



Christopher Romanowski-Kirchner

Zwischen Alltag und Time-Out

Zum Nutzen der Hilfesituation
zwischen Jugendhilfe und
Jugendpsychiatrie

BELTZ JUVENTA

Christopher Romanowski-Kirchner
Zwischen Alltag und Time-Out

Christopher Romanowski-Kirchner

Zwischen Alltag und Time-Out

Zum Nutzen der Hilfesituation zwischen
Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

Der Autor

Christopher Romanowski-Kirchner, Prof. Dr. phil., Sozialpädagoge (M.A.), Clinical Social Worker (ECCSW), war zwischen 2008 und 2020 zunächst als Mitarbeiter und später fachlicher Leiter am Coburger „Institut für Psycho-Soziale Gesundheit – Zentrum für Kinder-, Jugend- und Familienhilfe“, tätig. Seit März 2020 ist er Professor für Soziale Arbeit mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendhilfe an der DHBW Heidenheim.

Dissertation an der Fakultät Humanwissenschaften der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-7799-6358-5 Print
ISBN 978-3-7799-5664-8 E-Book (PDF)

1. Auflage 2021

© 2021 Beltz Juventa
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Ulrike Poppel
Satz: Christine Groh, Frankfurt
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	9
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	10
Teil I	
Jugendliche Nutzer*innen zwischen Jugendhilfe- und Jugendpsychiatriesystem	11
Teil II	
Theoretische Bezüge der Untersuchung	15
Kapitel 1	
Soziale Arbeit und (psychische) Gesundheit	17
1.1 Gesundheit und Krankheit als Teilaspekte sozialpädagogischer Aufgabenstellungen in der allgemeinen Praxis der Kinder- und Jugendhilfe	17
1.2 Der normative Horizont: Soziale und gesundheitliche Ungleichheit	21
Kapitel 2	
Psychische Gesundheit und Krankheit als biopsychosozialer Prozess	26
2.1 Entwicklung, Krankheit und psychische Störungen: biopsychosoziale Interdependenzen	26
2.2 Belastung, Bewältigung und psychische Gesundheit	32
2.3 Jugend als biopsychosoziale Bewältigungslage	44
2.4 Lebensbewältigung und psychische Störungen	49
2.5 Integration und Lebensführung als theoretische Bezugspunkte Sozialer Arbeit im Kontext auch psychiatrisch relevanter Problemlagen	56
2.6 Zwischenfazit I: Zur Funktion der Jugendhilfe im Schnittpunkt zur Jugendpsychiatrie	68
Kapitel 3	
Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie	71
3.1 Die Hilfen zur Erziehung (§§ 27 ff. SGB VIII)	73
3.2 Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII)	77
3.3 Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung	81

3.4	Zum Verhältnis von Sozialer Arbeit und Psychotherapie	83
3.5	Zwischenfazit II: Komplementäre Hilfezugänge im und neben dem Alltag	86

Kapitel 4

	Über Wirkungen und Nutzen im Kontext der Eingliederungs- und Erziehungshilfen allgemein und im Schnittfeld zur Jugendpsychiatrie	88
4.1	Evidenz, Wirkung und Perspektivität	89
4.2	Über Wirkungen und Wirkfaktoren im Jugendhilfekontext	96
4.3	Die Perspektive der Betroffenen: Sozialpädagogische Nutzer*innenforschung	111
4.4	Zum Forschungsstand: Nutzer*innenbezogene Forschung im Kontext der Erziehungs- und Eingliederungshilfen	131

Kapitel 5

	Nutzungsprozesse zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie als relevantes Forschungsfeld Sozialer Arbeit	143
--	---	-----

Teil III

	Fragestellung und Methodologie	145
--	---------------------------------------	-----

Kapitel 1

	Entwicklung der Fragestellung, Feld und relevante Akteure	146
1.1	Entstehungszusammenhang: Entwicklung der Fragestellung	146
1.2	Um welche „Grenzsubjekte“ handelt es sich? Die jugendlichen Nutzer*innen beider Systeme	150

Kapitel 2

	Begründung und Beschreibung des Forschungsprozesses und der Methodologie	153
2.1	Qualitative Forschungslogik als Konsequenz der Fragestellung	153
2.2	Kurzdarstellung epistemologischer und wissenschaftstheoretischer Grundannahmen	156
2.3	Problemzentriertes Interview und Grounded-Theory-Methodologie als gegenstandsangemessene Forschungsstrategien der Studie	164
2.4	Darstellung des Erhebungs-Auswertungsprozesses	169
2.5	Darstellungslogik der Empirie	199

Teil IV

Bedingungen, Strategien und Nutzen in der Versorgungssituation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

201

Kapitel 1

Auf dem Weg zur „relativ“ autonomen Lebensführung

202

1.1 Innere und äußere Autonomie der Lebensführung als subjektive Gradmesser des Nutzens

203

1.2 Prozessmodell des Nutzens der Hilfesituation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

208

1.3 Zu den Ausführungen der Kategorien des Nutzenszirkels

225

Kapitel 2

Bedingungskategorien des Nutzens zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

227

2.1 Allgemeine Bedingung I: Beziehungserfahrungen mit Professionellen

228

2.2 Allgemeine Bedingung II: Das Hilfeorientierungserleben

261

2.3 Ausgangslagen: Zwei grundlegende Kategorien des Dienstleistungseintrittes

277

2.4 Verankerung im „normalen Leben“

288

2.5 Der Einfluss hilfebeteiligter „Dritter“

293

2.6 Institutioneller Strukturkontext im Nutzengeschehen

305

2.7 Partizipations- und Kooperationserleben im Hilfeprozess

336

2.8 Zusammenfassung: Nutzenbedingungen als dynamisches Arrangement

348

Kapitel 3

Nutzungs- und Nichtnutzungsstrategien

350

3.1 Der Nutzungsmodus der Kooperation

350

3.2 Nichtnutzungsstrategien: Bewahrung von Autonomie

353

3.3 Zusammenfassung: Nutzungsstrategien als Bindeglied zwischen Nutzenbedingungen und Nutzen im dynamischen Nutzenszirkel

361

Kapitel 4

Allgemeine und spezifische Nutzenaspekte der Hilfesituation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

363

4.1 Stabilisierung als Nutzen und Nutzungsphase

367

4.2 Phase psychosozialer Bewältigungsarbeit

390

4.3 Konsolidierung: Bewährung im „echte Leben“

440

4.4 Das Gegenteil von Nutzen: Schädigungserleben zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

449

4.5 Zusammenfassung: Interaktionen mit Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie zwischen Nutzen-, Zeitverschwendungs- und Schädigungserleben	458
---	-----

Teil V

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	461
---	-----

Kapitel 1

Zusammenfassung der Ergebnisse vor dem Hintergrund des Forschungsinteresses	462
--	-----

1.1 Beantwortung der Forschungsfragen	462
---------------------------------------	-----

1.2 Die Rolle von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie in den Reflexionen der Nutzer*innen: Komplementäre und symmetrische Nutzung der Dienstleistungen beider Systeme	471
---	-----

1.3 Einordnung der Nutzenbedingungen im Kontext der bekannten Wirk- und Nutzenfaktoren	476
---	-----

Kapitel 2

Limitationen der Studie	481
-------------------------	-----

Kapitel 3

Weitere Fragestellungen für die Disziplin Soziale Arbeit	484
--	-----

Kapitel 4

Konsequenzen für eine nutzer*innenbezogene Praxis der Jugendhilfe am Schnittpunkt zur Jugendpsychiatrie	490
--	-----

