Jugendliche nicht primär als EmpfängerInnen und UmsetzerInnen normativer Gesundheitsinformationen gesehen werden, wie oft in einer an das Versorgungsetting angelehnten HL-Auffassung argumentiert wird. Vielmehr gilt es, die Komplexität und Subjektivität von psychosozialer Gesundheit und Wohlbefinden anzuerkennen. Gleichzeitig münden subjektive Konstruktionen auch in eine individuell differenzierte Interpretation von gesundheitsbezogenen Informationen und in deren damit verbundene Bedeutungszuweisung für die Handlungsebene und Umsetzung. Daher muss an dieser Stelle für eine breitere konzeptionelle Ausrichtung plädiert und zugleich betont werden, Jugendliche als aktive ProtagonistInnen ihrer Lebenswelten zu begreifen. So könnten SozialarbeiterInnen Jugendliche anleitend im Zugang zu und im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen unterstützen und somit ihre Selbstbestimmung fördern, indem sie Anreize setzen und Hilfestellungen anbieten. Hierbei würden sie eher – wie für Health Literacy im Jugendalter vorgeschlagen (vgl. Okan et al., i. E.) – die Rolle von »Coaches« einnehmen, die Heranwachsende als selbstständige Lernende in diesem Prozess unterstützen und fördern, ohne normative Zielvorgaben auszugeben.

**Berücksichtigung von differenzierten Lebenswelten und Abbau von gesellschaftlichen Benachteiligungen.** Werden Jugendliche als Zielgruppe von HL adressiert, so gilt es, die Bedingungen im jeweiligen sozialen Kontext und innerhalb der gegebenen gesellschaftlichen Struktur zu fördern. In der Perspektive auf bisher dominierende Ansätze fällt die starke Subjektzentrierung vieler Ansätze der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter auf, während Strukturorientierung noch im Hintergrund steht. In einer solchen Perspektive, die auf die Reduzierung von Zugangsbarrieren und strukturellen Ungleichheiten abzielt, kann die Forderung nach mehr HL auch zum

Abbau von sozial bedingten Ungleichheiten gesundheitlicher Lebenschancen führen (WHO, 2013). HL als soziale Praxis zu begreifen, bedeutet aber auch, divergierende Lebenspraktiken im Umgang mit Gesundheit zu verstehen und zu tolerieren. Soziale Arbeit kann dazu beitragen, differenzierte HL-Bedarfe (und -Barrieren) gezielt zu identifizieren sowie Hilfestellungen bei der Inanspruchnahme von verfügbaren Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen zu geben, verstanden als Hilfe zur Selbsthilfe.

## Fazit

HL im Jugendalter kann als Bestandteil von Gesundheitsförderung gesehen werden, die eine die Lebensbereiche von Jugendlichen übergreifende Perspektive umfasst. Ein solches Verständnis erfordert eine perspektivische Öffnung des HL-Konzepts, die intersektoral und multidisziplinär erfolgt und über das Gesundheits(versorgungs)setting hinaus weitere Settings adressiert (z.B. Bildungs- und Erziehungsbereiche oder den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit). Der vorliegende Beitrag ist als Stimulus für eine eröffnende und kritische Auseinandersetzung mit HL im Jugendalter – insbesondere mit Relevanz für die Soziale Arbeit – zu verstehen. HL zielt hier auf die Ressourcenstärkung von Jugendlichen, um diese zielgerichtet im Lebensalltag einzusetzen. Parallel darf jedoch der Blick auf die Bedeutung von sozialen, ökonomischen Lebenslagen und strukturellen Umwelteinflüssen und deren Auswirkung auf die individuellen Möglichkeiten der Aneignung und des Umgangs mit HL nicht fehlen. Um HL in Bevölkerungsgruppen mit den dringlichsten Bedarfen an Fördermaßnahmen (z. B. vulnerable Gruppen wie Kinder und Jugendliche, sozial Benachteiligte, MigrantInnen) nachhaltig zu stärken, ist eine enge Kooperation der einzelnen Disziplinen des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesens notwendig. Tatsächlich erinnert diese Ausrichtung an eine Perspektive, die parallel beim Thema Literacy-Förderung (in der deutschsprachigen Debatte über funktionalen Analphabetismus) immer wieder gefordert wird (Bauer & Bittlingmayer, 2012). Dass bei Themen wie HL bisher noch nicht in interdisziplinären Synergien gedacht wird, ist ein typisches Beispiel disziplinärer Trennungen zwischen der Medizin und den Sozialwissenschaften. Für die Soziale Arbeit, die bereits interdisziplinär agiert, könnte dies eine Chance sein, das vorgestellte HL-Verständnis nachhaltig in der Praxis und in Interaktion mit hilfesuchenden Jugendlichen zu etablieren.

## Literatur

- Bauer, U. & Bittlingmayer, U. H. (2012). Funktionaler Analphabetismus. Zur Individualisierung einer Strukturproblematik. In S. Kluge & I. Lohmann (Hrsg.), *Schöne neue Leitbilder* (Reihe: Jahrbuch für Pädagogik, 2012; S. 179-196). Frankfurt: Lang.
- Hafen, M. (2008). Die Mandatierung der Sozialarbeit. Eine systemtheoretische Analyse und ihre Folgerungen für die Praxis der Sozialarbeit. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 59(6), 453-459.
- Heijmans, M., Uiters, E., Rose, T., Hofstede, J., Devillé, W., Heide, I. v. d., Boshuizen, H. & Rademakers, J. (2015). *Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union. Final report*. Brüssel: European Commission. Online verfügbar: [http://ec.europa.eu/health/health\\_policies/docs/2015\\_health\\_literacy\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/health_policies/docs/2015_health_literacy_en.pdf) [03.02.2016].
- Homfeldt, H. G. (2014). Soziale Arbeit und Gesundheit. *Klinische Sozialarbeit*, 10(3), 4-6.
- Kickbusch, I. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health promotion international*, 16(3), 289-297.
- Levin-Zamir, D., Lemish, D. & Gofin, R. (2011). Media Health Literacy (MHL): development and measurement of the concept among adolescents. *Health education research*, 26(2), 323-335. Online verfügbar: <http://her.oxfordjournals.org/content/26/2/323.full.pdf> [03.02.2016].
- Liechty, J. M. (2011). Health literacy: Critical opportunities for social work leadership in health care and research. *Health & social work*, 36(2), 99-107.
- Mendenhall, A. N. & Frauenholtz, S. (2013). Mental health literacy: Social work's role in improving public mental health. *Social Work*, 58(4), 365-368.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078. Online verfügbar: [http://www.sea-mist.se/hal/halsoteknik.nsf/bilagor/Nutbeam2009a.pdf/\\$file/Nutbeam2009a.pdf](http://www.sea-mist.se/hal/halsoteknik.nsf/bilagor/Nutbeam2009a.pdf/$file/Nutbeam2009a.pdf) [03.02.2016].
- Okan, O., Pinheiro, P., Zamora, P. & Bauer, U. (2015). Health Literacy bei Kindern und Jugendlichen. Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. *Bundesgesundheitsblatt*, 58(9), 930-941.
- Okan, O., Bröder, J., Pinheiro, P. & Bauer, U. (i. E.). Health Literacy im Kindes- und Jugendalter. Eine explorierende Perspektive. In D. Schaeffer, J. M. Pelikan & I. Kickbusch (Hrsg.), *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Huber.
- Paakkari, L. & Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*, 112(2), 133-152.
- Richter, M., Bohn, V. & Lampert, T. (2011). Kinder und Jugendliche: Die Gesundheit der heranwachsenden Generation. In T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft* (Reihe: Gesundheit und Gesellschaft; S. 489-508). Wiesbaden: VS.
- Röthlin, F., Pelikan, J. M. & Ganahl, K. (2013). *Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVS)*. Wien: Ludwig Boltzmann Gesellschaft. Online verfügbar: [http://lbihpr.lbg.ac.at/w8.netz-werk.com/sites/files/lbihpr/attachments/hljugend\\_bericht.pdf](http://lbihpr.lbg.ac.at/w8.netz-werk.com/sites/files/lbihpr/attachments/hljugend_bericht.pdf) [03.02.2016].
- Rothman, R. L., Yin, H. S., Mulvaney, S., Co, J. P. T., Homer, C. & Lannon, C. (2009). Health literacy and quality: focus on chronic illness care and patient safety. *Pediatrics*, 124(3), 315-326. Online verfügbar: [http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/124/Supplement\\_3/S315.full.pdf](http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/124/Supplement_3/S315.full.pdf) [03.02.2016].
- Singleton, K. (2003). *Health literacy and social work* (Reihe: ERIC Reports – Research, Nr. 143). Richmond, VA: Virginia Commonwealth University. Online verfügbar: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED482589.pdf> [03.02.2016].
- Sørensen, K., Broucke, S. v. d., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 80.
- World Health Organization (WHO) (2013). *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen: WHO Europe. Online verfügbar: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf) [03.02.2016].

# Gesundes Aufwachsen und Health Literacy: Ressourcen und Risikopotenziale beim Bewältigen von Entwicklungsaufgaben

Orkan Okan, Janine Bröder, Paulo Pinheiro, Ullrich Bauer

Das Jugendalter ist eine identitätskritische Lebensphase, in der Jugendliche besonders vulnerabel für biopsychosoziale Wechselwirkungen sind (Hurrelmann & Bauer, 2015, S. 106). Gleichzeitig ist die Jugendphase existenziell für den Erwerb gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und Fähigkeiten, um widerstandsfähig gegenüber Gesundheitsrisiken zu werden (Richter et al., 2010, S. 19). Daher nehmen Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter eine zentrale Stellung ein (Hackauf & Ohlbrecht, 2010, S. 9ff.). Eine Kernfrage ist demnach, was Jugendlichen heute hilft, sich gesund zu entwickeln. Worin liegen die Ursachen gelingender Gesundheit, welche Risikopotenziale stellen sich dar, und welche Ressourcen stehen ihnen im Prozess des Aufwachsens zur Verfügung?

Um diesen Fragen nachzugehen, lohnt der Blick auf die altersstufenbezogenen Entwicklungsaufgaben, jene gesellschaftlichen Erwartungen, die in verschiedenen Lebensphasen an Menschen herangetragen werden. Denn die erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsaufgaben – v.a. im Jugendalter – wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus und ist zudem konstitutiv für eine stabile Persönlichkeitsentwicklung (Hurrelmann & Bauer, 2015, S. 116). Obwohl die genauen Wirkungsmechanismen derzeit ungeklärt sind, deuten umgekehrt Bewältigungsprobleme bei Entwicklungsaufgaben ein erhöhtes Risiko für die Gesundheit an (Richter et al., 2010, S. 19). Der Ansatz der Entwicklungsaufgaben gilt daher für die Jugendgesundheitsforschung als erkenntnisreich, um ein Verständnis für den Einfluss von Risiko- und Schutzfaktoren auf die Gesundheit Jugendlicher zu entwickeln (Quenzel, 2015).

