

Armin Schneider
Anna Lena Rademaker
Albert Lenz
Ingo Müller-Baron (Hrsg.)

Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit

Forschung: bio-psycho-sozial

Theorie, Forschung und
Praxis der Sozialen Arbeit, Band 8

Verlag Barbara Budrich



Buchreihe

Theorie, Forschung und Praxis
der Sozialen Arbeit

herausgegeben von

Prof. Dr. Stefan Borrmann

Prof. Dr. Herbert Effinger

Prof. Dr. Silke Gahleitner

Prof. Dr. Michaela Köttig

Prof. Dr. Björn Kraus

Prof. Dr. Sabine Stoevesand

für die

Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit
(DGSA)

Band 8

Armin Schneider • Anna Lena Rademaker •
Albert Lenz • Ingo Müller-Baron (Hrsg.)

Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit

Forschung: bio-psycho-sozial

Verlag Barbara Budrich
Opladen • Berlin • Toronto 2013

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Gedruckt auf säurefreiem und alterungsbeständigem Papier.

Alle Rechte vorbehalten.

© 2013 Verlag Barbara Budrich, Opladen, Berlin & Toronto
www.budrich-verlag.de

ISBN: 978-3-8474-0078-3 (Paperback)

eISBN: 978-3-8474-0340-1 (eBook)

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlaggestaltung: disegno visuelle kommunikation, Wuppertal – www.disenjo.de

Vorwort

zur Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit

Professionelle, die sich in Wissenschaft und Praxis mit der Wahrnehmung, Analyse, Erklärung, Vermeidung und Minderung sozialer Probleme befassen, benötigen in der Ausbildung und für die Arbeit mit ihren AdressatInnen tragfähige Definitionen, empirisches Wissen sowie hilfreiche Analysen und Erklärungsangebote. Aber auch in Auseinandersetzung mit der politischen und fachlichen Öffentlichkeit bedarf es schlüssiger Argumente, die allzu einfachen Erklärungsmustern begegnen und helfen, diese Phänomene in ihrem sozialen Kontext zu verstehen und Anderen verständlich zu machen. PraktikerInnen und WissenschaftlerInnen benötigen daher Material und Ideen, die ihre professionelle Kompetenz bei der Erklärung und Bearbeitung sozialer Probleme und ihre Kreativität für die Bewältigung dieser oft schwierigen und komplexen Aufgaben unterstützen.

Die Gesellschaft und die professionelle Praxis sind reich an Erfahrungen im Umgang mit sozialen Problemen. In vielen Bereichen sind wir jedoch immer noch arm an empirisch und theoretisch fundierten Analysen und Erklärungen. In manchen Bereichen bleiben Erfahrungen sowie gelungene und misslungene Lösungs- und Interpretationsbemühungen undokumentiert, unausgewertet, unverstanden und vor allem unveröffentlicht. Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) bemüht sich seit über 20 Jahren darum, diese Erfahrungen für den professionellen und disziplinären Diskurs aufzubereiten.

Als Förderer der Disziplin und Profession Sozialer Arbeit entfaltet die Fachgesellschaft dafür eine Reihe von Aktivitäten in Forschung, Theorie und Ausbildung. Neben dem Fachdiskurs innerhalb der Sektionen und Fachgruppen sowie der Anregung curricularer Weiterentwicklungen und der Förderung des wissenschaftlichen und professionellen Nachwuchses gehören dazu auch die Veröffentlichung und Verbreitung wissenschaftlicher Erkenntnisse. Die Fachbeiträge sollen dazu dienen, fundiert und aktiv fach- und gesellschaftspolitische Debatten mit zu gestalten, die sich mit der Lösung von den für die Soziale Arbeit relevanten sozialen Problemen befassen.

Die 2010 gestartete Schriftenreihe der DGSA versteht sich dabei als ein Forum, das sich aus den Beiträgen der Sektionen und Fachgruppen, den von ihnen veranstalteten Tagungen und Kongressen speist, jedoch darüber hinaus auch zentrale Themen und Fragestellungen des Fachdiskurses im Bereich der Sozialen Arbeit aufgreift. Die Reihe wendet sich an Lehrende, Forschende, PraktikerInnen und Studierende der Sozialen Arbeit sowie benachbarter Disziplinen und Professionen, die sich ebenfalls mit den Gegenständen der Sozialen Arbeit in Wort und Tat befassen. Wir verstehen diese Reihe als eine

Einladung an alle Interessierten, sich am Diskurs über die aufgeworfenen Fragen zu beteiligen.

In diesem Sinne hoffen wir, dass die Reihe zur Mehrung der Erkenntnisse beiträgt und möglichst vielen einen Ansporn gibt, sich in diesen Prozess einzubringen.

Dresden, Landshut, Berlin, Frankfurt a.M.; Freiburg/Br., und Hamburg
im Januar 2013

Die HerausgeberInnen

Stefan Borrmann
Herbert Effinger
Silke Birgitta Gahleitner
Michaela Köttig
Björn Kraus
Sabine Stövesand

Inhalt

Einleitung.....	9
-----------------	---

Grundsätze von bio-psycho-sozialer Forschung

Hans Günther Homfeldt

Forschungsfacetten einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit Orientierungspunkte – Einblicke – Aufgaben.....	15
--	----

Martin Hafen

Soziale Arbeit und Gesundheit – Chancen und Herausforderungen an der Schnittstelle zweier Funktionssysteme	35
---	----

Silke B. Gahleitner

Forschung „bio-psycho-sozial“: Bestandsaufnahme und Perspektiven aus Sicht der Sozialen Arbeit.....	49
--	----