4.1 Dynamische Herstellung von Passungsbezügen: Diagnostischer Zirkel als Pendant zum Nutzenszirkel	490
--	-----

4.2 Kontinuität für Nutzer*innen sicherstellen: Krisen und Übergänge als integraler Bestandteil komplexer Problemlagen	492
---	-----

4.3 Kooperation gelingt nur partizipativ und flexibel	493
---	-----

4.4 Jugendhilfe im Schnittpunkt zur Jugendpsychiatrie: Allgemein und spezialisiert	493
---	-----

4.5 Die Bedeutsamkeit der Strukturierung komplexer Multiproblemlagen	496
--	-----

4.6 Kontrollierende Hilfesequenzen entfalten unter bestimmten Umständen Gebrauchswert	498
--	-----

4.7 Die Konsolidierungsphase bleibt eine kritische Phase: Beendigung und Beziehung	499
---	-----

Kapitel 5

Schluss	502
---------	-----

Literaturverzeichnis	505
-----------------------------	-----

Danksagung

Die folgende Arbeit ist das Ergebnis eines berufsbegleitenden Dissertationsprozesses und wäre ohne soziale Unterstützung auf mehreren Ebenen kaum möglich gewesen. Zunächst bedanke ich mich herzlichst bei meinen Doktoreltern, Rita Braches-Chyrek und Michael Vogt, für die fachlich und menschlich hervorragende Betreuung und den motivational wichtigen Zuspruch über all die Jahre.

Auf dem Weg zur Fertigstellung wurden Teile der Arbeit in zahlreichen Kolloquien und Analysetreffen diskutiert und weiterentwickelt: regelmäßig insbesondere im „Forum Forschung“ am Institut für Erziehungswissenschaften der Universität Bamberg, im Forschungskolloquium „klinische Praxisforschung“ an der Alice-Salomon-Hochschule Berlin, sowie viele Jahre jährlich im Berliner Doktorand*innenkolloquium der DGSA. Für ihr Engagement in diesem Kontext danke ich stellvertretend den jeweiligen Leiter*innen, Rita Braches-Chyrek, Sibylle Rahm, Silke Gahleitner, Brigitte Geißler-Piltz, Stefanie Sauer und Rudolf Schmitt. Besonders danken möchte ich außerdem Vera Taube und Karsten Giertz für die zuverlässige, konzentrierte und hilfreiche ‚Zerpflückung‘ des Materials (zumeist spätabends) in unserer kleinen Grounded-Theory-Analysegruppe.

Ich danke den Kolleginnen und Kollegen für die engagierte Vermittlung von Interviewpartner*innen und ganz besonders allen Teilnehmenden der Forschungsinterviews. Auch nach vielen Jahren in der sozialpädagogischen Praxis konnte ich durch die Interviews wieder unglaublich viel lernen.

Auch meine Leitungskolleg*innen am IPSG-Zentrum für Kinder-, Jugend- und Familienhilfe haben durch die Ermöglichung der unabdingbaren Flexibilität einen großen Beitrag zum Gelingen des Projektes beigetragen.

Ohne den Zuspruch von Helmut Pauls, Ralf Bohrhardt, Wolfgang Rutz und Fritz MacDonald, schon weit vor der Realisierung dieser Arbeit, hätte ich diesen für mich nicht selbstverständlichen Weg vermutlich nie eingeschlagen.

Der abschließende Dank gilt meiner Frau, die mir sowohl den Rücken gestärkt und freigehalten hat und die mir als Kollegin eine ebenso wichtige Diskussionspartnerin war und ist. Ihr und meinen Kindern widme ich diese Arbeit.

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Gelingende und nicht gelingende Bewältigung	39
Tab. 2:	Beispiele für biopsychosoziale Schutzfaktoren	41
Tab. 3:	Aspekte sozialer Unterstützung	42
Tab. 4:	Entwicklungsaufgaben an der Schwelle zum Erwachsenenalter	48
Tab. 5:	Kontextuelle Einflussfaktoren auf sozialpädagogische Maßnahmen	99
Tab. 6:	Wirkfaktoren in den Rahmenbedingungen der Hilfen zur Erziehung	101
Tab. 7:	Übergreifende Wirkmerkmale in den Hilfen zur Erziehung (Macseneare/Esser 2015)	103
Tab. 8:	Erfolgsfaktoren und -kontexte in den Hilfen zur Erziehung nach Nüsken und Böttcher (2018: 191)	104
Tab. 9:	Interviewsample gem. Erhebungsreihenfolge mit einigen wesentlichen Informationen zur Ausgangslage, der Hilfebiografie und der aktuellen Situation.	180
Tab. 10:	Notationssystem der Transkription, angelehnt an Kruse (2015: 354 f.).	191
Tab. 11:	(Relative) Autonomie der Lebensführung als allgemeiner Nutzenaspekt	205

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Biopsychosoziale Einflüsse auf den Gesundheitsstatus und das Handlungsfeld Sozialer Arbeit; adaptiert nach Hurrelmann/Richter (2013: 140).	30
Abb. 2:	Transkriptionsbeispiel (Interview 1–2; „Karl“).	192
Abb. 3:	Vereinfachtes Prozessmodell des Nutzens	209
Abb. 4:	Bedingungen der Nutzbarmachung und des Nutzens der Dienstleistungen zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie	210
Abb. 5:	Die Ebene der Nutzungsstrategien	214
Abb. 6:	Schematische Darstellung der dienstleistungsbezogenen Nutzungszirkel des Falles „Anna“	222
Abb. 7:	Gesamtmodell des Nutzenzirkels entlang der Bedingungen, Strategien und Nutzenaspekte	224
Abb. 8:	Phasenbezogene Nutzenaspekte des ‚Doppelhilfearrangements‘ im Hilfeprozess	366
Abb. 9:	Zwei Arten der Stabilisierung und deren Institutionen (eigene Darstellung)	371
Abb. 10:	Schematische Darstellung: Verlaufskurve der Symptomkrisen und Stabilisierung im Hilfeprozess	441

Teil I

Jugendliche Nutzer*innen zwischen Jugendhilfe- und Jugendpsychiatriesystem

Einleitung

Psychische Störungen gehören zu den typischen Teilproblemen, mit denen Fachkräfte der Jugendhilfe über ihre Nutzer*innen konfrontiert sind. Studien aus der Heimerziehung zeigen, dass „über 70 % der Heimkinder klinisch auffällige Ergebnisse“ (Schmid 2010: 114) in klinisch-diagnostischen Fragebögen erreichen. Und auch in den ambulanten Hilfen wurden psychische Störungen der Heranwachsenden über die Jahre relevanter (Fröhlich-Gildhoff et al. 2006: 133), was auch ein Blick auf die Gründe der Hilfestellung in der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik unterstreicht (vgl. DESTATIS 2018: 43). Es überrascht insofern kaum, dass dem Thema der Kooperation zwischen den Systemen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie von Vertreter*innen beider Seiten eine relativ bedeutsame Rolle zugesprochen wird (vgl. AGJ 2015; Kölch et al. 2015) und die Auseinandersetzung mit der Frage nach gelingender Zusammenarbeit zum Thema zahlreicher Untersuchungen wurde (vgl. Teil II, 1.1).