Das Jugendalter zählt zwar zu den gesündesten Lebensphasen, jedoch verdeutlichen die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert Koch Instituts (KiGGS; Thyen & Scriba, 2007) eine Verschiebung im Krankheitsspektrum von Jugendlichen, welche durch die Zunahme chronischer Erkrankungen und psychischer Störungen gekennzeichnet ist (RKI, 2014). Somit wird das Thema Gesundheit im Jugendalter immer wichtiger. Zugleich ist Gesundheitsförderung seit der Ottawa Charta (WHO, 1986) als intersektorales und interdisziplinäres Querschnittsthema verankert, das gesundheitsbezogene Ressour-

cen als zentral für die Herstellung von biopsychosozialer Gesundheit fokussiert (ebd.). In diesem Zusammenhang fällt immer öfter auch der Begriff Health Literacy, der die Klammer für individuelle gesundheitsbezogene Fähigkeiten und Kompetenzen bildet (Sørensen et al., 2012). Gesunderhaltung ist allerdings nicht ausschließlich individuell geprägt, vielmehr spielt das Spannungsverhältnis zwischen individuellen Verhaltensweisen und gesellschaftlichen Verhältnissen eine zentrale Rolle in der Prävalenz von Krankheiten. Dies erfordert, die Auswirkungen sozialer Lebenslagen und die damit verbundenen Benachteiligungen für die Gesundheit Jugendlicher mit zu berücksichtigen (Bauer et al., 2008).

Vor diesen komplexen Hintergründen für die Gesundheit Jugendlicher richtet dieser Beitrag den Blick auf Health Literacy als gesundheitsbezogene Ressource für das gesunde Aufwachsen und die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben. Gleichzeitig wird hierbei die Perspektive auch auf die sozialen Einflussfaktoren gesundheitlicher Entwicklung in der Jugendphase erweitert.

## Entwicklungsaufgaben: Biopsychosoziale Gesundheit und Entwicklung im Sozialisationsprozess

Sozialisation kann als Prozess der Persönlichkeitsentwicklung verstanden werden. Diese vollzieht sich im Wechselspiel zwischen persönlichen Anlagen und der Umwelt. Menschen setzen sich dabei aktiv mit ihrem Leben auseinander und versuchen, die darin auftretenden Entwicklungsaufgaben erfolgreich zu bewältigen (Hurrelmann & Bauer, 2015, S. 90ff.).

In diesem Kontext lassen sich Entwicklungsaufgaben nach Hurrelmann und Quenzel (2013, S. 32) im Lebensverlauf in vier zentrale Kategorien einteilen: Qualifizieren, Binden, Konsumieren und Partizipieren. Im Jugendalter konzentrieren sie sich im Kern v.a. auf den Umgang mit körperlichen und psychologischen Veränderungen, auf den Aufbau sozialer und emotionaler Bindungen, Autonomiebestreben, die Stärkung schulischer Leistungsfähigkeit, den Umgang mit Me-

dien- und Konsumangeboten (vgl. Hurrelmann & Bauer, 2015, S. 107). Entwicklungsaufgaben sind dabei stets individuell zu definieren und zu bewältigen (Albisser & Buschor, 2011). Sie hängen eng zusammen und korrelieren in diachroner und synchroner Perspektive, d.h., dass die erfolgreiche Bewältigung einer Aufgabe die Basis für die erfolgreiche Bewältigung anderer stellt. Gleichzeitig werden sie als Spezifizierung von Sozialisationsanforderungen erachtet (Quenzel, 2015, S. 28), die in der Folge die Persönlichkeitsentwicklung beeinflussen. Dabei stehen Individuations- und Integrationsprozesse in einem ständigen Spannungsverhältnis zueinander. Während Erstere die Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur bestimmen, zielen Letztere auf die Anpassung an gesellschaftliche Werte, Normen, standardisierte Verhaltensweisen und die Eingliederung in die sozialen Strukturen der Gesellschaft. Dieser Entwicklungsprozess kulminiert idealerweise in einem Reifeprozess, der durch die Zunahme von Selbstständigkeit und Autonomie gekennzeichnet ist (Hurrelmann & Bauer, 2015, S. 23ff.).

Die erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsaufgaben begünstigt hierbei auch die individuellen Gesundheitschancen, weil erfolgreich gelöste Herausforderungen einerseits positiv auf den Gesundheitszustand wirken und andererseits das subjektive Wohlbefinden erhöhen (Hurrelmann & Quenzel, 2013; Quenzel, 2015, S. 32). Umgekehrt können Bewältigungsprobleme, z.B. durch kritische Lebensereignisse, schwierige Transitionsprozesse oder chronische Zustände, zu psychosozialen Störungen beitragen und in der Folge zu körperlichen und psychischen Beschwerden führen (Quenzel, 2015, S. 18ff.; Hurrelmann et al., 2015, S. 702ff.). Verschiedene Panelerhebungen und Längzeitstudien aus den USA und Deutschland untermauern diese Annahmen und zeigen Zusammenhänge zwischen der erfolgreichen Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und dem Wohlbefinden auf (Seiffge-Krenke & Gelhaar, 2008; Schulenberg et al., 2004; Wiese, 2000). Jugendliche benötigen demnach heute mehr denn je Ressourcen in Form protektiver Faktoren, um biopsychosozialen Risikopotenzialen, die z.B. durch soziale Ungleich-

heit, soziales und kulturelles Umfeld, Geschlechtszugehörigkeit, fehlende Bewältigungsstrategien, gesundheitsunverträgliche Verhaltenspraktiken, chronische Erkrankungen oder psychische Veränderungen und Stress eintreten können, widerstandsfähig entgegen zu können (Rademaker, 2015; Hurrelmann et al., 2015, S. 693ff.). Daher liegt es nahe, den Blick auf vorliegende gesundheitliche Ressourcen im Jugendalter zu erweitern.

### **Gesundheitliche Ressourcen und protektive Faktoren im Jugendalter**

In der Jugendphase stehen den Risikofaktoren für Gesundheit – wie z. B. genetische, verhaltensbezogene oder umweltbezogene Dispositionen – verschiedene Arten von protektiven Faktoren – wie z. B. personale und soziale Ressourcen – gegenüber (Hurrelmann und Bauer, 2015). Es wird angenommen, dass ein Ungleichgewicht zwischen Risiko- und Schutzfaktoren bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt. Gründe für Bewältigungsprobleme können z. B. ein Mangel an Wissen oder persönlichen und sozialen Ressourcen sein, in Wechselwirkungen zwischen Entwicklungsaufgaben liegen oder in Rollenkonflikten begründet sein. Umgekehrt nehmen gesundheitliche Ressourcen eine zentrale Bedeutung für den Erfolg des Bewältigungsprozesses ein. Während jedoch die meisten Studien zu Entwicklungsaufgaben und Gesundheit den Fokus auf Risikofaktoren lenken, sind solche zu gesundheitlichen Ressourcen eher schwach ausgeprägt (Quenzel, 2015, S. 150ff.).

Die Frage nach gesunderhaltenden Schutzfaktoren wird in Antonovskys (1987) Salutogenese-Ansatz zur Entstehung von Gesundheit gestellt. Kernstück des Ansatzes ist das Kohärenzgefühl, dessen zentrale Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit dazu dienen, Gesundheit herstellen zu können. So zeigt ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl bei Jugendlichen erhöhte Resilienz gegenüber Risikopotenzialen und befähigt sie zur aktiven Bewältigung gesundheitlicher Herausforderungen (Rademaker, 2015). Das Kohärenzgefühl ist demnach eine Persönlichkeitsdisposition, die das Vertrauen der Jugendlichen in ihre eigenen Fähigkeiten fördert und eine selbstwirksame Gestaltung der Gesundheit erlaubt. Folglich stellt die gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit, bzw. das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen, eine wichtige persönliche Ressource dar (Lenz, 2011).

Ausgehend von dieser Annahme stellen gesundheitsbezogene Fähigkeiten

und Kompetenzen einerseits selbst eine persönliche Ressource für gesundes Aufwachsen im Jugendalter dar und könnten andererseits in der Folge förderlich auf die Selbstwirksamkeit und dadurch auf die Steigerung des Kohärenzgefühls wirken. In der internationalen Gesundheitsforschung werden gesundheitsbezogene Fähigkeiten und Kompetenzen im Konzept Health Literacy zusammengefasst (Sørensen et al., 2012). Als protektiver Faktor im Jugendalter wird die Bedeutung von Health Literacy besonders im Umgang mit den eingangs erwähnten chronischen Erkrankungen und psychosozialen Störungen herausgestellt (Manganello, 2008). Die Überführung in praxisnahe Interventionen und Konzepte für Jugendliche stellt gegenwärtig jedoch de facto simultan eine Leerstelle und Herausforderung dar (Heijmans et al, 2015). Ein weiteres Dilemma stellt sich durch die zu kurz greifende individuumszentrierte Sicht auf Health Literacy ein, die die Effekte sozialer Lebenslagen und Kontexte auf den Gesundheitsprozess oft vernachlässigt (Freedman et al., 2009). Jedoch erlaubt die Annahme, dass persönliche und soziale Ressourcen und protektive Faktoren als zentral für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und das gesunde Aufwachsen erachtet werden, Entwicklungsaufgaben und Health Literacy aufeinander zu beziehen.

### **Health Literacy als protektiver Faktor für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben?**

Um die zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung bei Jugendlichen durch Health Literacy anzureichern, dient das »Health Literacy 5D Modell« (Okan et al., i.E.; vgl. hierzu den Beitrag von Bröder et al. in diesem Heft). Als analytisches Konzept ausgelegt, stellt es die Grundlage dar, um die besonderen Alleinstellungsmerkmale der frühen Lebensphasen systematisiert in der Health-Literacy-Forschung zu erörtern. Entwicklungstheoretische Ansätze, zu denen die altersstufenbezogenen Entwicklungsaufgaben und die Persönlichkeitsentwicklung zählen, werden im Modell unter dem Aspekt »Development Change« aufgegriffen.