Ressourcen und Potentiale zur Förderung von Gesundheit

Catherine Kaiser-Hylla

Kunst und Resilienz bei traumatisierten Kindern: Ein Forschungsprojekt	67
---	----

Albert Lenz und Anna Lena Rademaker

Förderung psychischer Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen – eine Aufgabe der Jugendhilfe	79
---	----

*Hildegard Müller-Kohlenberg, Sibylle Drexler, Christine Freitag,
Sarah Rölker*

Gesundheit als Merkmal ganzheitlicher Persönlichkeitsförderung im Mentorenprojekt <i>Balu und Du</i>	97
---	----

Katrin Liel

Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit zu einem gesunden Lebensstil motivieren	115
---	-----

Organisation, Personal und Netzwerke - Gesundheitsfördernd denken

Armin Schneider

Gesunde und nachhaltige Organisationen..... 129

Michael Böwer

Kinderschutzorganisationen und Zuverlässigkeit.
Befunde und Anschlüsse empirischer Forschung im Kinderschutz..... 143

Daniela Molnar

Gesundheit in der Sozialen Arbeit
Arbeitsbelastungen in Kontaktläden 157

Eva Brockmann

Durch Vernetzung Türen öffnen – Die Ausgestaltung der Kooperation
in der Unterstützung der Familien
mit einem psychisch erkrankten Elternteil 173

Gesundheitsförderung an der Schnittstelle von Medizin und Sozialer Arbeit

Stefan Dettmers

Sozialarbeitsforschung mit SchlaganfallpatientInnen und ihren
Angehörigen: Work in Progress 187

Anne Taubert, Jürgen Walter, Dirk Jäger und Dominik Ose

Koordination psychosozialer Beratungsangebote in der onkologischen
Versorgung Entwicklungsstand und Perspektiven..... 199

Irmgard Vogt

Doing gender: Selbstdarstellung von süchtigen Männern und Frauen
in qualitativen Interviews..... 209

Verzeichnis der AutorInnen..... 219

Einleitung

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (WHO 1946)

Gesundheit ist ein geordnetes Zusammenspiel normaler Funktionsabläufe und des normalen Stoffwechsels (Büchner), die Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können (Freud) oder der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist (Parsens). Gesundheit ist sich wohl fühlen und sich frei bewegen können, guten Appetit haben, normal in seinen Funktionen sein und daher keinen Arzt aufsuchen müssen (Ghandi) oder nach oben bereits genannter Definition der WHO, ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht alleine das Freisein von Krankheit und Gebrechen (vgl. Waller 2006).

Programmatisch wie der Titel des vorliegenden Bandes, Soziale Arbeit - Forschung - Gesundheit, Forschung: bio-psycho-sozial, entwickelt sich in der Sozialen Arbeit ein (wieder)entdecktes Feld, der Bearbeitung gesundheitsbezogener Themenschwerpunkte. Obwohl vielfältige Forschungsfragen die gesundheitliche Lage von Menschen betreffen, scheint die Soziale Arbeit in diesem Feld noch im Auf- und Ausbau ihrer Kompetenzen zu sein.

Der vorliegende Band hat sich daher zur Aufgabe gemacht Forschung der Sozialen Arbeit im Schnittfeld von Medizin und Psychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe, der Hilfe von Menschen in besonderen Lebenslagen sowie in ihrer organisationalen Zugehörigkeit aufzuzeigen. Er soll Anregung bieten, zur Diskussion einladen und zur Weiterentwicklung einer Sozialen Arbeit, die sich mit Gesundheit und Krankheit beschäftigen könnte, beitragen.

Diesem Ziel zugrunde liegend steht die Frage nach einer Annäherung an eine Begriffsbestimmung von Gesundheit im Kontext ihres sozialen Besonderen im Vordergrund.

Interdisziplinär weitestgehend konsensfähig, jedoch nicht kritikfrei, könnte die Definition der WHO hierzu benannt werden, die in ihrer Besonderheit drei Determinanten von Gesundheit hervorhebt: die physische, psychische und soziale. Ihrer grundlegenden Annahme folgend, konstruiert sich individuelles Wohlbefinden aus einem Zusammenspiel des Gleichgewichts drei benannter Determinanten, in einer immer währenden dynamischen Auseinandersetzung zur Annäherung an den gesunden Pol auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (vgl. Antonovsky 1997). Physische, psychische und soziale Belastungen wirken auf das Individuum ein, wobei ihre gelingende Bewältigung von vorhandenen Ressourcen zur Einflussnahme auf diese be-

lastenden Situationen, in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht elementar beeinflusst werden. Benannte Belastungen sind jedoch ungleich unter den Menschen verteilt, sodass Menschen aus sozial und ökonomisch benachteiligten Lebensumständen auch unter einem höheren Risiko gesundheitlicher Belastungen leiden.

Seit einigen Jahren nehmen diese besorgniserregenden Entwicklungen, der gesundheitlichen Lage von Menschen im Zusammenhang mit ihren sozialen und ökonomischen Lebensumständen verstärkt Einzug in fachliche und politische Diskussionen. Plakativ lassen sich diese Entwicklungen bspw. mit dem Slogan *Armut macht krank* und *Krankheit macht arm* zusammenfassen. Die Kinder- und Jugend-, Gesundheits- und Sozialberichtserstattung des Bundes weisen diesen Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage von Menschen nach, wodurch Handlungsbedarfe für soziale Dienste abzuleiten wären. Bestrebungen hierbei sind insbesondere eine zunehmende ganzheitliche, individuelle Förderung zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit aller Menschen (vgl. WHO 1986). Im Fokus stehen die Entwicklung, Implementation und Evaluation neuer Konzepte, um möglichst vielen Menschen eine gleichermaßen gute Verteilung von Ressourcen zur Einflussnahme auf ihre gesundheitliche Lage zur Verfügung zu stellen, wobei die Förderung interdisziplinärer Zugänge zu (neuen) Konzepten und der Ausbau von Kooperationen sozialer und gesundheitlicher Dienste bei diesen Bestrebungen besonders hervorzuheben wären.