Doch die Gestaltung der Interaktionen zwischen den Systemen betrifft nicht nur die dort tätigen Professionellen. Sie betrifft insbesondere und zuvörderst die Adressierten, d. h. diejenigen Kinder, Jugendlichen und Familien, die sich in dieser besonderen Hilfesituation zwischen zwei Hilfesystemen wiederfinden. Wie die Hilfebetroffenen mit den jeweiligen Angeboten der beiden Systeme für sich umgehen und wie und warum welche Gebrauchswerte diesen Angeboten zugesprochen werden, darüber ist bislang wenig bekannt.

Genau dieser Frage nach dem Nutzen, bzw. genauer dessen Herstellung in der Auseinandersetzung mit den jeweiligen Dienstleistungen beider Systeme, soll in dieser Studie nachgegangen werden. Dabei wird unter anderem deutlich, dass die Beschäftigung mit dem Thema Kooperation auch diejenigen mit einschließen muss, wegen derer eine derartige Kooperation zustande kommt. Inwiefern eine enge und gut koordinierte Zusammenarbeit gelingt, hängt – wie deutlich werden wird – nicht nur von den Hilfesystemen selbst ab.

Dass diese Zusammenarbeit auf der anderen Seite wichtig ist, steht nicht nur aus der Sicht der Professionellen, sondern ebenso für die hier retrospektiv interviewten Nutzer*innen, zumindest für bestimmte Situationen, außer Frage. Gleichzeitig erschöpft sich der Nutzen nicht allein in der Kooperation. Der jeweilige Gebrauchswert der Dienstleistungen beider Systeme entwickelt sich dynamisch

im Nutzungs- und Entwicklungsprozess entlang der wahrgenommenen Passung diverser Nutzenbedingungen zur Ausgangslage. Die Frage nach notwendigen Anpassungen und Übergängen zwischen den Dienstleistungen stellt einen kritischen Aspekt dar, der ob der Relevanz psychischer Krisen im Prozess für diesen Problemkontext besonders bedeutsam wird. Die im Titel anklingende Frage verweist darauf, dass im Nutzungsprozess immer wieder verhandelt wird, ob ein Krisengeschehen im Alltag stabilisiert werden kann oder ob ein temporäres ‚Time-Out‘ vom Alltag notwendig wird.

In Ansätzen erkennbar wird dabei auch eine potenziell (sozial)therapeutische Funktion der Jugendhilfe, zumindest aufgrund des methodischen Zuganges eingeschränkt im Sinne eines als bedeutsam erlebten Einflusses psychosozialer Unterstützung auch auf das Störungserleben. Die jeweiligen Dienstleistungen beider Systeme bekommen hierbei je nach Erfahrungszusammenhang bestimmte Nutzenrollen zugewiesen, die teilweise theoretischen Beschreibungen der funktional differenzierten Hilfesysteme entsprechen und teilweise eine Differenzierung der Hilfen ohne Kenntnis des institutionellen Hintergrundes kaum möglich machen würden (zumindest bezogen auf die interaktionellen Dienstleistungen, also die sozialpädagogischen und den psychotherapeutischen Interaktionen). Für die Nutzer*innen – auch das wird deutlich werden – ist dabei, vereinfacht formuliert, weniger relevant, in welchem System sich eine Hilfe verortet, als vielmehr wo und durch wen sie eine für sich gebrauchswerthaltige Hilfestaltung erfahren.

Vorgestellt wird im Folgenden ein empirisch begründetes Nutzenmodell, das – aufgrund der noch relativ breiten Perspektive – in groben Zügen den Prozess der Auseinandersetzung mit den Bedingungen der „Nutzbarmachung“ (Baris 2012: 291) für dieses Handlungsfeld in einem Nutzenzirkel skizziert, der an alle Dienstleistungen beider Systeme angelegt werden kann. Hierbei divergieren die institutionell möglichen Ausprägungen der einzelnen Kategorien innerhalb und zwischen den Hilfesystemgrenzen. Der Nutzenzirkel wird dabei in Kaskaden von Anpassungen und Übergängen ggf. mit Sequenzen des Nichtnutzens so lange durchlaufen, bis eine hinreichend konsolidierte Entwicklung zur relativ autonomen Lebensführung (vgl. Teil IV, 1) erreicht ist oder aber die jeweilige Nutzung der professionellen Hilfe abgebrochen wird. Es ist anzunehmen, dass ein solches Prozessmodell auch für andere Handlungsfelder passen könnte, die dem Bereich der Einzelhilfe zuzuordnen sind. Gleichwohl beziehen sich die Ausführungen und die Benennungen einiger Kategorien doch speziell auf den Problemkontext psychische Störungen als Teilaspekt komplexer biopsychosozialer Problemlagen.¹

1 Zu benennen wäre etwa die Bedingungskategorie „Verankerung im normalen Leben“ (In-vivo-Code), die sich sehr speziell auf eine ‚normalisierende‘ Erfahrung im Kontext des psychischen Störungserlebens bezieht.

Das Modell und dessen Teile werden in Teil IV genauestens expliziert. Zunächst jedoch wird in Teil II die Relevanz der Thematik vor dem Hintergrund des sozialpädagogischen Diskurses um die Themen Gesundheit und Krankheit skizziert. Anschließend werden Bezüge zur Sozialen Arbeit im Kontext der Psychiatrie nachgezeichnet, die eine theoretische Funktionsbestimmung auch der Jugendhilfe (als Handlungsfeld Sozialer Arbeit) in diesem Problemkontext erlauben. Inwiefern sich diese Bestimmung in den Nutzer*innenerfahrungen findet (oder nicht findet), wird ebenfalls Teil der empirischen Rekonstruktion und der Diskussion sein. Der theoretische Teil endet mit der Auseinandersetzung mit übergreifenden Wirk- und Nutzenfaktoren, die auch für die ehemaligen Nutzer*innen eine Rolle spielen könnten und bedeutsam für die Leitfadenskonstruktion erscheinen. Dabei wird kurz in die theoretischen Hintergründe zur sozialpädagogischen Nutzer*innenforschung eingeführt, die gleichwohl hier nur eine allgemeine Grundlegung der Forschungsperspektive liefert.² Teil III behandelt ausführlich die Fragestellung, die methodologischen Überlegungen und die Methode. Teil V fasst die Antworten der Fragestellungen kurz zusammen, stellt die Erkenntnisse in den Zusammenhang des bisherigen Wissens zu Wirk- und Nutzenfaktoren und leitet weitere wissenschaftliche Fragestellungen, sowie Konsequenzen für die Handlungspraxis ab. Die Zusammenfassung bzw. Integration der Ergebnisse zum Gesamtmodell des Nutzenzirkels ist bereits Teil IV als erstes Kapitel zur besseren Übersicht vorangestellt.

2 Da insbesondere in den begleitend besuchten Forschungskolloquien deutlich wurde, dass der Hintergrund der „sozialpädagogischen Nutzer*innenforschung“ einerseits viele Kolleg*innen interessiert, jedoch andererseits erstaunlich wenig bekannt erschien (und allein das aus der Ökonomie entlehene Wort ‚Nutzen‘ vor der Erläuterung des Hintergrundes häufig reflexartig zu eher aggressiven Initialreaktionen gegenüber der Studie geführt hat), wurden diese eher allgemeinen Ausführungen zur Forschungsperspektive nicht gestrichen.