Obwohl die Interaktion zwischen Entwicklungsaufgaben und Health Literacy plausibel erscheint, lässt sie sich gegenwärtig allenfalls über Querverweise aus empirischen Studien und konzeptionellen Arbeiten zu beiden Konzepten extrapolieren. Wie hier dargelegt, lassen sich in der Literatur vermehrt Hinweise auf die positive Wirkung erfolgreich gelöster Entwicklungsaufgaben auf die Gesundheit Jugendlicher feststellen (z. B. Quenzel, 2015). Zugleich benennt die Literatur

mit z. B. Wissen, Fähigkeiten, Handlungsoptionen oder Selbstwirksamkeit als protektive Faktoren für den Bewältigungsprozess, die Jugendlichen ein adäquates Reagieren auf Krisen, Belastungen, lebensweltliche Veränderungen und Herausforderungen erlauben (Sørensen et al., 2012). In der Jugendgesundheitsforschung gilt Health Literacy selbst als wesentlicher protektiver Faktor für den Umgang mit Gesundheit und Krankheit (Manganello, 2008). Dabei subsumieren sich darin eben jene Aspekte, die als relevante Ressourcen für den Bewältigungsprozess von Entwicklungsaufgaben genannt werden. Somit liegt die Annahme nahe, dass Health Literacy als persönliche Ressource für die erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsaufgaben im Jugendalter mobilisiert werden könnte. Beide Forschungsperspektiven verdeutlichen jedoch auch, dass eine ausschließlich individuumszentrierte Sicht unzureichend scheint. Eine Synthese beider Konzepte, die zu erfolgreichen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung führen soll, müsste sich daher ebenfalls an sozialen Lebenslagen und umweltbedingten Faktoren ausrichten.

### **Chancenungleichheiten für das gesunde Aufwachsen Jugendlicher**

Das Aufwachsen und die gesundheitliche Entwicklung sozial benachteiligter Jugendlicher geht mit multimodalen Problemlagen einher. Jugendliche, die in prekären Lebenslagen aufwachsen, sind häufiger gegenüber Risiken exponiert. Früh auftretende soziale Benachteiligung und Entwicklungserfahrungen sind einerseits eine der Ursachen für gesundheitliche Ungleichheiten und werden andererseits gefolgt von sozialen und gesundheitlichen Benachteiligungen (Richter et al., 2010). Allem voran lassen sich Ungleichheitsbedingungen in der Gesundheit zunehmend aus der Zugehörigkeit zu unterschiedlichen sozialen Milieus und der familiären Lebenssituation ableiten (Bauer, et al., 2008). Allerdings sind im Zusammenhang mit gesundem Aufwachsen im Jugendalter viele Faktoren noch unklar und empirisch eher schwach fundiert (Rademaker, 2015). Trotzdem stellen Chancenungleichheiten ein reales Entwicklungs- und Gesundheitsrisiko für Jugendliche dar. Um die Belastungen im Alltag und die an sie gestellten Entwicklungsaufgaben erfolgreich bewältigen zu können, bedürfen heutige Jugendliche neben personalen und sozialen Ressourcen daher einer umfassenden Förderung ihrer Entwicklung. Diese vollzieht sich im Wechselspiel zwischen ihren persönlichen Anlagen und der Umwelt. Ein funktionierender Erklä-



rungsansatz für gesundes Aufwachsen erfordert daher neben dem Blick auf die Handlungsebene auch die Erweiterung auf die Ebene der sozialen Strukturen und Kontexte. Dies gilt im Besonderen, wenn schwer erreichbare Randgruppen von Präventionskonzepten profitieren sollen (Bauer & Bittlingmayer, 2006, S. 18).

Hierbei stellen die Wechselwirkungen zwischen sozialen Lebenslagen und der Handlungsfähigkeit im Bewältigungsprozess von gesundheitlichen Herausforderungen Jugendlicher eine Schnittstelle und ein wichtiges Forschungs- und Handlungsfeld, das von der Sozialen Arbeit bereits bedient wird (Dörr, 2010). Auch wenn Health Literacy bis dato vorwiegend in der Gesundheitsforschung verortet ist, sind daher durchaus Bezugspunkte für die Berufspraxis der Sozialen Arbeit erkennbar. Aus den USA liegen erste Ansätze vor, wie die Soziale Arbeit Health Literacy in der praktischen Arbeit nutzbar machen könnte (Mendenhall & Frauenholtz, 2013; Singleton, 2003). Etwa in der Bearbeitung schwieriger sozialer, biosozialer und psychosozialer Probleme und Störungen bei Jugendlichen, in der Gesundheitsarbeit unter Einbeziehung sozialer Lebenslagen von benachteiligten Jugendlichen oder in der Entwicklung von gesundheitsbezogenen Erziehungsangeboten und primärpräventiven Maßnahmen und Angeboten der Gesundheitsför-

derung. Hierbei geht es einerseits (1) um die Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen, (2) die Unterstützung des individuellen Empowerments und (3) der Selbstbestimmung, andererseits (4) um den Abbau und die Überwindung von Zugangsbarrieren, (5) um die intersektorale Kooperation mit anderen Stellen und HelferInnensystemen in Hinblick auf bedarfsgerechte Interventionen und (6) um eine verbesserte Kommunikations- und Netzwerkstruktur. Obwohl der praktische Nutzen für die Soziale Arbeit in diesem noch relativ jungen Ansatz herausgestellt wird – z. B. bieten Soziale Dienste in den USA bereits jetzt die Majorität von Gesundheitsberatungen an und fördern dabei indirekt die Health Literacy ihrer Klientel –, ist die genaue Rolle von Health Literacy derzeit noch ungeklärt. Zudem müsste die Praktikabilität für den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit in Deutschland erst noch überprüft werden.

### Fazit

Für den erfolgreichen Bewältigungsprozess von Entwicklungsaufgaben benötigen Jugendliche heute zunehmend mehr Schutzfaktoren in Form biopsychosozialer Ressourcen, um gesundheitsbezogene Handlungsalternativen und Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit zu ent-

wickeln. Health Literacy stellt dabei die Begriffsklammer für unterschiedliche protektive Faktoren, die von Jugendlichen während der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben herangezogen werden könnten. Viele Zielbereiche, die im Zusammenhang mit Entwicklungsaufgaben und Health Literacy thematisiert werden, weisen Gemeinsamkeiten zueinander auf. Die Selbstwirksamkeit und das Kohärenzgefühl scheinen dabei eine gemeinsame Schnittstelle zwischen beiden Konzepten stellen zu können. Diese Hinweise deuten die Anschlussfähigkeit von Health Literacy an das Konzept der Entwicklungsaufgaben zwar an, jedoch fehlen gegenwärtig darauf ausgerichtete empirische Zugänge und differenzierte konzeptionelle Ausarbeitungen. Daher kann die praktische Bedeutung eines möglichen Zusammenhangs beider Konzepte für die Prävention und Gesundheitsförderung in der Lebensphase Jugend nur angedacht werden. Um eine perspektivische Überführung in effektive Interventionskonzepte und gelingende Maßnahmen zu gewährleisten, müssen sich diese allerdings auch an Wechselwirkungen zwischen sozialen Lebenslagen und daraus resultierenden Ungleichheiten für die gesundheitsbezogene Handlungsfähigkeit im Bewältigungsprozess von Entwicklungsaufgaben Jugendlicher orientieren. Für die Soziale Arbeit eröffnen sich hierbei

Anzeige

**KatHO** NRW

Aachen | Köln | Münster | Paderborn

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen  
Catholic University of Applied Sciences

## Masterstudiengänge Soziale Arbeit:

### Vielfalt und Spezialisierung

Die KatHO NRW bietet den Masterstudiengang Soziale Arbeit an vier Standorten mit sechs verschiedenen Vertiefungsgebieten an:

- Klinisch-Therapeutische Soziale Arbeit (Aachen)
- Bildung und Teilhabe (Aachen)
- Soziale Arbeit in internationaler Perspektive (Köln)
- Netzwerkmanagement in der Sozialen Arbeit (Münster)
- Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit (Paderborn)

Die Studiengänge bereiten auf Tätigkeiten speziell im Handlungsfeld Sozialer Arbeit und Gesundheit vor und schließen mit dem Titel „Master of Arts in Social Work (M.A.)“ ab. Der Abschluss berechtigt zur Promotion und eröffnet den Zugang zum Höheren Dienst.

Das Studium ist praxisnah, handlungsorientiert, und befähigt zur Leitung von Organisationen. Der Fokus liegt zudem auf anwendungsbezogener Forschung.

Studierende aller Vertiefungsgebiete erweitern ihre Kompetenzen in Methoden empirischer Sozialforschung und lernen, komplexe Fragestellungen zu erforschen sowie innovative Methoden für Praxisfelder zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren.

Bewerbungsschluss ist der 15. Mai 2016.

Weitere Informationen unter [www.katho-nrw.de](http://www.katho-nrw.de)



„Das Studium an der KatHO ist fundiert und praxisnah.“

Foto: simonthon.com / photocase.de

Schnittstellen zu den Bereichen, die sie im Kontext der Prävention und Gesundheitsförderung von Jugendlichen bereits umsetzt. Internationale Perspektiven stellen zudem bereits die Relation zwischen Health Literacy und der Sozialen Arbeit her, v.a. in Hinblick auf die Aufgabenbereiche sozialer Dienste und der gesundheitlichen Beratung von Jugendlichen. Durch diese ersten Hinweise stehen auch mögliche Implikationen für die Soziale Arbeit in Deutschland im Raum, müssten jedoch zunächst auf entsprechende Passung und Möglichkeiten der Umsetzung hin überprüft werden.

#### Literatur

Albisser, S. & Bieri Buschor, C. (Hrsg.) (2011). *Sozialisation und Entwicklungsaufgaben Heranwachsender*. Baltmannsweiler: Schneider.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Bauer, U. & Bittlingmayer, U. H. (2006). Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (4., vollst. überarb. Aufl.; S. 781-818). Weinheim: Juventa.

Bauer, U., Bittlingmayer, U. H. & Richter, M. (Hrsg.) (2008). *Health inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS.

Dörr, M. (2010). Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese. In Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.), *Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe. Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht* (S. 925-986). München: DJI.

Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M. & Wallston, K. A. (2009). Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 446-451.

Hackauf, H. & Ohlbrecht, H. (2010). »Jugend und Gesundheit« – ein Problemaufriss. In H. Hackauf & H. Ohlbrecht (Hrsg.), *Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick* (S. 9-17). Weinheim: Juventa.

Heijmans, M., Uiters, E., Rose, T., Hofstede, J., Devillé, W., Heide, I. v. d., Boshuizen, H. & Rademakers, J. (2015). *Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union. Final report*. Brüssel: European Commission. Online verfügbar: [http://ec.europa.eu/health/health\\_policies/docs/2015\\_health\\_literacy\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/health_policies/docs/2015_health_literacy_en.pdf) [03.02.2016].

Hurrelmann, K. & Bauer, U. (2015). *Einführung in die Sozialisierungstheorie. Das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung* (11., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Hurrelmann, K., Ottová-Jordan, V. & Ravens-Sieberer, U. (2015). Sozialisation und Gesundheit. In K. Hurrelmann, U. Bauer, M. Grundmann & S. Walper (Hrsg.), *Handbuch Sozialisierungsforschung* (8., vollst. überarb. Aufl.; S. 690-712). Weinheim: Beltz.

Hurrelmann, K. & Quenzel, G. (2013). *Lebensphase Jugend: eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung* (12., korr. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.

Lenz, A. (Hrsg.) (2011). *Empowerment: Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis*. Tübingen: DGVT.

Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847.

Mendenhall, A. N. & Frauenholtz, S. (2013). Mental health literacy: Social work's role in improving public mental health. *Social Work*, 58(4), 365-368.

Okan, O., Bröder, J., Pinheiro, P. & Bauer, U. (i.E.). Health Literacy im Kindes- und Jugendalter. Eine explorierende Perspektive. In D. Schaeffer, J. M. Pelikan & I. Kickbusch (Hrsg.), *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Huber.

Quenzel, G. (2015). *Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter*. Weinheim: Beltz Juventa.

Rademaker, A. L. (2015). Gesundheit in der Jugendphase – zur Rekonstruktion subjektiver biopsychosozialer Gesundheitstypen. In A. Schneider, M. Köt-

tig & D. Molnar (Hrsg.), *Forschung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen – Konzepte – Perspektiven* (S. 129-150). Opladen: Budrich.

Richter, M., Kruse, C. & Steckling, N. (2010). Ungleiche Gesundheitschancen bei Jugendlichen: Eine internationale Perspektive. In H. Hackauf & H. Ohlbrecht (Hrsg.), *Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick* (S. 18-43). Weinheim: Juventa.

Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2014). *Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland 2013*. Berlin: RKI. Online verfügbar: [http://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KiGGS-Dokumente/kiggs\\_tn\\_broschuere\\_web.pdf](http://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KiGGS-Dokumente/kiggs_tn_broschuere_web.pdf) [04.02.2016].

Schulenberg, J. E., Bryant, A. L. & O'Malley, P. M. (2004). Taking hold of some kind of life: How developmental tasks relate to trajectories of well-being during the transition to adulthood. *Development and Psychopathology*, 16(4), 1119-1140.

Seiffge-Krenke, I. & Gelhaar, T. (2008). Does successful attainment of developmental tasks lead to happiness and success in later developmental tasks? A test of Havighurst's (1948) theses. *Journal of Adolescence*, 31(1), 33-52.

Singleton, K. (2003). *Health literacy and social work*. Richmond, VA: Virginia Commonwealth University. Online verfügbar: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED482589.pdf> [04.02.2016].

Sørensen, K., Broucke, S. v. d., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.

Thyen, Ute & Scriba, Peter C. (Hrsg.) (2007). Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) 2003-2006 [Themenheft]. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(5/6).

Wiese, B. S. (2000). *Berufliche und familiäre Zielstrukturen. Ein Anwendungsbeispiel zum Meta-Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation*. Münster: Waxmann.

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) [04.02.2016].

#### Anzeige

## MASTER KLINISCHE SOZIALARBEIT

### Berufsbegleitender postgradualer Masterstudiengang

#### Voraussetzungen:

berufsqualifizierender Abschluss eines Hochschulstudiums, mindestens einjährige einschlägige Berufspraxis

#### Studienumfang:

90 Credits

#### Studienkosten:

z. Zt. 7.000,- Euro

#### Bewerbungsschluss:

1. Juli 2016

#### Studienbeginn:

WS 2016/17

#### Kontakt/Informationen:

Katholische Hochschule für Sozialwesen  
Köpenicker Allee 39-57  
10318 Berlin

#### Ansprechpartnerin:

Margit Wagner  
Tel. +49 (0)30. 50 10 10 -47  
[margit.wagner@khsb-berlin.de](mailto:margit.wagner@khsb-berlin.de)



[www.khsb-berlin.de](http://www.khsb-berlin.de)



# Sexuelle Entwicklung Jugendlicher im Kontext der stationären Erziehungshilfe

Magdalena König-Waldek

Die sexuelle Entwicklung Jugendlicher ist heute mehr denn je ein Prozess, der ein hohes Maß an Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung von den Jugendlichen fordert. Sie benötigen Handwerkszeug für die Gestaltung ihrer eigenen Sexualität, was nicht zuletzt eine adäquate Begleitung in der spezifischen sexuellen Entwicklung bedeutet; Ziel ist die Vermittlung einer Sexualkultur, die zu sexuellem Handeln befähigt.

Nach den Rahmenbedingungen sexueller Sozialisation, die für das Verständnis gegenwärtiger Herausforderungen grundlegend sind, werden die speziellen Herausforderungen für Jugendliche dargestellt, die im Kontext der stationären Erziehungshilfe leben.

## Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Die Sexualität des Menschen ist ein sozialer Tatbestand. Sexuelles Begehren hat biologische Grundlagen, das sexuelle Handeln ist aber abgekoppelt von der organischen Fähigkeit zum Lustempfinden; darüber, wie stark Lust erlebt und gelebt wird, entscheidet die Sozialisation (Schmidt & Sielert, 2008, S. 12f.). Das Verständnis von Sexualität hat sich gewandelt. Heute besteht zwischen der Eltern-Generation, zu der auch professionell Erziehende in der stationären Erziehungshilfe gehören können, und der Generation heutiger Jugendlicher ein Unterschied in der Auffassung von Sexualität (ebd., S. 12f.). Die heutigen sexuellen Verhältnisse in westlichen Industriegesellschaften sind geprägt durch den liberalen Kurs der 1960er/1970er-Jahre sowie durch den Selbstbestimmungsdiskurs der 1980er-Jahre. Sexuelle Normen und das sexuelle Handeln wurden enttraditionalisiert und pluralisiert. Die Enttraditionalisierung, definiert als die Lösung sexueller Verhaltensweisen und Moralvorstellungen von traditionellen Ordnungen, sowie die Angleichung der Geschlechter, bezogen auf die Selbstbestimmung, brachten einen neuen Sexualkodex hervor, der als Verhandlungsmoral bezeichnet werden kann. Als moralisch richtig gilt, was zwischen zwei oder mehreren gleichberechtigten Menschen auf Augenhöhe ausgehandelt wird, es handelt sich um eine demokratische Moral der AkteurlInnen, welche eine hohe Sen-

sibilität im Aushandlungsprozess voraussetzt (Schmidt, 2005, S. 9ff.).

## Sexuelle Sozialisation

Jugendsexualität spielt sich heute überwiegend im Rahmen aufeinanderfolgender, fester Beziehungen ab und wird von der Mehrheit als wechselseitig befriedigendes und verbindendes Handeln gesehen (Sielert, 2010, S. 6). Ein Faktor, der Einfluss auf die sexuelle Entwicklung Jugendlicher nimmt, ist die Medialisierung von Sexualität. Sexuelle Skripte, Vorstellungen über sexuelle Interaktionen, die mehr oder weniger erregendes Potenzial besitzen, entwickeln sich bereits ab der Kindheit (Weller, 2010, S. 54ff.). Stoßen nun medienvermittelte Botschaften auf biografisch vorhandene, sexuelle Skripte, so werden diese abgeglichen, adaptiert oder als unpassend bzw. nicht relevant abgewiesen (ebd.).

Die häufig so bezeichnete »Generations-Porno« oder auch die Gefahr sexueller Verwahrlosung heutiger Jugendlicher ist statistisch widerlegbar (BZgA, 2010). Jugendliche tragen heute eine hohe Eigenverantwortung für die Herausbildung ihrer eigenen sexuellen Identität, die sie mit einer Vielfalt öffentlich vermittelter Entwürfe von Sexualität abgleichen müssen. Dies kann Orientierungslosigkeit bedeuten und rückt Kompetenzen in den Fokus, um sich im Dschungel eigener und medienvermittelter Skripte zurechtzufinden.

Sexuelle Identität besitzt dynamischen Charakter und kann vor dem Hintergrund einer »Theorie lebenslangen sexuellen Ausprobierens und (Hinzu-)Lernens« (Schmidt & Schetsche, 1998, S. 163) als Ergebnis einer biografischen Entwicklung betrachtet werden. Sozialisatorischen Prozessen kommt in der sexuellen Identitätsentwicklung eine zentrale Bedeutung zu. Die sexuelle Sozialisation ist ein Teilbereich des gesamten Sozialisationsprozesses, das Individuum gliedert sich aufgrund sexueller Lernprozesse in das bestehende, soziale System ein. Sexuelle Lernprozesse sind beispielsweise die Ablehnung von tradierten Sexualnormen oder die Verinnerlichung dieser Normen oder die Aneignung von Geschlechterrollen, welche wahrgenommen werden (Kluge, 2006, S. 11ff.).

Jugendliche, die in Einrichtungen der stationären Erziehungshilfe leben, bewe-

gen sich in unterschiedlichen Lebensbereichen, die Einfluss auf ihre sexuelle Sozialisation nehmen, diese werden folgend in Kürze dargestellt. In der Herkunftsfamilie werden die emotionalen Grundlagen für die Entwicklung der sexuellen Identität gelegt, die Familie gibt erste Orientierung im Hinblick auf den Umgang mit sexuellem Erleben vor. Sexuelle Normen werden vermutlich über im Alltag erlebte Regelungen weitergegeben, Lehr- und Lernprozesse laufen in der Regel unreflektiert und nicht intendiert ab (Sielert, 2005, S. 29f.).

Sexualerziehung ist bundesweit als staatliche Aufgabe für Schulen festgelegt, die Umsetzung der Inhalte schulischer Sexualerziehung ist qualitativ kaum überprüfbar. Es kann davon ausgegangen werden, dass Tabus im schulischen Rahmen bestehen, vermutlich dann, wenn es um normbezogene (konflikthaltige) Themen geht. Schulische Sexualerziehung kann Jugendlichen aber Orientierung in Bezug auf das biologische Faktenwissen vermitteln (BZgA, 2010, S. 40f.). Schule, nicht nur als Lernraum betrachtet, sondern auch als Ort sozialer Beziehungen und Interaktionen, bietet weitere Facetten zur Betrachtung von Lebensräumen Jugendlicher. Die Peergroup ist eine Sozialisationsinstanz, die v. a. in der Jugendphase erheblich an Bedeutung gewinnt. Sie bietet einen Schutz- und Erprobungsraum, diese Aspekte spielen auch bei der sexuellen Entwicklung eine wesentliche Rolle (Lüders, 2012, S. 13f.).

Für Jugendliche, die in der stationären Erziehungshilfe leben, stellt die Heimeinrichtung eine weitere, wesentliche Sozialisationsinstanz dar.

## Stationäre Erziehungshilfe

Bei der Thematisierung von Sexualität im Kontext stationärer Erziehungshilfe muss berücksichtigt werden, dass die Thematik aufgrund der zurückliegenden Fälle sexualisierter Gewalt in Institutionen zunächst einmal eher problembasiert betrachtet wird (Kappeler, 2011). Dies führte in jüngerer Zeit zu der Einführung von Schutzkonzepten, mit deren Hilfe Bedingungen in Institutionen geschaffen werden sollen, die das Risiko senken, zu Tatorten sexualisierter Gewalt zu werden (UBSKM, 2015).