Herausforderung der Sozialen Arbeit ist es diesen Entwicklungen zu folgen, ihr *Besonderes* im bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit und Wohlbefinden herauszuarbeiten und auf, ihr inne liegende Stärken, zur Befähigung der Einflussnahme auf die sozialen Determinanten von Gesundheit, evident belegbar, zu verweisen. Soziale Arbeit mit ihrem umfassenden Blick auf Gesundheit und Wohlbefinden ist, insbesondere in der interdisziplinären Zusammenarbeit, auf Forschung aus ihrer eigenen Disziplin heraus angewiesen. Sie befasst sich in diesem Sinne mit dem *Besonderen* des *Sozialen* im Gesundheits- und Krankheitsmodell und kann und soll Entwicklungen des Feldes beleuchten, aufdecken und anhand ihrer Erkenntnisse weiter gestalten, um sich dem hohen Ziel gesundheitlicher Chancengleichheit aller Menschen, aus ihr inne liegender Kompetenz heraus anzunähern.

Dieser Band in der Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit vereint *im ersten Abschnitt* Grundsatzartikel zur bio-psycho-sozialen Forschung, die auch die wichtige Dimension Sozialer Arbeit im Umfeld der Gesundheit verdeutlichen.

Hans Günther Homfeldt unterscheidet im Umfeld von Sozialer Arbeit und Gesundheit sechs verschiedene Forschungsfacetten von der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen über Gesundheitsarbeit im Sozialwesen bis hin

zur Internationalität und Transnationalität. Exemplarisch zeigt er dies an den bisher kaum betrachteten Bereichen der Katastrophenhilfe und der Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen auf.

Chancen und Herausforderungen an der Schnittstelle der Funktionssysteme Soziale Arbeit und Gesundheit sind das Thema von *Martin Hafjen*. Ausgehend vom Gesundheitsbegriff könne Soziale Arbeit als differenziertes Funktionssystem auch ihre Funktion beim Nicht-Entstehen von Krankheiten ausfüllen, um Risiken zu minimieren und Schutzfaktoren zu stärken. Es bedürfe eines wechselseitigen Verständnisses der Systeme Soziale Hilfe und Gesundheit, da sich Probleme in einem System auf das je andere auswirkten.

Von einer Bestandsaufnahme der bio-psycho-sozialen Forschung zeichnet *Silke Birgitta Gahleitner* Perspektiven aus der Sicht der Sozialen Arbeit auf. Sozialer Arbeit gehe es über das Verstehen hinaus um Veränderung, dabei könne sie auf eine Tradition einer engen Verwobenheit zwischen gesundheitlichen und sozialen Aspekten zurückblicken. Ungleichheit und sozio-ökonomischer Status wirken sich auf den Gesundheitszustand aus. Ein Selbstverständnis Sozialer Arbeit als forschende Disziplin und klare Positionierungen seien für die Zukunft bedeutsam.

Wie und wo Ressourcen und Potentiale zur Förderung der Gesundheit entwickelt werden können behandelt der *zweite Abschnitt*.

Catherine KaiserHylla berichtet von einem Forschungsprojekt zur Bedeutung von Kunst und Resilienz bei traumatisierten Kindern. Gerade die durch Kunst mögliche nonverbale Artikulation wird in einer Studie mit traumatisierten Kindern zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Kontext einer Kunstwoche erhoben und mit den Ergebnissen einer Kontrollgruppe verglichen. Die gewonnenen Erkenntnisse zeigen auf eine Nachhaltigkeit der Kunsterlebnisse.

Angesichts der Erkenntnisse zur weiten Verbreitung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen weisen *Albert Lenz und Anna Lena Rademaker* auf Risiko- und Schutzfaktoren hin, gerade im sozialen Feld seien vielfältige Ressourcen erkennbar, die nachhaltig auch auf die Entwicklung im Jugendalter wirkten. Gesundheitsförderung sei daher eine zentrale Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe. Ansätze dazu sehen beide in mehreren Feldern und Bereichen.

Die Figur des Bären Balu als erwachsener Freund des Menschenkindes Mogli im Dschungelbuch ist Namensgeber des von *Hildegard Müller-Kohlenberg, Sibylle Drexler, Christine Freitag und Sarah Rölker* erforschten Mentorenprojektes. Hier wurden Kindern im Grundschulalter erwachsene FreundInnen zur Seite gestellt, die sich einmal wöchentlich mit den Kindern trafen. Die Ergebnisse zeigen erstaunliche Nettoeffektstärken u.a. in den Bereichen Lernhaltung, Selbstorganisation, Empathie und Konzentrationsfähigkeit bei den „Moglis“.

Katrin Liel betrachtet abschließend in diesem Abschnitt den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Liel geht der Frage nach, wie die Gesundheitsförderung für Menschen in Arbeitslosigkeit gestaltet werden kann. Im Rahmen einer kontrollierten Feldstudie konnte ein Gesundheitskompetenztraining auf seine Effekte hin untersucht werden. Ergebnisse konnten in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Alkoholkonsum erzielt und ermittelt werden, die nicht nur artikuliert, sondern auch umgesetzt wurden.