Teil II

Theoretische Bezüge der Untersuchung

In diesem Abschnitt wird zunächst der disziplinäre und feldbezogene Kontext dargestellt, bevor im Weiteren die theoretischen und empirischen Anknüpfungspunkte allgemein und speziell für das Feld der Jugendhilfe¹ erläutert werden. Zum Teil handelt es sich dabei um Bezugspunkte, die bereits als sensibilisierende Konzepte vor der Auseinandersetzung mit der Empirie herangezogen wurden. Dies betrifft insbesondere die Bezüge der Nutzer*innen- und der Wirkungsforschung im Kontext der Jugendhilfe. Andererseits werden auch theoretische Aspekte dargestellt, die erst mit der Analyse des Materials über die in der Grounded-Theory üblichen (vgl. Corbin/Strauss 2015: 49) begleitenden Auseinandersetzung mit der Literatur hinzugezogen wurden, um die gewonnenen Erkenntnisse genauer einzuordnen. Dies trifft insbesondere auf den Theoriebezug der Funktion Sozialer Arbeit in auch psychiatrisch relevanten Problemkontexten und auf die Dynamik der Passungs- bzw. Nutzenprozesse zu. So geht es in diesem ersten Kapitel neben der disziplinären Einordnung der Thematik insbesondere auch um die Bewusstmachung und Darstellung dieser Bezugspunkte, auch im Sinne einer Zurückweisung der Annahme, dass eine künstlich hergestellte „Tabula-rasa-Haltung“ im qualitativen Forschungsprozess möglich wäre (vgl. hierzu im Grounded-Theory-Kontext Strübing 2008: 51 ff.; Witzel/Reiter 2012: 16 ff.; Breuer/Muckel/Diries 2017: 142 ff.). Mit der Darlegung der Bezugspunkte soll insofern auch die unhintergehbare Perspektivität auf das hiesige Thema so gut wie möglich offengelegt werden, die ohne Zweifel ebenso wie die vorgängigen Praxiserfahrungen des Autors im Bereich der Erziehungs- und Eingliederungshilfen die bewussten „sensibilisierenden Konzepte“ (vgl. Breuer et al. 2017: 160ff., Corbin/Strauss 2015: 49 ff.) aber auch die vor- bis unbewussten Schwerpunktsetzungen und Interpretationen der Daten beeinflusst hat (vgl. auch Breuer et al. 2017: 86 ff.; Charmaz 2014: 155 ff.). Die Darstellung und Reflexion dieser Aspekte dienen so der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit der empirischen Rekonstruktionen sowie der bewussten Infragestellung des Bekannten im Dialog mit den Daten.² Neues wird erst über diesen Kontrast als solches erkennbar (vgl. Witzel/Reiter 2012: 39 ff.).³

-
- 1 Wenn im Zusammenhang mit dieser Studie vereinfachend von Jugendhilfe die Rede ist, so ist damit konkret das Handlungsfeld der Erziehungs- und Eingliederungshilfen (§§ 27 ff.; § 35a SGB VIII) gemeint.
 - 2 Die über die Jahre im Grounded-Theory-Kontext entwickelten Analysestrategien und Fragen ‚an die Daten‘ eignen sich sehr gezielt für die Infragestellung der eigenen Annahmen in Auseinandersetzung mit den Daten (vgl. Corbin/Strauss 2015: 88 ff.).
 - 3 Wie an dieser Stelle bereits deutlich werden dürfte, wird hier ein epistemologisches Paradigma vertreten, das das pragmatistisch-interaktionistische Denken um konstruktivistische Grundannahmen erweitert (vgl. genauer Teil III). Methodisch bildete insbesondere

Zuweilen wird der Sinn der üblichen wissenschaftlichen Darstellungslogik ob der Differenz zur Struktur hypothesentestender, deduktiver Verfahren für die Darstellung einer zirkulären, kybernetischen Forschungslogik der Grounded-Theory-Methodologie in Zweifel gezogen (vgl. Kruse 2015: 628 ff.). Dennoch wird hier zugunsten der Übersichtlichkeit eine klassisch-lineare Darstellung gewählt. Das heißt, neben der disziplinären Einordnung und den feldbezogenen Erkenntnissen der Wirkungs- und Nutzer*innenforschung werden zentrale theoretische Bezüge dargestellt, die zwar im empirischen Teil zur Einordnung herangezogen, jedoch dann nurmehr kurz mit Verweis auf den theoretischen Teil der Untersuchung benannt werden.

Nachdem zunächst die Relevanz der Thematik (psychische) Gesundheit im Kontext Sozialer Arbeit und insbesondere der Jugendhilfe skizziert wird, geht es im Weiteren um die Darstellung wissenschaftlicher Anknüpfungspunkte zur Frage nach der (theoretischen) Funktion Sozialer Arbeit im hiesigen Problemkontext. Die Frage nach dieser durch Expert*innen abgeleiteten Funktion muss sich auch an den subjektiven Nutzenwahrnehmungen der Betroffenen messen lassen. Schließlich werden die Praxisfelder der Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie kurz als jeweiliger Dienstleistungskontext beschrieben, bevor die bisweilen bekannten, feldspezifischen Erkenntnisse zu Fragen nach Wirkungen und Nutzen der Hilfen und den hierfür notwendigen Bedingungen vorgestellt werden.

die von Juliet Corbin in diesem Sinne weiterentwickelte Fassung des Klassikers ‚Basics of Qualitative Research‘ (Corbin/Strauss 2015) den Hauptbezugspunkt der Forschungslogik und Methodologie.

Kapitel 1

Soziale Arbeit und (psychische) Gesundheit

Disziplinäre Relevanz der Thematik

Die Frage nach der Relevanz der Gesundheitsthematik für die Soziale Arbeit kann über unterschiedliche Bezugspunkte beantwortet werden. Im Folgenden werden die Verbindungen über die Themen Geschichte und Handlungsfelder sowie über den normativen Bezug skizziert.

1.1 Gesundheit und Krankheit als Teilaspekte sozialpädagogischer Aufgabenstellungen in der allgemeinen Praxis der Kinder- und Jugendhilfe

Die Bezüge Sozialer Arbeit zum Themenkomplex ‚Gesundheit und Krankheit‘ lassen sich heute mindestens über drei Zugänge herstellen:

(1) Zum einen stehen die Begriffe für zwei heute disziplinär eher getrennte Systeme mit in Deutschland scheinbar vergessenen historischen Verbindungen (vgl. Homfeldt/Sting 2006: 9 ff.; Schröder/Sting 2006; Franzkowiak/Homfeldt/Mühlum 2011: 15 ff.; Hafen 2013). Wichtige Gründermütter Sozialer Arbeit orientierten sich in ihrer Terminologie und Handlungslogik stark an der Medizin⁴ und die Gesundheitsfürsorge wurde zu Beginn des 20. Jahrhundert als dritte große Säule der Fürsorge zum bedeutsamen Feld der sich entwickelnden Sozialen Arbeit in Deutschland (vgl. Sting/Zurhorst 2000: 8; Franzkowiak et al. 2011: 16; Homfeldt/Sting 2006: 9 ff.; Hammerschmidt/Tennstedt 2012: 77 ff., Homfeldt/Sting 2015: 620). Nach dem zweiten Weltkrieg blieb die Gesundheitsthematik in Deutschland insbesondere infolge der rassenhygienischen Pervertierung gesundheitlicher Anliegen während der nationalsozialistischen Diktatur lange ein rotes

4 Hervorzuheben sind hier etwa die Termini „Soziale Diagnose“ (vgl. Salomon 1927; Richmond 1917) oder „Soziale Therapie“ (Wronsky/Salomon/Giese 1926). Im ersten Teil des Buches „Soziale Diagnose“ beschreibt Alice Salomon sehr anschaulich die Entwicklungen zur „sozialhygienischen Bewegung“ und der „Krankenhausfürsorge“, deren Praxen sich durch enge Zusammenarbeit zwischen medizinischen und sozialen Professionellen auszeichnet (vgl. Salomon 1927: 5 f.). Die Ausführungen erinnern an ein modernes, biopsychosoziales Gesundheitsmodell: *„Man hat gelernt [...] daß man die körperlichen, geistigen und sozialen Tatsachen erforschen muß, die dahinter liegen, wenn man eine Heilung herbeiführen will“* (ebd.).