Sexualpädagogik scheint in der Jugendhilfe eher funktional und reaktiv statt

zu finden (Winter, 2008, S. 585f.). Grundsätzlich sollte sexualpädagogische Arbeit in der stationären Erziehungshilfe jedoch die Vermittlung einer gelebten Sexualkultur sein und zu sexuellem Handeln befähigen, das selbstbestimmt und sozial verantwortungsvoll ist. Die Unterdrückung von Sexualität bei Kindern und Jugendlichen begünstigt nicht nur Situationen für sexuellen Missbrauch in Institutionen, sondern hat auch gravierende Folgen für die psychosexuelle Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Mit der Missachtung des sexuellen Selbstbestimmungsrechts und einer sexualfeindlichen Erziehungspraxis wird bei Heranwachsenden in Bezug auf die eigene Sexualität ein Schuldbewusstsein ausgebildet (Kappeler, 2012, S. 44ff.).

Häufig haben Jugendliche, die in Heimeinrichtungen leben, in der Bildung ihrer Gesamtpersönlichkeit Entbehrungen erfahren, die Sexualität ist in ihrer Entwicklung vermutlich ebenso negativ tangiert (Günder, 2011, S. 315). Oft verbinden die Jugendlichen mit Sexualität eher negative Erfahrungen und Bilder, eine sich schrittweise aufbauende Bejahung der Sexualität sollte langfristig fokussiert werden (ebd., S. 317f.). Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit eines besonders sensiblen Umgangs mit Sexualität in der stationären Erziehungshilfe, eine Schlüsselfunktion nehmen da-

bei die Fachkräfte ein. Dabei spielen sowohl die persönliche Haltung der Erziehenden und der offene Umgang mit Sexualität eine Rolle als auch das Lernen am Modell (ebd., S. 299f.). Fachkräfte können für Jugendliche AnsprechpartnerInnen und Vorbilder sein. Der offene Umgang mit Sexualität und das Anstreben einer sexualfreundlichen Sexualkultur (Sielert, 2011) ermöglichen die Förderung der Fähigkeiten von Jugendlichen, mit unterschiedlichen Informationen und Konzepten zu Sexualität umzugehen.

Eine stationäre Wohngruppe nach §34 SGB VIII bedeutet für Kinder und Jugendliche zwar einen Ort primärer Sozialisation, sie bleibt aber eine künstliche Gemeinschaft auf Zeit, Erziehung geschieht intendiert. Engagierte MitarbeiterInnen können das Heim durch dichte, kontinuierliche Beziehungen zu den Kindern bzw. Jugendlichen und durch eine gute Integration ins Umfeld durchaus als einen lohnenden Lebensort gestalten (Frei-gang, 2009, S. 104ff.).

Alle Menschen – unabhängig von Alter, Position und Rolle –, die sich in einer Institution der stationären Erziehungshilfe begegnen, sind sexuelle Wesen mit sexuellen Bedürfnissen, diese kommen in einem breiten Spektrum von Fühlen, Denken, Handeln und Sprechen bewusst und unbewusst zum Vorschein. Hierdurch wird die Atmosphäre in einer Einrichtung be-

stimmt und somit die gelebte Sexualkultur mit geprägt (Kappeler, 2012, S. 44ff.).

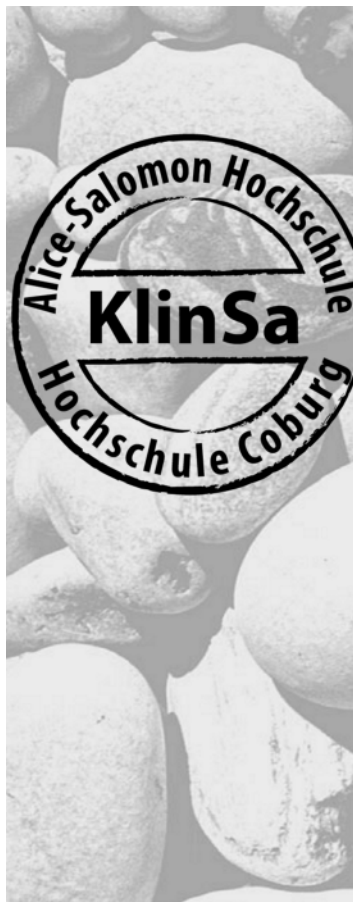
Die Gestaltung des Umfeldes stellt für die sexuelle Entwicklung von Jugendlichen einen wesentlichen Faktor dar, Jugendliche benötigen ein Lebensumfeld, das Geborgenheit vermittelt und in dem Selbstwirksamkeitserfahrungen durch Selbstverwirklichung (z.B. Mitgestaltung der Räumlichkeiten) ermöglicht werden (Günder, 2011, S. 302f.). Ebenso bedeutsam sind das Bestimmen eigener räumlicher Grenzen und die Möglichkeit zum Erleben von Körperlichkeit (ebd., S. 302ff.).

Jugendliche in der stationären Erziehungshilfe sollten in besonderer Weise darin unterstützt werden, sich im gesellschaftlichen Kontext als sexuelle Wesen zu orientieren. Dazu benötigen sie einerseits AnsprechpartnerInnen, die ihnen reflektiert zur Seite stehen und sie in ihren Kompetenzen fördern, Informationen zu Sexualität zu bewerten und für sich zu nutzen (Okan et al., 2015, S. 930), andererseits ist es wichtig, ein Umfeld zu schaffen, welches sexuelle Sozialisationsprozesse begünstigen kann.

#### Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2010). *Jugendsexualität. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Aktueller Schwerpunkt Migration. Ergebnisse der aktuellen Repräsentativbefragung*. Köln: BZgA. Online verfügbar: <https://www.tns-emnid.com/studien/pdf/jugendsexualitaet.pdf> [05.02.2016].

#### Anzeige



## Berufsbegleitender Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit

Start des 15. Kurses im Sommersemester 2016

#### Studieninhalte:

- Theorien, Interventions- und Forschungsmethoden und Evaluation
- psycho-soziale Diagnose und Beratung
- Soziale Therapie
- Krisenintervention
- Rehabilitation
- Case Management
- Qualitätssicherung

#### Durchführung:

- 10 Blockveranstaltungen pro Jahr
- Expertise in Beratung und Behandlung, praxisorientierter Forschung und systemischen Management-Kompetenzen
- Intensive Begleitung und Betreuung bei der Erstellung der Masterarbeit
- International anerkannter Abschluss mit Promotionsmöglichkeit

Weitere Informationen finden Sie unter: [www.hs-coburg.de](http://www.hs-coburg.de) und [www.ash-berlin.eu](http://www.ash-berlin.eu)



Freigang, W. (2009). Einblicke in den Alltag der Erziehungshilfen. In H.-U. Krause & F. Peters (Hrsg.), *Grundwissen erzieherische Hilfen. Ausgangsfragen, Schlüsselthemen, Herausforderungen* (3., aktual. Aufl., S. 101-130). Weinheim: Juventa.

Günder, R. (2011). *Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe* (4., völlig neu überarb. u. erg. Aufl.). Freiburg: Lambertus.

Kappeler, M. (2011). Unrecht und Leid – Rehabilitation und Entschädigung? Der Abschlussbericht des Runden Tisches Heimerziehung. *neue praxis*, 59(1), 3-19.

Kappeler, M. (2012). Zur institutionellen Verantwortung für sexuelle Gewalt in pädagogischen Einrichtungen. *Dialog Erziehungshilfe*, 8(2-3), 42-49.

Kluge, N. (2006). *Sexualanthropologie. Kulturgeschichtliche Zugänge und empirisch analytische Erkenntnisse*. Frankfurt: Lang.

Lüders, C. (2012). Gleichaltrigengruppen als soziale Lebenswelt. Aufschlussreiche Binnenperspektive: Peer-

Beziehungen aus Sicht der Jugendlichen. *DJI Impulse*, 25(3 [Nr. 99]), 12-14.

Okan, O., Pinheiro, P., Zamora, P. & Bauer, U. (2015). Health Literacy bei Kindern und Jugendlichen. Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. *Bundesgesundheitsblatt*, 58(9), 930-941.

Schmidt, G. (2005). *Das neue Der Die Das. Über die Modernisierung des Sexuellen* (2., korr. Aufl.). Gießen: Psychosozial.

Schmidt, R.-B. & Schetsche, M. (1998). Jugendsexualität in einer Theorie sexueller Sozialisation. In R.-B. Schmidt & M. Schetsche (Hrsg.), *Sexuelle Sozialisation. Sechs Annäherungen* (S. 145-168). Berlin: Logos.

Schmidt, R.-B. & Sielert, U. (Hrsg.) (2008). *Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung*. Weinheim: Juventa.

Sielert, U. (2005). *Einführung in die Sexualpädagogik*. Weinheim: Beltz.

Sielert, U. (2010). Jugend und Sexualität/Partnerschaft. In T. Rauschenbach & S. Borrmann (Hrsg.), *Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online. Fachgebiet Ju-*

*gend und Jugendarbeit*. Weinheim: Juventa.

Sielert, U. (2011). Sexualkultur und Gewaltprävention in der sozialen Arbeit. *Soziale Passagen*, 3(2), 253-267. Online verfügbar: <https://www.sozialpaedagogik.uni-kiel.de/de/professur/downloads/sexualkultur-in-der-sozialen-arbeit-soziale-passagen-2-11> [05.02.2016].

Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) (Hrsg.) (2015). *Schutzkonzepte*. Berlin: USBKM. Online verfügbar: <https://beauftragter-missbrauch.de/praevention/schutzkonzepte/> [05.02.2016].

Weller, K. (2010). Kindheit, Sexualität und die Rolle der Medien. *tv diskurs*, 14(1 [Nr. 51]), 54-57. Online verfügbar: [http://fsf.de/data/hefte/ausgabe/51/weller054\\_tvd51.pdf](http://fsf.de/data/hefte/ausgabe/51/weller054_tvd51.pdf) [05.02.2016].

Winter, R. (2008). Sexualpädagogik in der Jugendhilfe. In R. B. Schmidt & U. Sielert (Hrsg.), *Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung* (S. 585-593). Weinheim: Juventa.

# Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung in Berlin

Katarina Prchal, Martina Block, Karlheinz Ortman

## Problematische Rechtslage

Mit der Einführung des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (2001) und der von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichneten UN-Behindertenrechtskonvention (vgl. [www.behindertenrechtskonvention.info](http://www.behindertenrechtskonvention.info)) wurde in der Versorgung und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen ein Paradigmenwechsel eingeleitet. Gleichberechtigte Teilhabe, Diskriminierungsfreiheit und Selbstbestimmung und nicht mehr Fürsorge und lenkendes Helfen sind nunmehr bestimmende Grundsätze für alle Formen der Hilfe und Unterstützung. Die praktische Umsetzung erfolgt jedoch vielfach nicht zufriedenstellend, da es in der Sozial- und Gesundheitsversorgung an geeigneten Strukturen, Institutionen und Qualifikationen der HelferInnen mangelt.