Dass Gesundheitsförderung nicht nur an den Individuen, sondern auch an Organisationen, bei den Fachkräften und in Netzwerken angesiedelt sein muss, wird in den Beiträgen im *dritten Abschnitt* erkennbar.

Nachhaltigkeit und Gesundheit muss angesichts der Bedeutung von Organisationen für das Individuum laut *Armin Schneider* wichtiges Ziel in Organisationen sein. Gesundheitsförderung sollte gerade für die Fachkräfte in der Sozialen Arbeit wichtig sein. Doch dazu bedarf es einer klaren Entscheidung unter ethischer Reflexion. Eine gesunde und eine nachhaltige Organisation sei machbar und geboten angesichts jetzt schon vorliegender Forschungsergebnisse zur Wirkung von Organisationen.

Michael Böwer analysiert Kinderschutzorganisationen und Zuverlässigkeit angesichts der Fülle von Forderungen und Ideen in der aktuellen Diskussion um einen wirksamen Kinderschutz, der vor allem in Kontext der Rolle der Jugendämter geführt wird. Aus deren Perspektive sei eine Aufmerksamkeit auf Abläufe hin erforderlich, es gäbe nur vage Sicherheiten, man könne sich nur mit „Halbwegs-Sicherheiten“ begnügen.

Den Fokus auf Fachkräfte, in diesem Fall auf MitarbeiterInnen in Kontaktläden und deren Arbeitsbelastung legt *Daniela Molnar* in ihrem Beitrag. Kontaktläden erfordern eine besondere Belastungsfähigkeit, die nicht generell als negativ zu sehen sei. Erste Ergebnisse von Experteninterviews deuten darauf hin, dass strukturelle Bedingungen sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf institutioneller und arbeitsfeldspezifischer Ebene ebenso relevant sind wie Anforderungen an die berufliche Rolle und die Anteilnahme.

Eva Brockmann nimmt die Vernetzung im Bereich der Unterstützung von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil in den Blick. Kinder seien hier von Tabuisierungen, eingeschränkten Erziehungskompetenzen, Veränderungen der Elternbeziehung und fehlender sozialer Unterstützung betroffen. Sie brauchen für ihre Entwicklung spezifische Schutzfaktoren. Unterstützungsmaßnahmen würden zugunsten der elterlichen Unterstützungswünsche weniger in Anspruch genommen. Innerhalb und zwischen den Organisationen komme es ebenso auf die Kooperation an wie auf den einzelnen Fall.

Im *vierten und letzten Abschnitt* werden Erfahrungen und Forschungsergebnisse an der Schnittstelle zwischen Medizin und Sozialer Arbeit erörtert.

Als „work in progress“ sieht *Stefan Dettmers* den Stand seiner Forschung in den Veränderungen sozialer Teilhabe bei von einem Schlaganfall betroffenen Menschen und deren nächsten Angehörigen. Bedeutungsmuster sollen dabei hinsichtlich der sozialen Teilhabe in einem induktiv-deduktiven Design herausgearbeitet werden. Hürden, Schwierigkeiten und erste Schritte der Forschungspraxis in diesem Feld werden benannt.

Anne Taubert, Jürgen Walter, Dirk Jäger und Dominik Ose beschreiben den Entwicklungsstand und die Perspektiven der Koordination psychosozialer Beratungsangebote in der onkologischen Versorgung. Eine Literaturrecherche lieferte einen ersten Überblick über psychosoziale Interventionen und Faktoren zum Zugang zu sozialen Diensten. Verwiesen wird hier u.a. auf erfolgreiche Modelle aus Kanada mit der Koordination begleitender Dienste.

Irmgard Voigt stellt Ergebnisse aus einem Forschungsprojekt im Feld von drogenabhängigen Frauen und Männern unter dem Gesichtspunkt des „doing gender“ vor. Selbstaussagen lassen erkennen, dass sich traditionelle Rollenstereotypen der Frau als (passives) Opfer und des Mannes als stark und kämpferisch im Drogenmilieu weiterhin halten. Während sich das Bild der Frauen in Richtung aktiv und unangepasst verlagert, können gerade die Männer auf Grund des Festhaltens an alte Rollen als „Looser“ gesehen werden.

Literatur

- Antonovsky, Aaron (1997): Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
- Waller, H. (2006): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage
- WHO (World Health Organisation): Link: www.euro.who.int/de/home (letzter Zugriff 02.08.2012)

Hans Günther Homfeldt

Forschungsfacetten einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit

Orientierungspunkte – Einblicke – Aufgaben

In meinem Beitrag geht es nicht um die Skizze zu einer umfassenden Forschungstopografie, sondern im Mittelpunkt des Beitrages stehen sechs Forschungsfacetten einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Sie signalisieren, dass es um kleine Landschaften geht, die ich versuche sichtbar werden zu lassen. Es sollen allerdings gesellschaftlich wichtige und auch aktuelle Bereiche sein.

Nach einem knappen Porträt der Facetten der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit werden jeweils an einem Beispiel forschungsbezogene Desiderate, z. B. in Form von Fragen, formuliert. Zum Abschluss werden zwei forschungsrelevante Komponenten im Sinne eines gemeinsamen Siebten benannt. Begonnen wird mit zwei für die Entwicklung einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit wichtigen Orientierungspunkten: dem Leib-Körperbezug in Theorie bildender Hinsicht und den Gesundheitssurveys als Impulsgeber für die Gestaltung der Praxis einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit.