Tuch für die sich weiterentwickelnde Soziale Arbeit (ebd.).⁵ Darüber hinaus werden retrospektiv „thematische Ausgrenzungen und Blindheiten“ (Franzkowiak et al. 2011: 16) im Zuge der Identitätsentwicklung Sozialer Arbeit v. a. seit den 1970er Jahren für eine mangelhafte Integration der Gesundheitsthematik verantwortlich gemacht (Homfeldt/Sting 2015: 620 f.).⁶ „Da die Zuständigkeit für Gesundheit immer schon von anderen Disziplinen für sich beansprucht wurde, eignete sich dieses Feld nicht zur disziplinären Identitätsbildung“ (Homfeldt/Sting 2015: 620). Dabei stand die Soziale Arbeit mit ihrer Perspektive „auf die Erschließung von Teilhabechancen und die Mobilisierung sozialer Ressourcen [...], autonome Lebensführung und weitestgehende Selbstbestimmung“ (Franzkowiak 2014: 123) für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) noch Pate zur Entwicklung der Ottawa-Charta (WHO 1986) und des Feldes der Gesundheitsförderung (Franzkowiak 2003: 5). Soziale Arbeit kann in diesem Sinne als „ahnungslose Leihmutter“ (ebd.) derselben betrachtet werden (vgl. auch Franzkowiak/Wenzel 1989). Denn für die sich ausdifferenzierenden Gesundheitswissenschaften spielte sie in der Folge als Bezug trotz dieser Anleihen keine nennenswerte Rolle (Franzkowiak et al. 2011: 16, Hanses/Richter 2011: 137).

(2) Darüber hinaus bilden gesundheitsbezogene Problemaspekte als Teil einer biopsychosozialen Problematik mit Blick auf die aktuellen Praxisfelder ein bedeutsames Aufgabenfeld der sozialpädagogischen Praxis (vgl. Homfeldt/Sting 2006: 157 ff.). Auf dieser Ebene sind auch die praxisbezogenen Schnittmengen zwischen den Funktionssystemen Sozialer Arbeit und Gesundheit (vgl. Hafen 2013) evident: Neben den Handlungsfeldern der „Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen“ (Franzkowiak et al. 2011: 131) wie der Sozialpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, den Kliniksozialdiensten, den Therapieeinrichtungen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen etc. (vgl. a. a. O.: 141 ff.), betrifft dies insbesondere auch die (teilweise implizite) „Gesundheitsarbeit im Sozialwesen“ (Homfeldt/Sting 2015: 627 f.), beispielsweise in der Jugendhilfe u. a. mit ihren Schnittpunkten zur Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Franzkowiak et al. 2011: 164 ff.; Fegert/Schrappner 2004: 18; du Bois 2004: 423, Schröder/Colla 2012: 21 ff.). Das Thema Gesundheit bzw. Krankheit und deren psychosoziale Aus-

5 Zur Rolle der Sozialen Arbeit im Nationalsozialismus, bzw. hier insbesondere im Kontext der Rassenhygiene, sei auf die einschlägigen Einführungen verwiesen: vgl. u. a. Otto/Sünker 1989a; Otto/Sünker 1989b: 21 ff.; Knüppel-Dähne/Mitrovic 1989: 188 ff.; Sachße/Tennstedt 1992; Kappeler 2000; Kuhlmann 2012; Nolzen/Sünker 2015; Wendt 2017: 173 ff.).

6 Da die historische Perspektive der Professionsentwicklung nicht das Anliegen der Studie darstellt, sei hier nochmals auf die einschlägigen Einführungen verwiesen, in denen explizit Gesundheitsthemen in der Entwicklung Sozialer Arbeit beleuchtet werden (vgl. z. B. Franzkowiak 2003; Homfeldt/Sting 2006: 37 ff.; Schröder/Sting 2006; Franzkowiak et al. 2011: 15 ff.).

wirkungen und Interdependenzen tangiert die Praxis der Sozialen Arbeit insofern faktisch in vielen Bereichen wesentlich.

Der 13. Kinder- und Jugendbericht (vgl. BMFSFJ 2009) griff diese Relevanz der Gesundheitsthematik für den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe vor dem Hintergrund auf, dass das Risiko, eine Gesundheitsstörung zu entwickeln, für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche, vor allem also Adressat*innen der Jugendhilfe (vgl. Fendrich/Pothmann/Tabel 2018: 19 ff.), erhöht ist (vgl. auch BMFSFJ 2009: 47 ff.; Lampert/Hagen/Heizmann 2010; Kuntz et al. 2018; Sting 2018). Eine große Bedeutung kommt dabei insbesondere dem Bereich der psychischen Gesundheit der Heranwachsenden zu. So fokussierte der 13. Kinder- und Jugendbericht die Frage der Unterstützungsmöglichkeiten im Kontext seiner salutogenetischen Perspektive (vgl. BMFSFJ 2009: 56 ff.; Antonovsky 1997) u. a. die Bedeutung von Resilienzfaktoren. Mit dem Begriff „neue Morbidität“ wird in diesem Zusammenhang eine Verschiebung „gesundheitlicher Hauptleiden“ *von akuten zu chronischen und von somatischen zu psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter* beschrieben (vgl. BMFSFJ 2009: 68; Schlack et al. 2008: 246). Die Jugendhilfe spürt dies in der Praxis hinsichtlich einer Verschärfung von Multiproblemlagen, v. a. im Sinne einer Verschränkung multipler psychosozialer und gesundheitlicher Beeinträchtigungen (vgl. Homfeldt/Gahleitner 2012: 14 ff.). „Entwicklungsauffälligkeiten/seelische Probleme des jungen Menschen“ spielen dabei als Teilaspekt der Hilfestellung in den Hilfen zur Erziehung eine hochrelevante Rolle (vgl. DESTATIS 2018: 43).⁷ So resümiert bereits der „Monitor Hilfen zur Erziehung“ des Jahres 2014:

„Die wachsende Bedeutung von Belastungen des jungen Menschen durch Problemlagen der Eltern einerseits und die der Entwicklungsauffälligkeiten bzw. seelischen Probleme des jungen Menschen andererseits könnten Indizien dafür sein, dass psychische Erkrankungen eine nicht zu unterschätzende Rolle bei den Adressat(inn)en spielen“ (Fendrich/Pothmann/Tabel 2014: 42).

Und auch die Zahlen der Eingliederungshilfen (nach § 35a SGB VIII), in denen qua Definition eine psychische Erkrankung als Teilproblematik vorliegen muss, steigen seit der ersten statistischen Erhebung im Jahre 2007 kontinuierlich an (Fendrich et al. 2018: 47 f.).

„Die Ergebnisse der Kinder- und Jugendhilfestatistik zeigen, dass dieser Teil des Hilfesystems in den letzten Jahren zunehmend in Anspruch genommen wurde; die prozentuale Steigerung fällt stärker aus als bei den Hilfen zur Erziehung [...]. Mittlerweile

7 An zweiter Stelle der Teilnennungen (Gründe für Hilfestellung), hinter den „familiären Konflikten“ (vgl. ebd.).

übertrifft diese Hilfeart des SGB VIII – quantitativ betrachtet – sogar die Vollzeitpflege sowie alle ambulanten Leistungen bis auf die SPFH“ (a. a. O.: 53, Auslassung: C. R.).