Im Folgenden wird die Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in den Blick genommen, die in Deutschland durch das grundsätzliche Problem zweier zuständiger Sozialgesetzbücher beeinträchtigt ist:

- Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung oder solche, die von dieser Behinderung bedroht sind, erhalten Eingliederungshilfe im Rahmen des § 35a des SGB VIII »Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche«.
- Kinder und Jugendliche, die geistig oder körperlich behindert sind, erhalten Leistungen im Rahmen der §§ 53 und 54 des SGB XII.

Hinzu kommt, dass im Rahmen des Landesrechts die Bundesländer selbst regeln, inwieweit die verschiedenen Leistungsarten (Eingliederungshilfen nach

SGB VIII oder SGB XII) Anwendung finden. So können Leistungen der Frühförderung für Kinder unter sechs Jahren im Rahmen der Eingliederungshilfe unabhängig von der Art der Behinderung vorrangig von anderen Leistungsträgern (SGB XII) gewährt werden (Stähler, 2014, S. 706-712).

Zu den daraus für Eltern und Kinder resultierenden Problemlagen heißt es im Abschlussbericht der Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz: »Die Aufteilung der Zuständigkeiten für junge Menschen mit Behinderungen auf die Sozialhilfe und die Kinder- und Jugendhilfe führt in der Praxis zu erheblichen Definitions- und Abgrenzungsproblemen, aus denen Zuständigkeitsstreitigkeiten, erheblicher Verwaltungsaufwand und vor allem Schwierigkeiten bei der Gewährung und Erbringung von Leistungen für Kinder und Jugendliche und ihre Familien resultieren« (BAS, 2015, S. 28).

Die Zuordnungslogiken zwischen der Jugend- und Behindertenhilfe sind für Kinder und Jugendliche mit Behinderung, für deren Eltern und für Fachkräfte nur schwer nachzuvollziehen. »Hinzukommt, dass die Sozialhilfe/Behindertenhilfe in der Zuständigkeitslogik der Leistungsträger Vorrang vor der Jugendhilfeleistung hat. So entstehen ›Verschiebebahnhöfe‹ bzw. ›schwarze Löcher‹ in der Hilfestellung bzw. Blindheiten gegenüber den realen Hilfebedürfnissen der Betroffenen« (BT-Drs. 16/12860, 2009, S. 233). So wird es für die Eltern von Kindern mit Behinderung unmöglich, »zeitnah bedarfsgerechte Unterstützungsleistungen für ihre Kinder zu erhalten« (BAS, 2015, S. 28).

## Das Forschungsprojekt

2012 erhielten in Berlin 2.173 Kinder und Jugendliche im Rahmen des § 35a SGB VIII und 2.243 Kinder und Jugendliche im Rahmen der §§ 53-60 SGB XII Leistungen der Eingliederungshilfe (vgl. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2013a, b). Über die Qualität der Versorgung und Unterstützung wurde bisher nicht systematisch geforscht, da Daten fehlten oder bisher nicht ausgewertet bzw. zusammengeführt wurden. Vor diesem Hintergrund förderte der Paritätische Wohlfahrtsverband Berlin (DPW) 2014 für einen Zeitraum von sechs Monaten ein Forschungsprojekt, das vom Institut für Soziale Gesundheit (ISG) der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB) realisiert wurde. Ziel des Forschungsprojekts war es, die Versorgungs- und Unterstützungsangebote für Kinder mit geistigen, körperlichen und seelischen Behinderungen in Berlin (VERSUKI) zu beschreiben und zu bewerten. Die Ergebnisse der Studie basieren auf vorhandenen statistischen Daten im Land Berlin und eigens für das Projekt erhobenen quantitativen und qualitativen Daten aus drei sog. Berliner Studienbezirken (Pankow, Tempelhof-Schöneberg und Lichtenberg), mit denen eine vertiefende Beschreibung und Beurteilung ermöglicht werden sollte.

## Ergebnisse

Für den Bereich Eingliederungshilfe nach SGB XII war die statistische Datenlage so unzureichend, dass keine detaillierten Aussagen über die Versorgungslage von

Kindern und Jugendlichen mit geistigen und körperlichen Behinderungen gemacht werden konnten. Der Gesetzgeber schreibt in den §§ 121-129 SGB XII (Statistik) zwar die Erfassung von Daten wie den Migrationshintergrund vor, doch war diese Datenlage für Berlin nicht abrufbar.

Die quantitative Datenlage zur Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII war dagegen weitaus umfassender. Es lag öffentlich zugänglich eine Vielzahl von Daten vor, die im Rahmen der §§ 98-103 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfestatistik) erhoben wurden. Zwei Ergebnisse der Studie mit besonderer Relevanz für die Klinische Sozialarbeit in der Ausgestaltung der Eingliederungshilfen sollen an dieser Stelle genauer vorgestellt werden: soziale Benachteiligung und Zugangswege.

**Soziale Benachteiligung.** Die Daten insbesondere zur Eingliederungshilfe nach SGB VIII im Land Berlin zeigen: Eine hohe Zahl von EmpfängerInnen stammt aus Elternhäusern, die von sozialer Benachteiligung betroffen bzw. bedroht sind. So konnte ein hoher Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund festgestellt werden. Bei 30% der Kinder und Jugendlichen war mindestens ein Elternteil ausländischer Herkunft. Neben diesem Indikator für soziale und gesundheitliche Ungleichheit spielte ebenso das niedrige Einkommen (Transferleistungen und soziale Situation) in der Eingliederungshilfe nach SGB VIII im Land Berlin eine bedeutende Rolle. 38,6% der Familien von EmpfängerInnen von Eingliederungshilfe nach SGB VIII bezogen Transferleistungen. 40% der Eltern von Kindern, die Eingliederungshilfen in Anspruch nehmen, waren alleinerziehend. Damit gehören diese Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern zu den gesellschaftlich vulnerablen Gruppen (vgl. Hurrelmann, 2006, S. 26ff.). Die aufgrund von Behinderung bereits bestehende oder drohende Exklusion wird durch soziale Benachteiligung verstärkt. In diesem Sinne können die Eingliederungshilfen nicht losgelöst von sozialen Problemlagen angewandt und weiterentwickelt werden. Die Jugendhilfe muss »zur Kenntnis nehmen, dass es keine einheitliche Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen gibt« (Münder et al., 2009, S. 50). In der Kinder- und Jugendhilfe wird »weitgehend mit jungen Menschen und Familien aus benachteiligten Lebenszusammenhängen, aus defizitären Lebenslagen, aus der Unterschicht« (ebd., S. 66) gearbeitet. Für die Eingliederungshilfe im Rahmen des SGB VIII trifft dies im Land Berlin nachweislich zu.

**Zugangswege.** Die Zugangswege zu Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für Kinder und Jugendliche in den drei vorgestellten Studienbezirken gestalten sich heterogen. Die Verortung der Eingliederungshilfen in den Hilfsstrukturen der Bezirke ist uneinheitlich, und die Grundlagen der Gewährung der Hilfen sind schwer nachzuvollziehen. Abgesehen von den unsicheren Zuordnungen der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung in die Sozialhilfe oder die Jugendhilfe zeigen sich auch im SGB VIII selbst Schwierigkeiten, erzieherische oder rehabilitative Bedarfe eindeutig zu trennen. Die Zugangswege mit ihrer unklaren Verortung und Gewährungsstruktur erschweren die Suche nach passenden Versorgungs- und Unterstützungsangeboten. Seitens der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung bzw. ihrer Eltern und Familien ist ein hohes Maß an Ausdauer, Bestimmtheit und Durchsetzungsvermögen erforderlich, das nicht von allen Hilfesuchenden erwartet werden kann. In Interviews mit MitarbeiterInnen in den Studienbezirken wurde deutlich: In die Eingliederungshilfe gelangen v.a. Eltern mit einem höheren Maß an Informiertheit, z.B. durch das Internet (I 1, I 7, I 8) und auf Eigeninitiative oder weil sie die Mitarbeitenden des Jugendamtes kennen (#00:05:37# I 8), sich durchfragen (#00:05:44# I 8) bzw. durch Mundpropaganda und Empfehlungen von den Möglichkeiten (#00:13:48# I 4) erfahren haben. Zu beachten ist, dass Zugangswege auch über LehrerInnen erfolgen, indem sie die Eltern auf Eingliederungshilfen insbesondere nach § 35a SGB VIII aufmerksam machen. Es könnte deshalb hilfreich sein, LehrerInnen diesbezüglich systematisch fortzubilden.

In Berlin und in den Berliner Bezirken gibt es keine eindeutig benannte und bekannte Anlaufstelle für Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung, um Leistungen der Eingliederungshilfe zu beantragen. Vielmehr ist der Zugang für Eltern hochschwierig angelegt, da im Zweifelsfall mehrere Stellen angelaufen werden müssen, um den Versorgungs- und Unterstützungsbedarf anzuzeigen. Die vollständigen Ergebnisse des Forschungsprojekts sind im Endbericht des Forschungsprojekts nachzulesen (Prchal et al., 2015).

**Klinische Sozialarbeit in der Eingliederungshilfe**

Die Mitarbeitenden in den Studienbezirken in der Eingliederungshilfe (N=34) konnten, als sie nach dem Einfluss der UN-Behindertenrechtskonvention auf ihre Arbeit befragt wurden, nur zwei eindeutige Veränderungen feststellen. 16 Personen wussten nicht, ob die Konvention Einfluss auf ihre Arbeit hat, darunter 11 SozialarbeiterInnen. Dieses Ergebnis deutet da-

rauf hin, dass das eingangs skizzierte Teilhabe-Autonomie-Paradigma in der Praxis der Eingliederungshilfe noch nicht in einem zufriedenstellenden Umfang angekommen ist. Für die Klinische Sozialarbeit tut sich hier ein vielschichtiges Tätigkeitsfeld auf, das sich nicht nur auf individuelle und passgenaue Förderungen von Teilhabemöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen, etwa durch beraterische und/oder sozialtherapeutische Interventionen, beschränken darf. Es gilt ebenso, die Organisation und die Strukturen der Versorgung und Unterstützung in den Blick zu nehmen und daran mitzuwirken, dass Leistungen möglichst »barrierefrei« zugänglich werden. Den dringenden Bedarf zeigen allein schon die beiden oben gezeigten Problemfelder soziale Benachteiligung und Zugänge. Klinische SozialarbeiterInnen sollten sich für ein einheitliches niedrigschwelliges Eingangsmanagement einsetzen. Dies würde die Teilhabechancen deutlich erhöhen. Schließlich ist die Klinische Sozialarbeit gefordert, sich an der Debatte um die sog. »große Lösung« zu beteiligen und sich dafür einzusetzen, dass alle Leistungen zur Eingliederung für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen einheitlich im SGB VIII geregelt werden.