Orientierungspunkte

1. Gesundheit hat bis in die zweite Hälfte der 80er Jahre in der Sozialen Arbeit mehr oder weniger ein Schattendasein geführt. Hintergründe dafür sehe ich in zweierlei: Es wurden während der gesellschaftlichen Neuorientierung der Sozialen Arbeit Ende der 60er Jahre Gesundheitsbildung und die Förderung von Gesundheit noch nicht als Aufgabenfelder gesehen. Der Gesundheitspolitik fiel Ende der 60er Jahre keine dominante Rolle zu wie vierzig Jahre später. Vor allem entwickelte sich in der Nachkriegszeit das Aufgabenspektrum der Gesundheitspolitik ganz im Zeichen des Wiederaufbaus. Im Vordergrund eines sich sozialwissenschaftlich entwickelnden Verständnisses von Sozialer Arbeit standen Kritiken an ihrer bisherigen politischen Funktionslosigkeit, notwendige Klärungen zur Verhältnisbestimmung von Sozialer Arbeit und Sozialwissenschaften und Überlegungen zu einer ideologiekritischen professionellen Positionierung (vgl. Otto 1973: 255).

Für das Schattendasein einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit in den ersten vier Jahrzehnten nach dem II. Weltkrieg mitverantwortlich ist das abzuarbeitende „Erbe“ der NS-Ideologie gewesen, zu dem auch ihre Ver-

drängung zu rechnen ist (vgl. Böhnisch/Arnold/Schröer 1999: 181), so dass es nach 1945 auch noch nicht gelingen konnte, die gesellschaftlichen Bezüge von Gesundheit und Krankheit (vgl. Homfeldt/Sting 2011: 567) sowie von Leiblichkeit als multidimensionalem Medium des Sozialen und damit als Bestandteil gesellschaftlicher Wirklichkeit zu begreifen (vgl. Gugutzer 2012: 17), obwohl auch seinerzeit evident gewesen sein dürfte, dass ohne Leib und Körper keine Tätigkeit ausgeführt werden kann (vgl. Uzarewicz 2011: 158).

Bis heute hin sind Körper respektive Leib als soziale Realitäten wenig im Blick einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit. Nach wie vor wird kaum gefragt, wie durch eine leiblich-körperliche Interaktion soziale Ordnung und sozialer Wandel erzeugt werden. Immer noch sind Wissen und Denken *von etwas* die einzig legitimen Zugangsmöglichkeiten für eine professionell geprägte Wirklichkeit, nicht aber der Leib als „der absolute Ort subjektiver Tatsachen“ (Uzarewicz 2011: 184). Zwar werden im Verlauf der letzten beiden Jahrzehnte Leib und Körper als Bedingung von Erfahrung/Wissen und Bewusstsein zunehmend thematisiert, nicht aber Leib und Körper als für Wissen, Denken und Bewusstsein konstitutive Grundlagen aufgefasst, wie es die Neophänomenologie versteht (zur Differenzbestimmung von Leib und Körper auf der Basis der von dem Kieler Philosophen Hermann Schmitz entwickelten Neophänomenologie Gugutzer 2012 sowie Uzarewicz 2011).

Eine in diesem Sinne vorhandene Leib- und Körperferne der Sozialen Arbeit als Wissenschaft und auch Profession steht in deutlichem Kontrast zur leib- und körperzentrierten Lebenswirklichkeit vor allem junger Menschen. So spielen körperbezogene Selbsterprobungen eine große Rolle, um Einzigartigkeit, Anderssein und Zugehörigkeit zu erleben. Ein wichtiges Forschungsfeld gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit liegt in der körperbezogenen Bildungsarbeit, etwa in der Suchtprävention. Bei genauerem Hinsehen beschränken sich die meisten präventiven Konzepte aber einzig auf kognitive, emotionale und soziale Kompetenzen und Wissensinhalte. Das Bedürfnis nach Körpersensationen, das Suchtentwicklungen oftmals vorausgeht, bleibt hingegen ausgeblendet. Hier gibt es in den unterschiedlichen Forschungsfeldern noch viel Klärungsbedarf. Dass Akteure sozialen Handelns mit einem Körper ausgestattet sind und ihren Leib spüren, sollte in der theoretischen Konzeptualisierung von Sozialität und damit insbesondere in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit grundlegend einbezogen werden. Wichtige weiterführende Impulse für die Theoriebildung und die Praxisgestaltung kann die Neophänomenologie geben.

2. Einen erheblichen Bedeutungsgewinn erfuhr die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit bekanntlich in der zweiten Hälfte der 80er Jahre nach der Ottawa-Charta. Einen weiteren starken Anstoß gab es mit Beginn der Jahrhundertwende, vor allem Kinder und Jugendliche betreffend, insbesondere durch Gesundheitssurveys, Berichterstattungen zur Gesundheit (z. B. zur Ernährung) und die gesellschaftspolitischen Reaktionen darauf (z.B. zum

Alkoholkonsum Jugendlicher oder zum Übergewicht). Kritisch zu schauen ist dabei, ob eine in den politischen Reaktionen artikulierte Sorge auf das Wohlergehen der Kinder und Jugendlichen gerichtet ist oder aber eher eine ökonomische Sorge im Vordergrund steht. Dies gilt übrigens nicht nur für Deutschland, sondern auch für die meisten anderen Länder in EU- Europa.