Vor diesem Hintergrund erscheint es kaum überraschend, dass zwischen den Systemen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen der Erziehungshilfen (§§ 27 ff. SGB VIII) sowie qua Definition im Rahmen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII) eine hochrelevante und spannungsreich diskutierte Schnittmenge über die betroffenen Kinder und Jugendlichen besteht (vgl. Fegert/Schrappner 2004; Groen/Jörns-Presentati 2014; Fegert/Petermann 2014; Groen/Jörns-Presentati 2018). Empirische Daten zu psychischen Störungen⁸ der Heranwachsenden in Jugendhilfeeinrichtungen liegen v. a. aus dem Setting der stationären Jugendhilfe vor, in dem eine enge Verschränkung von psychosozialen Problemen, erlebten Traumata und psychischen Störungen beobachtet wird (vgl. u. a. Schmid et al. 2008; AKTWG 2009; Schmid 2010; Dölitzsch et al. 2014). Aber auch in den ambulanten Erziehungshilfen stellen psychische Erkrankungen der Heranwachsenden heute „keinen Ausschlussgrund für die Gewährung dieser Hilfeform dar“ (Fröhlich-Gildhoff et al. 2006: 133; vgl. die Relevanz „seelischer Probleme“ in der Hilfgewährung DESTATIS 2018: 42 ff.). Darüber hinaus wird und wurde ebenfalls der Großteil der Eingliederungshilfen (nach § 35a SGB VIII) ambulant erbracht (Fendrich/Pothmann/Tabel 2012: 38; Fendrich et al. 2018: 51).

Das Thema Gesundheit bzw. Krankheit erhält insofern schon über die Frage, mit welchen Problemaspekten Soziale Arbeit in der Praxis faktisch konfrontiert ist, erhebliche Relevanz. Im spezielleren Kontext der Jugendhilfe wiederum scheint insbesondere der Aspekt der Einschränkung der psychischen Gesundheit bzw. das Vorliegen einer psychischen Störung als Teilaspekt der Problemlagen eine äußerst praxisrelevante Rolle zu spielen.

(3) Als Hintergrund dieser Verschränkungen psychosozialer und gesundheitlicher Probleme dient ein modernes, biopsychosoziales Verständnis der menschlichen Entwicklung, das dem sozialökologischen Kontext auch eine bedeutsame Rolle bei der Genese von Krankheit und Gesundheit zuweist (vgl. DIMDI 2005;

8 Der Begriff ‚psychische Störung‘ wird in der gesamten Arbeit im Sinne der im ICD-10 als krankheitswertig definierten Auffälligkeiten im Erleben und Verhalten von Menschen verstanden. Abzugrenzen ist hiervon der Begriff der Verhaltensauffälligkeit, der keine als solche definierte Krankheitswertigkeit beinhaltet. Abweichendes Verhalten wiederum bezieht sich auf eine Abweichung von als solche erkennbaren, gesellschaftlichen Normvorstellungen, die sowohl in psychischen Störungen als auch nichtkrankheitswertigen Verhaltensauffälligkeiten erkennbar sind (vgl. hierzu Dollinger/Raithel 2006a: 11 ff.). Die ehemaligen Nutzer*innen von Jugendhilfemaßnahmen, die den Untersuchungsgegenstand dieser Studie darstellen, waren bzw. sind allesamt auch von einer psychiatrischen Diagnose und Behandlung betroffen.

Egger 2005; Homfeldt 2012; Pauls 2013; Hurrelmann/Richter 2013: 138 ff.; Sommerfeld et al. 2016: 130 ff.; Staub-Bernasconi 2018: 173 ff.). Dieser Aspekt wird im Folgenden als theoretische Hintergrundfolie des Verständnisses Sozialer Arbeit im Kontext psychischer Störungen (und assoziierter psychosozialer Probleme) noch näher ausgeführt (vgl. Kapitel 2). Zunächst soll jedoch kurz ein wesentlicher, normativer Bezugspunkt Sozialer Arbeit zur Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit vorgestellt werden: Die Korrelation zwischen der Ungleichverteilung von sozialökologischen und sozioökonomischen Ressourcen und Gesundheitschancen.

1.2 Der normative Horizont: Soziale und gesundheitliche Ungleichheit

Ein wesentlicher Anknüpfungspunkt für die Zuwendung der Handlungswissenschaft⁹ Soziale Arbeit (vgl. Staub-Bernasconi 2018, Sommerfeld 2013, 2014) zum Thema Gesundheit ist die bereits oben thematisierte Erkenntnis, dass die Lebenschancen und Bewältigungsressourcen von Personen und Personensystemen in einem engen Zusammenhang mit dem gesundheitlichen Status dieser Personen und Gruppen steht (vgl. auch Lampert 2016). Auch die „Chancen für ein gesundes Aufwachsen“ (BMFSFJ 2009: 247) sind ungleich verteilt. Den Tenor der diesbezüglichen empirischen Studien kann man wie folgt zusammenfassen: *„Je ungünstiger der sozioökonomische Status, desto höher die Sterblichkeit und die Häufigkeit von Erkrankungen“* (Hurrelmann/Richter 2013: 30; vgl. im Kindes- und Jugendalter: Lampert/Kurth 2007; Ravens-Sieberer/Klasen/Petermann 2016; Kuntz et al. 2018). Soziale Arbeit, die sich in Profession und Disziplin den Prinzipien sozialer Gerechtigkeit verpflichtet sieht und in ihrem Handeln – allgemein gesprochen – die „Steigerung des Wohlbefindens“ anstrebt (IFSW 2014), hat sich nach diesem Verständnis auch mit der sozialen und psychosozialen Seite von Gesundheit auseinanderzusetzen und die handlungswissenschaftlich relevante (vgl. Sommerfeld 2013: 161) Frage zu beantworten, wie ihre Praxen zur Verbesserung der Gesundheitschancen beitragen können (vgl. auch Sommerfeld et al. 2016: 56). So agiert Soziale Arbeit häufig direkt *in* den unterschiedlichen benachteiligten Lebenslagen und Lebenswelten ihrer Adressat*innen, was, wie auch im 13. Kinder- und Jugendbericht betont wird, nachhaltige gesundheitsförderliche Wirkungen entfalten kann, selbst wenn diese Gesundheitsperspekti-

9 Zum grundlegenden Thema sozialer Gerechtigkeit als wesentlicher Bezugspunkt der Sozialen Arbeit vgl. u. a. Böhnisch 2012a: 37 ff.; IFSW 2014; mit aktuellem Bezug zum Capabilities-Approach Böllert/Otto/Schrödter/Ziegler 2015; Ziegler 2018.

ve – hier am Beispiel der Jugendhilfe – zuweilen implizit bleibt (vgl. BMFSFJ 2009: 219).¹⁰