#### Literatur

- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2013a). *Statistischer Bericht K I 3 - j / 12. Sozialhilfe im Land Brandenburg 2012. Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII*. Potsdam: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2013b). *Statistischer Bericht K V 2 - j / 12. Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige im Land Brandenburg 2012*. Potsdam: Amt für Statistik.
- 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.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BAS) (2015). *Abschlussbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales über die Tätigkeit der Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz. 10. Juli 2014 - 14. April 2015. Teil A*. Berlin: BAS.
- Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung* (6., völlig überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Münder, J., Lakies, T. & Trenczek, T. (2009). Einleitung. In J. Münder, T. Lakies & T. Trenczek (Hrsg.), *Frankfurter Kommentar zum SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe* (Reihe: Nomos-Kommentar; 6., vollst. überarb. Aufl.; S. 47-61). Baden-Baden: Nomos.
- Prchal, K., Block, M., Ortmann, K., Fricke, L., Kuhn-Zuber, G. & Zimmermann, R.-B. (2015). *Beschreibung und Bewertung der Versorgungs- und Unterstützungsangebote für Kinder und Jugendliche mit geistigen, körperlichen und seelischen Behinderungen in Berlin. VERSUKI*. Berlin: ISG. Online verfügbar: [http://www.khsb-berlin.de/fileadmin/user\\_upload/aktuelles/Aktuelles\\_IK/Abschlussbericht\\_VERSUKI\\_29\\_05\\_2015korrigiert.pdf](http://www.khsb-berlin.de/fileadmin/user_upload/aktuelles/Aktuelles_IK/Abschlussbericht_VERSUKI_29_05_2015korrigiert.pdf) [06.02.2016].
- Stähler, T. P. (2014). *Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen*. In O. Deinert & F. Welti (Hrsg.), *Behindertenrecht. Arbeits- und Sozialrecht, Öffentliches Recht, Zivilrecht, alphabetische Gesamtdarstellung* (S. 706-711). Baden-Baden: Nomos.

## Rezension

**Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter**

Rolf Göppel

Die Darstellung der zentralen Themen, Herausforderungen und Probleme der Entwicklung im Jugendalter entlang eines Kanons von maßgeblichen »Entwicklungsaufgaben« hat in der Jugendforschung seit Langem Tradition. Dieses von Havighurst stammende Deutungsmuster, das Jugendalter als eine »Verdichtung von Entwicklungsaufgaben« zu verstehen, ist derzeit wohl das prominenteste und findet sich als Referenzkonzept in nahezu sämtlichen neueren entwicklungspsychologischen Lehrbüchern über das Jugendalter (vgl. z. B. Oerter & Dreher, 1995; Fend, 2000; Flammer & Alsaiker, 2002; Kasten, 1999; Grob & Jaschinsky, 2003; Göppel, 2005). Dabei haben die unterschiedlichen AutorInnen die Aufgaben jeweils etwas unterschiedlich benannt, mal sind es zehn, mal sind es sieben Entwicklungsaufgaben, die präsentiert und diskutiert werden. Immer geht es dabei aber darum, so etwas wie ein »Gesamttabelleau« der wichtigsten Themen, die im Jugendalter bedeutsam sind, vorzulegen. Dabei kommen in diesem Konzept einerseits die kulturellen Rahmenbedingungen und die damit zusammenhängenden gesellschaftlichen Erwartungen an die Jugendlichen ins Spiel, die es ihnen unmöglich machen, einfach in der kindlichen Position zu verharren. Andererseits ist es für diesen Ansatz besonders charakteristisch, dass die Jugendlichen dabei als AkteurInnen ihrer eigenen Entwicklung präsentiert werden. Sie sind nicht einfach einem bloßen Reifungsgeschehen oder gesellschaftlichen Zwängen unterworfen, sondern sie sind es, die die Entwicklungsaufgaben auf ihre je eigene Art wahrnehmen, interpretieren, annehmen, bewältigen und dabei Kompetenzen erwerben, Lebensperspektiven gewinnen, Identität erwerben etc. oder aber die im ungünstigen Falle daran experimentieren, laborieren, leiden, scheitern.

Auch Gudrun Quenzel hat ihrem Buch dieses Konzept zugrunde gelegt. Gleichzeitig hat sie jedoch einen spezifischeren Gesichtspunkt im Blick. Ihr geht es um die Frage, wie die Bewältigung bzw. Nichtbewältigung von Entwicklungsaufgaben mit der Gesundheit im Jugendalter zusammenhängt. Die Arbeit ist also im

Schnittfeld von Jugendforschung einerseits und Gesundheitsforschung andererseits angesiedelt. Die fünf Entwicklungsaufgaben des Jugendalters, entlang derer ihr Buch gegliedert ist, hat sie folgendermaßen benannt: »Akzeptieren körperlicher Veränderungen«, »Aufbau sozialer Beziehungen« (sowohl die Veränderung der Beziehung zu den Eltern als auch die Entwicklung der Peer-Group und der romantischen PartnerInnenbeziehungen), »Qualifizieren« (Umgang mit schulischen Leistungsanforderungen und die Entwicklung von Berufsperspektiven), »Regenerieren« (alles, was mit Freizeit, Medien, Substanzkonsum etc. zu tun hat) und »Partizipieren« (v. a. soziales Engagement und politisches Interesse).

Prinzipiell kann die Frage nach dem Zusammenhang von diesen jugendalterspezifischen Entwicklungsaufgaben einerseits mit dem Thema Gesundheit andererseits von zwei Seiten her gestellt werden: Inwieweit ist die Bewältigung jener Entwicklungsaufgaben bei Jugendlichen mit spezifischen chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (z. B. Diabetes, Herzfehler, Hemiplegie, ADHS, Autismus, Neurodermitis) erschwert? Und: Welche Folge hat die Art und Weise, wie Jugendliche mit den typischen Entwicklungsaufgaben ihres Alters umgehen, für ihre gegenwärtige und künftige Gesundheit? Quenzel hat ganz eindeutig jene letztere Fragerichtung im Blick. Auch dabei ist freilich offensichtlich, dass manche der von Quenzel benannten Themen – wie etwa »Regenerieren« mit den darin enthaltenen Unterthemen des Umgangs mit Alkohol, Nikotin und Drogen – einen direkteren Zusammenhang mit dem Gesundheitsthema haben als andere. Bei »Partizipieren« etwa ist zunächst kaum ersichtlich, warum und inwiefern das Ausmaß des sozialen Engagements oder des politischen Interesses bei den Jugendlichen Einfluss auf deren Gesundheitsstatus haben sollten. Bzw., wenn es Zusammenhänge geben sollte, dann wäre hier die kausale Richtung zu überprüfen.

Und auch bei den anderen Entwicklungsaufgaben könnte man natürlich fragen, warum und inwiefern die Zufriedenheit mit den reifungsbedingten körperlichen Veränderungen der Pubertät, die Akzeptanz in der Peergroup, das Engagement in der Schule oder die Mediennutzung in der Freizeit etwas mit dem

Gesundheitsstatus im engeren Sinne – etwa mit der Infektanfälligkeit, der Allergieneigung oder der Krebsrate zu tun haben könnten. Der Nachweis solcher Tendenzen wäre zwar spannend und über psychosomatische und psychoneuroimmunologische Zusammenhänge auch irgendwie verständlich zu machen – hier dürfte die Studienlage freilich ziemlich dünn sein. Quenzel legt ihrer Arbeit jedoch einen sehr viel weiteren Gesundheitsbegriff zugrunde. Als Teilaspekte, die gemeinsam das »gesundheitliche Wohlbefinden« ausmachen, werden in Anlehnung an die WHO-Definition die folgenden Dimensionen unterschieden: »Physisches Wohlbefinden« (Zufriedenheit mit der körperlichen Verfassung, Wohlgefühl im Körper), »psychisches Wohlbefinden« (allgemeine Zufriedenheit, Optimismus und positive Grundstimmung, Kompetenzgefühl, Lebensfreude) und »soziales Wohlbefinden« (Gefühl, anerkannt und geliebt zu werden, Sicherheit im Umgang und Vertrauen in andere Menschen).

Auf der Basis eines derart entgrenzten Gesundheitsbegriffs ist es natürlich wiederum unmittelbar plausibel, dass die Art und Weise, wie Jugendliche mit den durch die Entwicklungsaufgaben bezeichneten Herausforderungen zurechtkommen, sehr wohl Einfluss auf ihr (»gesundheitliches«) Wohlbefinden hat. Unter diesen Voraussetzungen fällt nämlich traditionelle Jugendforschung – die immer schon an bestimmten normativen Vorstellungen »positiver Entwicklung«, »gelingender Sozialisation«, »erwünschter Persönlichkeitsbildung« orientiert war, mehr oder weniger umstandslos zusammen mit der Gesundheitsforschung bezogen auf diesen Lebensabschnitt. Und das ist es letztlich auch, was Quenzels Buch leistet: einen sehr kenntnisreichen und systematischen Überblick zu geben über die neueren Theorieansätze und empirischen Studien, die sich damit befassen, was positiven Entwicklungsprozessen im Jugendalter – bezogen auf die Themenfelder »Körper«, »Freundschaft«, »Bildung«, »Freizeit«, »Engagement« – dienlich ist und was sie eher hemmt und gefährdet.

Quenzel, Gudrun (2015). *Entwicklungsaufgaben und Gesundheit im Jugendalter*. Weinheim: Beltz Juventa. 203 Seiten. ISBN 978-3-7799-2903-1. EUR 26,95.

## Rezension

**Klinisch-therapeutische Arbeit**

Maike Beine

Die klinisch-therapeutisch orientierte Soziale Arbeit ist aufgrund der vielfältigen problematischen Lebensbedingungen der heutigen Gesellschaft und der damit verbundenen Risiken für das gesunde Aufwachsen und Leben der einzelnen Individuen ein wichtiger Bestandteil der Frühprävention im Sinne von biopsychosozialen Interventionsansätzen geworden. In diesem Buch werden grundlegende Positionen, aktuelle Forschungsbefunde und Interventionskonzepte aus der Praxis ausführlich dargestellt.

Die HerausgeberInnen des Buches – Ute Antonia Lammel (Soziotherapeutin, Supervisorin,

Professorin für Theorien und Konzepte der Sozialen Arbeit, Leiterin des Masterstudiengangs »Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit«), Johannes Jungbauer (Dipl.-Psychologe, Supervisor, Professor für Psychologie, Leiter des Instituts für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie igsp) und Alexander Trost (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, systemischer Lerntherapeut und Supervisor, Professor für Kinder- und Jugendpsychiatrie und systemische Konzepte) – erstellen das vorliegende Buch im Rahmen ihrer Lehrtätigkeit im Masterstudiengang »Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit« an der Katholischen Hochschule NRW, Abt. Aachen.