Ergebnisse für Deutschland liefern neben der alle vier Jahre gesundheitsbezogene Einstellungen und Handlungsweisen im Zeit- und Ländervergleich erforschenden HBSC-Studie (siehe dazu die Faktenblätter des HBSC-TEAMS DEUTSCHLAND 2011) und der UNICEF-Studie (Bertram 2008) der bundesweit erste repräsentative Gesundheitssurvey – die berühmte KIGGS-Studie - für Kinder und Jugendliche zwischen 0 bis 17 Jahren. Dabei wurden „Merkmale der körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit in Anlehnung an das WHO-Gesundheitsmodell erhoben“ (Kurth/Hölling/Schlack 2008: 109).

Sozial- und vor allem jugendpolitisches Interesse an Gesundheit dokumentiert ferner der 13. Kinder- und Jugendbericht aus dem Jahr 2009, der sich mit Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogener Prävention und vor allem der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitshilfe und Eingliederungshilfe befasst.

Feststellbar ist insgesamt: In dem Maße, wie Gesundheit stärker ins Blickfeld des gesellschaftspolitischen Interesses gerückt ist, scheint sich auch das fachpolitische Interesse an Gesundheit in der Sozialen Arbeit erhöht zu haben. Mit ihm hat sich ebenfalls das Berufsfeld weiter ausdifferenziert. So sind in Deutschland inzwischen ein Fünftel der berufstätigen SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen im Gesundheitswesen tätig. Nach dem Kinder- und Jugendhilfebereich ist das Gesundheitswesen zum wichtigsten Berufsfeld geworden. Auch das disziplinäre Interesse der Sozialen Arbeit an Themenfeldern der Gesundheit ist gewachsen. Die Anzahl der Publikationen zu *Soziale Arbeit und Gesundheit* ist kontinuierlich gestiegen. Dies darf jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass die Bedeutung von Gesundheit, z.B. im Zusammenhang mit sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit und auch Gesundheitsförderung noch lange nicht wieder systematisch im disziplinären Selbstverständnis der Sozialen Arbeit wie noch zu Zeiten Alice Salomons, zumindest der universitären Ausbildung, sofern überhaupt noch existent, verankert ist; denn nach dem I. Weltkrieg bis 1933 fiel der Gesundheitsfürsorge in der ersten Phase der Disziplinbildung eine tragende Rolle zu (vgl. Salomon 1988: 131-147). Eine entsprechende Notwendigkeit in Bezug auf Gesundheitsförderung, bezogen auf die Handlungsfelder der Sozialen Arbeit, betont übrigens der 13. Kinder- und Jugendbericht. Im Abschnitt zu „Gesundheitsförderung als fachlicher Standard“ (251) heißt es:

„Gesundheit von Kindern und Jugendlichen darf nicht als Voraussetzung der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe verstanden werden, vielmehr muss die Frage im Mittelpunkt stehen, wie in dem jeweiligen Handlungsfeld ggf.

im Zusammenspiel mit anderen Akteuren, altersgerecht die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gefördert und gesundheitliche Belastungen vermieden werden können“.

Forschungsfacetten zu einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit

Forschungsfacetten einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit lassen sich in verschiedener Hinsicht darstellen: entlang der verschiedenen Lebensalter, nach Zielgruppen und auch in Form verschiedener Settings. Diesem Beitrag liegt eine Einteilung zugrunde, in die Lebensalter, Zielgruppen und auch Settings einfließen. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit wird in sechs Facetten unterteilt, u.z. in

- Gesundheitsarbeit im Sozialwesen,
- Soziale Arbeit im Gesundheitswesen,
- Gesundheitsförderliche Settings mit Sozialer Arbeit,
- Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit,
- Gesundheitsselfhilfe und
- Internationalität und Transnationalität gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit

Gesundheitsarbeit im Sozialwesen

Die Vielfalt der Handlungsfelder in der Facette der Gesundheitsarbeit im Sozialwesen zeigt in seinem Teil D der 13. Kinder- und Jugendbericht. Die Handlungsfelder reichen von salutogenetischen bis zu pathogenetischen Rahmungen, von der Jugendarbeit bis zu Hilfen der Erziehung (vgl. Franzkowiak/Homfeldt/Mühlum 2011: 155-173). Zumeist wirken SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen in diesem Segment nicht direkt krankheitspräventiv oder gesundheitsfördernd, aber in einem impliziten Bezug (vgl. Franzkowiak 2009: 67).

Ich möchte auf ein forschungsbezogenes Desiderat eingehen, das in der Stellungnahme der Bundesregierung zum 13. Kinder- und Jugendbericht (2009) als gesundheitspolitisches Anliegen markant herausgestellt wurde, aber in den zurückliegenden Jahren nach Erscheinen des Berichts 2009 nicht so in den Blick bildungs- und sozialpolitischer Öffentlichkeit gelangt ist, wie es noch zu Zeiten der Großen Koalition zu erwarten stand. Es ist die mit dem §35a SGB VIII verknüpfte sogenannte *Große Lösung*. In der Stellungnahme der Bundesregierung ist von der Verlagerung der Eingliederungshilfe für

Kinder und Jugendliche mit körperlicher und geistiger Behinderung in die Kinder- und Jugendhilfe als Lösungsoption nachdrücklich die Rede. Allerdings könne die Alleinzuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe nur dann eine Lösung sein, wenn die damit verbundenen Herausforderungen geschultert werden. Auf sie sollte in meiner Sicht ein forschungsbezogenes Augenmerk gerichtet werden.

Nachdem die *Große Lösung*, also die Integration aller Kinder und Jugendlichen im SGB VIII, bekanntlich aufgrund zahlreicher Bedenken von Elternverbänden körperlich und geistig behinderter Kinder und der zuständigen Trägerverbände Anfang der 90er Jahre nicht zustande gekommen war, einigte man sich auf einen Kompromiss; er wird als *kleine Lösung* bezeichnet. Das Jugendamt wurde für den Bereich der seelischen Behinderung zum Rehabilitationsträger, während die geistige und körperliche Behinderung nach wie vor der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII zugeschlagen ist.