Die positive Korrelation zwischen sozialen und gesundheitlichen Faktoren und die damit einhergehende Ungleichverteilung von Gesundheitschancen nach der jeweiligen Ressourcenausstattung unterschiedlicher Milieus ist seit langem bekannt (vgl. u. a. Richter/Hurrelmann 2009b; Lampert/Hagen/Heizmann 2010; Hurrelmann/Richter 2013: 21 ff.). Kinder- und Jugendliche rückten jedoch relativ spät, insbesondere in den 2000er Jahren, stärker in den Fokus der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung (Lampert/Richter 2009: 209). Zu den in der deutschen Öffentlichkeit bekanntesten Studien der letzten Jahre zählen die Untersuchungen der longitudinalen „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KIGGS) (vgl. u. a. Lampert/Kurth 2007; Ravens-Sieberer et al. 2007; Schlack/Kurth/Hölling 2008; Ravens-Sieberer et al. 2016; Kuntz et al. 2018). Diese Studien betrachten die Gesundheitssituation der Kinder- und Jugendlichen in Deutschland und geben für die Soziale Arbeit durchaus interessante Erkenntnisse preis. So wird auch hier ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und gesundheitlicher Lage festgestellt (vgl. Lampert/Hagen/Heizmann 2010: 24 ff.). Studien im Rahmen des „BELLA“-Moduls¹¹, die ebenfalls als Teil der KIGGS-Studien durchgeführt wurden (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2007; Ravens-Sieberer et al. 2016; Klasen et al. 2017), sowie die Mannheimer Risikokinderstudie (vgl. Laucht/Esser/Schmidt 2000) zeigen für den Bereich der psychischen Erkrankungen, dass Kinder und Jugendliche, die in benachteiligten Lebenslagen¹² heranwachsen, im doppelten Sinne – sozial wie gesundheitlich – benachteiligt sind und ein höheres Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen tragen. In spätmodernen Verhältnissen erscheint die dabei festgestellte Ungleichheit ungerechter denn je: Zwar wachsen Kinder und Jugendliche in der Bundesrepublik entgegen der öffentlichen Wahrnehmung (vgl. Keupp 2012: 9 ff.) insgesamt gesünder auf als je zuvor (BMFSFJ 2009; Kuntz et al. 2018). Diese Entwicklung gilt jedoch kaum für Heranwachsende in prekären Lebenslagen (vgl. BzGA 2008: 155 ff.; BMFSFJ 2009; Keupp 2010: 65 f.; Klipker et al. 2018), da

10 Gemeint ist hiermit, dass häufig nicht explizit von (auch) gesundheitsfördernden Interventionen gesprochen wird, selbst wenn die erzieherischen und sozialen Interventionen zur jeweiligen Lebensbewältigung auch gesundheitsfördernden bzw. therapeutischen Charakter aufweisen. Was diese implizite Gesundheitsarbeit zuweilen meint, expliziert beispielsweise Waller (2006: 80) am Beispiel der Sozialpädagogischen Familienhilfe: Andererseits wird im Kontext von Publikationen zur Klinischen Sozialarbeit der *sozialtherapeutische* Charakter solch psychosozialer Hilfen, die insbesondere auf die fallbezogene Entwicklung von Teilhabe und Empowerment abzielen, immer mehr in den Vordergrund gerückt (vgl. etwa zur Eingliederungshilfe Romanowski/Pauls 2017).

11 Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten.

12 Benachteiligte Lebenslagen gehen mit hohen psychosozialen Belastungen aller Familienmitglieder einher (vgl. Lampert/Mielck 2008; Richter/Hurrelmann 2009b: 22 ff.)

der sozioökonomische Status eine besonders große Rolle als Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen und Krankheiten spielt (vgl. ebd.; Chassé/Zander/Rasch 2010: 212 ff.; Wilkinson/Marmot 2004; Zander 2011; Laubstein/Holz/Sedding 2016).

Die Wirkungspfade des Zusammenhangs von Gesundheitsstatus und Lebenslage werden dabei in den wissenschaftlich anerkannten sozialepidemiologischen Modellen ebenfalls in ihrer dynamischen Wechselwirkung dargestellt (vgl. zusammenfassend Franzkowiak et al. 2011: 41 ff.). Eines der bekanntesten sozial-epidemiologischen Modelle ist das Pfadmodell zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit von Mielck (vgl. 2000): Ausgehend von sozialen Unterschieden, die sich insbesondere über die Faktoren Wissen, Macht, finanzielle Ausstattung und ein damit einhergehendes Prestige beschreiben lassen, treten auf einer ersten Ebene Unterschiede in den Belastungen selbst, den Bewältigungsressourcen und dem Zugang zur kurativen und präventiven Versorgung auf. Armutslagen können beispielsweise mit existenziellen Ängsten und einem diesbezüglich chronischen Belastungserleben einhergehen. Gleichzeitig sind im Vergleich zu gut ausgestatteten Personen die Zugänge der gesundheitlichen Versorgung auf das Minimum der gesetzlichen Leistungen begrenzt (z. B. Zahnersatz, Pflegequalität, Zeitpunkt/Wartezeit zu Arzttermin oder Therapie etc.). Auch erhalten beispielsweise Menschen mit hoher Problemintensität und sozial schwierigen Lebenslagen und geringer Ressourcenausstattung nach wie vor äußerst begrenzt Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten (vgl. zur Empirie dieses strukturellen Ausschlusses Strauß 2015). Darüber hinaus besteht kaum die Möglichkeit beispielsweise des Rückzugs und der Erholung von diesen existenziellen Belastungen. Die Möglichkeiten der Bewältigungsressourcen und gesundheitlichen Versorgung wiederum beeinflussen die Möglichkeiten des Gesundheitsverhaltens, sodass dann unter Umständen wenig förderliche, aber eben leicht zugängliche Bewältigungsstrategien (etwa Alkoholkonsum zur Stressbewältigung) angewandt werden, welche die problematische Ausgangslage kaum zum Positiven verändern. Ein Zusammenspiel dieser Aspekte führt schließlich dazu, dass sich die unterschiedlichen Belastungs-, Ressourcen- und Zugangslagen zur ungleichen Gesundheitssituation verdichten, die unter Umständen wiederum die soziale Position tangiert, wenn beispielsweise eine berufliche Tätigkeit krankheitsbedingt nicht mehr ausgeübt werden kann. Zwar erscheint diese Modellierung relativ elaboriert, da es die empirisch begründeten interdisziplinären Bezüge zu Einflüssen auf den Gesundheitsstatus zusammenbringt. Dennoch vermag, wie auch Franke (2012: 239) betont, bislang keines dieser Zusammenhangsmodelle genauer zu erläutern, „wie die einzelnen Faktoren der sozialen Ungleichheit zur gesundheitlichen Ungleichheit führen“ (ebd.).

Für eine gesundheitsbezogene Soziale Arbeit stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, wie die Gesundheitschancen für Menschen aus sozial (gesundheitlich) benachteiligten Lebenslagen erhöht werden können. Projekte öffentli-

cher Gesundheitsförderung, die insbesondere auf individuelles Verhalten abzielen, scheitern an der Unzulänglichkeit, dass sozialstrukturelle und lebensweltliche Aspekte nicht berücksichtigt werden, die nicht durch Verhalten „überformt“ werden können (vgl. Hradil 2009: 51 f.). So können Projekte zur Gesundheitsförderung durchaus die Benachteiligung der bereits Benachteiligten verschärfen, wenn diese eher mittelschichtorientierten Programme wenig kompatibel für die lebensweltlichen Herausforderungen von Menschen in prekären Lebenslagen sind, diese insofern im Gegensatz zur vermeintlichen Zielgruppe kaum von den Angeboten profitieren (vgl. Sting 2011: 146). Dabei waren insbesondere die Ziele der Ottawa Charta, mit der die Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) ihren Grundriss der Gesundheitsförderung absteckte, durchaus lebenslagen- und subjektorientiert formuliert. Stephan Sting stellt diesbezüglich zusammenfassend fest:

„Gesundheitsförderung sollte die Menschen in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen ansprechen, auf die aktive Mitwirkung und Selbstbestimmung der Bevölkerung setzen, da jeder Experte seiner eigenen Gesundheit ist und Einfluss auf die Gesundheit in seiner unmittelbaren Umgebung nehmen kann, und sie sollte übergreifende Rahmenbedingungen von Gesundheit wie Chancengleichheit und soziale Gerechtigkeit, Frieden und Befriedigung von Grundbedürfnissen (z. B. Wohnen, Arbeiten, Lebenssinn) einbeziehen“ (Sting 2011: 142).