Das Buch ist in drei Hauptteile gegliedert. Im ersten Abschnitt werden theoretische, konzeptionelle und berufspolitische Grundlagen zur klinisch-therapeutischen Sozialen Arbeit (ktSA) thematisch einführend verdeutlicht, im zweiten aktuelle Forschungsbefunde aus Teilbereichen der ktSA vorgestellt und im abschließenden dritten ausgewählte Praxiskonzepte für verschiedene AdressatInnengruppen.

Einleitend zum ersten Abschnitt betonen Lammel, Jungbauer und Trost die gesellschaftliche Relevanz der ktSA und die damit verbundene Wichtigkeit der praxisbezogenen Forschung, um klientInnenorientierte Interventionsmaßnahmen, gemessen an aktuellen Herausforderungen und sozialen Entwicklungen, entwickeln zu können. Als ein Konzept der

ktSA stellen daraufhin Helmut Pauls und Ger- not Hahn die Sozialtherapie als wichtiges Element der Gesundheitsversorgung im Rahmen der Sozialen Arbeit vor. Da Bindung als zentrales Wirkmoment in der Sozialen Arbeit ausgemacht werden kann, widmet sich Alexander Trost anschließend der Bindungsorientierung in der ktSA und der damit verbundenen Relevanz für professionelle Interaktionen. Jörg Baur geht es danach um die Grundlagen klinisch-systemtheoretischer Sozialarbeit, welche die Systemtheoretiker Lothar Krapohl und Renate Zwicker-Pelzer in einem Diskurs reflektieren und resümieren. Ute Antonia Lammel stellt anschließend am Praxisbeispiel der Suchthilfe dar, welchen wichtigen Beitrag die Integrative Therapie im Kontext der ktSA in der Beratung, der Begleitung und der Behandlung der KlientInnen leisten kann. Im letzten Beitrag des ersten Abschnitts beschäftigt sich Michael Borg-Laufs mit den geplanten Änderungen im Psychotherapeutengesetz, die darauf hinauszulaufen scheinen, dass künftig ausschließlich eine universitäre Ausbildung stattfinden soll. Der Autor befürchtet, dass dadurch wichtige Elemente der Sozialen Arbeit aus dem Curriculum ausgeklammert werden und der ktpsychosoziale Ansatz als Perspektive der ktSA verlorengeht.

Im zweiten Teil des Buches werden praxisrelevante Forschungsbefunde aus den verschie-

denen Bereichen der ktSA dargestellt. Zunächst beschäftigen sich Johannes Jungbauer, Aaron Can, Sarah Szombati und Diana Kreuzt mit der Thematik der Supervision und den damit verbundenen (Beziehungs-)Erwartungen der Fachkräfte. Anschließend stellen Kathrin Pentz und Alexander Trost Forschungsergebnisse zur sekundären Traumatisierung und den Bindungsstilen der Fachkräfte der Sozialen Arbeit vor. Von Johannes Jungbauer und Jessica Heibach wird daraufhin ein Forschungsprojekt zu Hilfebedarf und Erfahrungen von Geschwistern magersüchtiger Mädchen und Frauen Johannes Jungbauer und Jessica Heibach präsentiert. Miriam Floren, Maja Jupe, Gerald Hüther und Hilarion G.Petzold stellen im letzten Beitrag dieses Abschnitts ihre Forschungsergebnisse über die Bedeutsamkeit der körper-orientierten Arbeit mit adolescenten jugendlichen dar.

Im abschließenden dritten Teil des Buches werden drei Praxiskonzepte aus verschiedenen Bereichen der ktSA vorgestellt. Silke Brigitta Gahleitner und Barbara Kreiner beschreiben einen sozialtherapeutisch orientierten Ansatz für die Arbeit mit komplex traumatisierten KlientInnen, Ann-Kathrin Knüver und Johannes Jungbauer anschließend ein Beratungskonzept für die Eltern schizophoren erkrankter erwachsener Kinder. Im letzten Beitrag stellt Johannes Jungbauer das Konzept »Der Angehörigen-Lot-

se« vor, welches sich mit der umfassenden Betreuung und Beratung der Angehörigen von SchlaganfallpatientInnen beschäftigt.

Dieses umfassende, äußerst praxisbezogene Werk stellt die Aktualität, die Herausforderungen und die unterschiedlichen Praxiskonzepte der ktSA vor. Dabei wird sehr praxisnah die gesellschaftliche Relevanz der ktSA herausgearbeitet, denn die gesellschaftlichen Herausforderungen lassen klinisch-therapeutische Interventionen als Reaktion auf multiproblembe- lastete Klientel immer wichtiger werden. Die Intention des Buches, die weitere Etablierung der klinisch-therapeutisch orientierten Sozialen Arbeit in Deutschland voranzutreiben, wird mit diesem Werk sicherlich gelingen. Besonders erfrischend in diesem Buch ist die Verbindung von Praxisbeispielen mit theoretischen Inputs, weshalb es sich angenehm lesen und verstehen lässt. Auch die Gliederung ist sehr sinnvoll gestaltet, da zunächst grundlegende Theorien dargestellt werden, bevor diese an Praxisbeispielen vertieft werden.

*Lammel, Ute Antonia, Jungbauer, Johannes & Trost, Alexander (Hrsg.) (2015). Klinisch-therapeutische Arbeit. Grundpositionen, Forschungsbefunde, Praxiskonzepte. Dortmund: vml. 221 Seiten. ISBN-Nr. 978-3-8080-0772-3. EUR 19,95.*

## Tagungsbericht

### Aachener Fachtagung zu Klinischer Sozialarbeit und Sozialtherapie im Oktober 2015

Ute Antonia Lammel

Am 16./17.10.2015 fand unter Leitung von Ute Antonia Lammel die 6. deutsche Fachtagung der Klinischen Sozialarbeit an der KathO in Aachen statt. Mit 180 TeilnehmerInnen aus dem ganzen Bundesgebiet, aus Österreich und der Schweiz war die Tagung völlig ausgebucht.

Zum Thema »Sozialtherapie. Heilsame Interventionen in verschiedenen Arbeitsfeldern. Grundlagen, Forschungsergebnisse, Arbeitsansätze« referierten namhafte Fachleute aus Deutschland sowie Österreich. In zahlreichen Panels brachten PraxisvertreterInnen und WissenschaftlerInnen Best-Practice-Beispiele und aktuelle Forschungsergebnisse aus klinisch-therapeutischen Arbeitsfeldern ein. Behandelt wurden die Arbeit mit Familien und Kindern psychisch kranker Eltern, die Arbeit im Kinderschutzkontext, in der Suchthilfe, im Betreuten Wohnen für Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen, an den Schnittstellen von Jugendhilfe, Suchthilfe und Psychiatrie und mit alten Menschen. In Workshops konnten sich die TeilnehmerInnen intensiv mit diagnostischen Zugängen und klinisch-therapeutischen Handlungsansätzen beschäftigen.

Heiner Keupp (LMU München) sprach in seinem Eröffnungsvortrag über »Handlungsbefähigung in der Spätmoderne« und diskutierte die Frage »Was macht Heranwachsende heute stark?« Ausgehend von dieser gesellschaftlichen Analyse nahm Helmut Pauls (HS Coburg) anschließend eine Standortbestimmung zur Sozialtherapie in Deutschland vor, unter dem Vortragstitel »Sozialtherapie – unterwegs zu einem klinischen Selbstverständnis«. Einen

besonderen Entwicklungsbedarf in den verschiedenen Arbeitsfeldern markierte Alexander Trost, indem er über die notwendige »Bindungsorientierung in der Klinischen Sozialarbeit« sprach und wichtige Erkenntnisse aus den Bindungstheorien vorstellte. Er knüpfte damit an die Aachener Tagung »Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit« im Jahr 2013 an. Die Tagungsleiterin Ute Antonia Lammel interviewte den langjährigen Leiter der Drogen-therapeutischen Gemeinschaft Tauwetter Kurt Funk zur Entwicklung der Sozialtherapie im Kontext der Suchthilfe. Als Sozialarbeiter, Psycho- und Lehrtherapeut, der seit Jahrzehnten Sozial- und PsychotherapeutInnen ausbildet, konnte Funk interessante Einblicke in die Professionalisierung Sozialer Arbeit im therapeutischen Kontext geben. Mit seinen Statements lieferte er wichtige Anregungen für die Entwicklung der Berufsrollenidentität von PraktikerInnen und Studierenden der klinisch orientierten Masterstudiengänge. In den abschließenden Statements von Helmut Pauls (HS Coburg), Silke Birgitta Gahleitner (ASH Berlin), Kurt Funk, Dario Deloie (FH Köln) und Ute Antonia Lammel (KathO Aachen) wurden Entwicklungsbedarfe und Perspektiven der Sozialtherapie skizziert. Die Tagung endete mit einer Aufbruchstimmung und den Appellen, »Spielräume« stärker als bisher zu nutzen und die Behandlungsbeteiligung Sozialer Arbeit, die bereits 1926 von Alice Salomon und Siddy Wronsky in der Veröffentlichung »Soziale Therapie« formuliert wurde, deutlicher als bisher zu markieren.

Soziale Arbeit in ambulanten und stationären Arbeitsfeldern ist seit Jahrzehnten maßgeblich an der Betreuung, Beratung und Behandlung von Menschen aller Altersgruppen mit chro-

nischen psychosozialen Notlagen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen beteiligt. Ein großer Teil der therapeutischen Versorgung wird von SozialarbeiterInnen geleistet. Auf der Basis einer ökobiopsychosozialen Diagnostik bietet Soziale Arbeit mit klinischem Sachverstand alltagsnahe und lebensweltbezogene Hilfen, die zur Stabilisierung und Gesundheit beitragen. Mit der 6. Fachtagung der Klinischen Sozialarbeit in Deutschland, den dort präsentierten Forschungsergebnissen und den vorgestellten Handlungsansätzen hoffen wir, dass es uns gelungen ist, die Praxis der klinisch-therapeutischen Sozialen Arbeit vielfältig zu bereichern.

Flankiert wurde der Kongress von einem Treffen der politischen Interessenvertretung der Sektion Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) und dem Treffen des European Centre for Clinical Social Work (ECCSW).

Die Tagung fand in angenehmer Atmosphäre statt und bot vielfältig Gelegenheit zum Austausch zwischen klinisch-therapeutischen Praxisfeldern, einschlägigen Forschungsaktivitäten und klinisch-therapeutischen Masterstudiengängen. Die große Tagungsnachfrage deutet darauf hin, dass »Sozialtherapie« und Behandlungsaspekte der Sozialen Arbeit bei PraktikerInnen, Studierenden und WissenschaftlerInnen gleichsam von aktueller Bedeutung sind.

Anlässlich der Tagung wurde das gerade erschienene Buch »Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit – Grundpositionen, Forschungsbefunde, Praxiskonzepte«, herausgegeben von Ute Antonia Lammel, Johannes Jungbauer und Alexander Trost, erstmals vorgestellt (siehe oben, Rezension von Maïke Beine).