Eine solche Aufteilung ist in praktischer Hinsicht jedoch weitestgehend obsolet. Bereits der Begriff der seelischen Behinderung ist schwer abzugrenzen, diagnostisch betrachtet ist bei Entwicklungsstörungen die Abgrenzung zu anderen Formen der Behinderung äußerst schwierig. Zudem können viele verschiedene psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter zu einer seelischen Behinderung führen (vgl. Fegert 2012: 206-221).

Diesen Gedanken hat der Gesetzgeber auch aufgegriffen. Schwerpunkt der Betrachtung nach § 35a SGB VIII soll nicht in erster Linie die Erkrankung selbst sein, sondern die darauf beruhende eingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Bei der Hilfeplanung muss daher die sozialarbeiterische und sozialpädagogische Perspektive ebenso berücksichtigt werden wie die medizinisch-rehabilitative. In der Praxis vor Ort zeigt sich, dass die realen Bedarfe sich oftmals keineswegs an den vorgegebenen Kategorien des Gesetzgebers orientieren, sondern nach wie vor erhebliche Zuordnungsprobleme vorherrschen. Dabei besteht die Gefahr, dass sich die Versorgungsleistung weniger am Wohl der betroffenen Kinder und Jugendlichen orientiert als an der Minimierung entstehender Kosten. Kinder und Jugendliche werden nicht selten von einem Ressort zum nächsten *verschoben* und fallen *unterwegs* durch den Rost.

Daraus entsteht häufig für Fachkräfte, Eltern und Kinder eine Odyssee zwischen verschiedenen scheinbar nicht zuständigen Kostenträgern (vgl. diesbezüglich auch bei Kinder und Jugendlichen mit chronischen Gesundheitsstörungen Thyen 2012: 75-96). Eine gelingende Kooperation zwischen den Zuständigkeitsbereichen Gesundheits-, Behindertenhilfe, Kinder und Jugendhilfe sowie Schule wird zu einer entscheidenden Grundlage, um diagnostisch zusammenzuarbeiten, bestehende Barrieren zu einer ungeschmälernten Teilhabe für alle Kinder und Jugendlichen zu überwinden und ihnen die adäquaten Hilfen für ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Dies gilt insbesondere dann, wenn bereits die Teilhabe der Eltern am gesellschaftli-

chen Leben stark eingeschränkt ist. Nötig sind deshalb in praxeologischen Kontexten entstandene Fallstudien, die Kinder- und Jugendpolitik von der kommunalen bis zur Bundesebene immer wieder an die Inklusion für Kinder- und Jugendliche mit (drohender) Behinderung im Sinne der „Großen Lösung“ erinnern sollen.

Zur Sozialarbeit im Gesundheitswesen

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen reicht von der Mitwirkung im Öffentlichen Gesundheitsdienst, der Frühförderung, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Krankenhaussozialarbeit, der Integrativen Versorgung, der Hospizarbeit bis zur Rehabilitation. Wende ich den Blick auf Zielgruppen, dann geht es um Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen, um suchtkranke und psychisch kranke Erwachsene, auch um Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern.

Auf eines der Felder, die Rehabilitation, und hier vor allem auf die Frage der Gestaltung von Übergängen, gehe ich näher ein und versuche hier, forschungsbezogene Fragen zu formulieren. Bei der Arbeit am Stichwort Rehabilitation für ein Handbuch ist mir aufgefallen, dass die Gestaltung von Übergängen bislang offenbar wenig im Blick von Forschung, zumindest der Sozialen Arbeit, ist.

Der Sozialen Arbeit fällt durch die soziale Ziel- und Aufgabenbestimmung eine wichtige Aufgabe in der Rehabilitation zu, und zwar hier zuständig sein zu können als Spezialistin für das Allgemeine bzw. konkreter für die Inklusionsförderung in den gesellschaftlichen Alltag bei Bildung, Wohnen, Arbeit, Versorgung, gesundheitlichem Wohlergehen und Kommunikation. Diesen Aspekt betont in seinen Arbeiten unermüdlich Albert Mühlum (vgl. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003).

Eine weitere Aufgabe kann der Sozialen Arbeit in der Koordination von Leistungen und der Kooperation der Leistungsträger zufallen. In den §§ 10 bis 13 des SGB IX geht es genau um diese Punkte. Forschungsaufgaben warten hier – wie bereits angesprochen - vor allem im Bereich der Gestaltung von institutionellen Übergängen (z. B. von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation oder vom Akutkrankenhaus zur Reha-Einrichtung und anschließend zurück in den beruflichen Alltag).

In diesem Zusammenhang stellen sich in Bezug auf Jugendliche Forschungsfragen, wie z. B.:

- Wie gestalten sich die Bewältigungskonstellationen für Jugendliche mit speziellem Rehabilitationsbedarf zwischen Schule und Berufsfindung?
- Treffen das gesellschaftliche Phänomen der Entgrenzung und das mit ihm einhergehende Phänomen der *Freisetzung* auf Jugendliche mit Be-

hinderungen ebenso zu wie auf alle anderen Jugendlichen oder gar in verstärktem Maße?

- Welche Bewältigungsaufgaben stellen sich ihnen z. B. beim Übergang von einem Berufsbildungswerk in einen Betrieb und wie lässt sich eine *verzahnte Ausbildung*, wie es im Bildungsbericht des Bildungsministeriums für Arbeit und Soziales 2009 heißt, verbessern?
- Welche Formen sozialer und beruflicher Übergänge benötigen überhaupt jugendliche RehabilitandInnen? In welchem Verhältnis stehen dabei Behinderung und Geschlecht zueinander?
- Wie ist überhaupt systematisch das Verhältnis von Behinderung und Gesundheit zu fassen?
- Wie lassen sich Differenzkategorien wie Geschlecht, Behinderung, Sexualität, Ethnizität und Klasse intersektional im Zusammenhang mit Übergängen in den Blick nehmen? Untersuchungen auf dieser Ebene können einem Denken in Dichotomien entgegen wirken und damit auch sichtbar machen, welche gesellschaftlichen Implikationen an der Konstruktion von Behinderung mitwirken.

Weitere zu stellende Fragen könnten sein:

- Wie sieht der sozialräumliche Aneignungsprozess, u.a. mit Blick auf Peergroups z.B. bei Jugendlichen mit einer Körperbehinderung oder mit einer geistigen Behinderung aus?
- Wie wird eine plötzlich eintretende Behinderung, z.B. als Unfallfolge, von der sozialen Umwelt wahrgenommen und verstanden? Welche Umdeutungen vollziehen sich und wie geht der/die direkt betroffene Person mit dem belastenden Lebensereignis einer unerwartet auftretenden Behinderung um?
- Wie gestalten sich notwendig werdende institutionelle Übergänge? Und welche Aufgaben in der Übergangsgestaltung, in der Identitätsarbeit, die einer biografischen Handlungsbefähigung genügt, können dabei einer der sozialen Rehabilitation verpflichteten Sozialen Arbeit zufallen?
- Wie nehmen Akteure die unterschiedlichen Teilhabeangebote verschiedener Rehabilitationsträger, aber auch solche im Gemeinwesen wahr und auf?

Besonders für die große Bevölkerungsgruppe der MigrantInnen und Personen mit Migrationshintergrund ist die soziale Unterstützung in der Gestaltung von Übergängen mit dem Ziel ihrer biografischen Handlungsfähigkeit von großer Bedeutung. Was geschieht bei mehreren Ausgrenzungsgegebenheiten, z.B. an der Schnittstelle von Migrationshintergrund, Gender und Behinderung grundsätzlich, aber vor allem auch bei Übergängen?

Da Übergänge häufig mit einem tief greifenden Richtungswechsel des Lebensverlaufs verbunden sind, können sie durch ein plötzlich eintretendes, in der Regel schwerwiegendes Krankheitsereignis bzw. eine manifest wer-

dende chronische Gesundheitsstörung ausgelöst werden. Nicht selten können dabei mehrere nachfolgende, oftmals sehr risikoreiche Transitionen entstehen, mit denen unterschiedliche Belastungen, Anforderungen und Richtungswechsel einhergehen. Gesundheits-, besser krankheitsbezogene Übergänge gehen mit erheblicher Ungewissheit einher. Z.T. betrifft dies Fragen des Selbstmanagements. Wichtig ist in der Regel eine frühzeitig erfolgende, ineinander greifende Rehabilitation: von der Frühförderung in die schulische, von der Akutbehandlung zur medizinischen bzw. beruflichen Rehabilitation. Im Sinne von § 11 SGB IX könnte Soziale Arbeit Beratungsaufgaben zu Rehabilitationswegen- und -verläufen übernehmen. Nach meiner Beobachtung fehlt es, wie bereits erwähnt, bis dato an empirischen Arbeiten zur Gestaltung von Übergängen, die bis zur häuslichen Versorgung reichen, vor allem auch an Untersuchungen zu den Leibbezügen von RehabilitandInnen.

Gesundheitsförderliche Settings mit Sozialer Arbeit

Auch hier sind wieder vielfältige forschungsbezogene Aufgabenfelder denkbar, nicht zuletzt im Kontext von betrieblicher Gesundheitsförderung, im Bereich von Kindertageseinrichtungen, die seit einigen Jahren verstärkt als gesundheitsförderliche Settings im Blick sind, und auch im Bereich einer gesundheitsbezogenen Jugendhilfe in der Schule, im Zusammenhang mit einer gesundheitsbezogenen Familienhilfe und auch einer quartiersbezogenen Gesundheitsförderung, durch die niedrigschwellige Angebote für schwer erreichbare Zielgruppen entwickelt werden können. Vermittlung, Koordination und Vernetzung sind spezifische in der Gemeinwesenarbeit verankerte Tätigkeitsmerkmale.

Über viele Jahre fand die kommunale Gesundheitsförderung im Sinne von Healthy City in Überlegungen der Lokalen Agenda 21 und Projekten der *Sozialen Stadt* kaum statt.

Registrierbar ist hier aber eine sich stetig weiter entwickelnde Kooperation mit Akteuren der Lokalen Agenda 21 und mit Projekten der „Sozialen Stadt“. Insgesamt ist in den zurückliegenden 25 Jahren dabei eine nur noch schwer überschaubare Anzahl von Initiativen und Netzwerken, die mehr oder weniger erfolgreich operieren, entstanden. Ein Beispiel guter Praxis bildet die Entwicklung im Stadtteil Trier-Nord, in dem Projekte zur Gesundheitsförderung und Projekte zur Sozialen Stadt zusammenlaufen. Der quartiersbezogenen Sozialen Arbeit kann eine Schlüsselfunktion zwischen den verschiedenen Projekten mit einem Stadtteilbezug zufallen.