Jedoch scheint eine solch offene Ermöglichung von Gesundheit häufig nicht in Selbstbestimmung fördernde, gesundheitspolitische Aktionen und konkret alltagsbezogene Praxen zu münden. Vielmehr verkürze ein simplifizierter Aktivismus im Gewande der Gesundheitsförderung die Ermöglichung gesunder Lebenswelten in eine Disziplinierung zu individuellem Gesundheitsverhalten im Sinne einer hegemonialen Gesundheitsnormalität (vgl. a. a. O.: 143).

„Möchte Gesundheitsförderung ihrem sozialpolitischen Anspruch gerecht werden und zur Verbesserung der Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen beitragen, dann muss sie weniger auf die kurzfristige Veränderung der functionings (des Gesundheitsverhaltens) als vielmehr auf eine breit angelegte Verbesserung der capabilities setzen“ (a. a. O.: 146).

Soziale Arbeit, die in gesundheitlichen Problemlagen wie etwa im Bereich psychischer Erkrankungen operiert und insbesondere auch langfristig mit sozial und gesundheitlich beeinträchtigten Menschen arbeitet¹³, die häufig trotz langer Lei-

13 Der Begriff „hard-to-reach“ scheint sich als Bezeichnung für die Adressat*innengruppe von Menschen in biopsychosozialen Multiproblemlagen durchgesetzt zu haben, die nicht

denphasen keinen Zugang zu den herkömmlichen Angeboten gesundheitlicher Förderung und Kuration finden (vgl. z. B. Gahleitner/Pauls 2012; Gahleitner/Homfeldt/Fegert 2012; Strauß 2015; Romanowski 2019; Paulick/Wesenberg 2019), könnte mit ihren lebensweltlichen, an den Adressat*innen orientierten Bezügen durchaus einen wichtigen Beitrag zur Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten (vgl. auch Homfeldt 2012). Dabei kann sich eine solche lebensweltlich orientierte und gesundheitssensitive oder in explizit therapeutischen Kontexten auch „Klinische Sozialarbeit“ (vgl. Pauls 2011; Ansen 2015; Sommerfeld et al. 2016) auf einige anthropologische Grundannahmen stützen, die heute zum humanwissenschaftlichen Allgemeinwissen gehören (Sommerfeld et al. 2016: 52) und die die Zusammenhänge biologischer, psychologischer und sozialer Prozesse – auch im Kontext der Entstehung, Aufrechterhaltung und Bewältigung von psychischen Störungen – betonen. Diese Erkenntnisse, die die Bedeutsamkeit der „Arbeit am Sozialen“ (Sommerfeld et al. 2011: 273) unterstreichen, werden im Folgenden als theoretische Hintergrundfolie Sozialer Arbeit im Problemkontext „psychische Störungen“ als Teilaspekt biopsychosozialer Multiproblemlagen dargestellt.

oder kaum von Unterstützungsleistungen im sozialen wie gesundheitlichen Bereich erreicht werden (vgl. Labonté-Roset/Hoefert/Cornel 2010). Wright stellt in diesem Zusammenhang für das Feld der Gesundheitsprävention die expertokratiekritische Frage, „wer eigentlich für wen schwer erreichbar“ sei (Wright 2010). Als Alternativbegriff hierzu wird die Variante „seldom heard“ (Doel 2012: 84; Paulick/Wesenberg 2019: 20) vorgeschlagen, die eher auf die unzureichenden, institutionalisierten Angebote für diese Bedarfsgruppen in komplexen biopsychosozialen Versorgungslagen verweist, zumindest dort, wo eher weniger die individuelle Motivlage das Zugangsproblem darzustellen scheint.

Kapitel 2

Psychische Gesundheit und Krankheit als biopsychosozialer Prozess

Theoretische Grundlegung

Sozialepidemiologische Modelle wie das eben dargestellte Modell von Mielck (2000) versuchen die psychosozialen Einflüsse auf den Gesundheits- und Krankheitsstatus in ein Gesamtmodell zu bringen, um gesundheitliche Ungleichheit als gesellschaftliches Phänomen erklärbar zu machen. Dabei wird deutlich, dass psychosoziale Einflüsse im Sinne von Bewältigungsanforderungen der direkten Interaktion zwischen Person und sozialer sowie materieller Umwelt den jeweiligen Gesundheitsstatus des konkreten Subjektes mitbestimmen. Die Art der Bewältigungsanforderungen wird wiederum durch die soziale Lage im Einzelfall beeinflusst. Um die Wechselwirkungen der sozialen Situation auf das Gesundheits-/Krankheitsgeschehen genauer nachzuvollziehen, ist es jedoch notwendig, die Makroebene zu verlassen und auf der interaktionellen Ebene genauer den Zusammenhang zwischen Bewältigungsanforderungen, Belastungen und der Bewältigung von Belastungen zu betrachten. Erst hierüber wird deutlich, welche Rolle theoretisch auch der Sozialen Arbeit und in diesem Bereich der Jugendhilfe bei der fallbezogenen Bewältigung sowohl von Teilhabeproblemen, die mit einem Störungsgeschehen einhergehen, als auch bezüglich der Bewältigung des Störungsgeschehens selbst zukommt. Hierzu wird im Folgenden der Blick kursiv auf einige grundlegende Zusammenhänge zwischen den biopsychosozialen Ebenen im Kontext der Bewältigung und Nichtbewältigung psychosozialer Belastungen gelenkt, bevor eine darauf aufbauende und empirisch entwickelte Handlungstheorie Sozialer Arbeit vorgestellt wird, die sich unter Bezugnahme auf diese grundlagenwissenschaftlichen Hintergründe explizit mit der Rolle Sozialer Arbeit im Kontext psychischer Störungen auseinandergesetzt hat.

2.1 Entwicklung, Krankheit und psychische Störungen: biopsychosoziale Interdependenzen

Insbesondere das Erleben und Verhalten von Menschen bzw. dessen Entwicklung und Schematisierung ist in hohem Maße die Folge sozialer Erfahrungen (vgl. Applegate/Shapiro 2005: 11 ff.). Die biologische Grundlage dieser Offenheit ist dem Menschen mit seinem zunächst hochgradig plastischen Gehirn gegeben:

Neuronale Strukturen und damit einhergehend die Grundlagen von Erleben und Verhalten entwickeln sich auch über soziale bzw. interaktive Erfahrungs- und Lernprozesse, also durch die aktive Auseinandersetzung mit der jeweiligen sozialen und materiellen Umwelt. Die alte Anlage-Umwelt-Frage nach dem wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung des Menschen allgemein und psychischer Störungen im Speziellen ist in diesem Sinne nach heutigem Wissensstand dialektisch aufgelöst (vgl. u. a. Applegate/Shapiro 2005: 11 ff.; Roth 2011: 103 ff.; Hüther 2016; Pauls 2011: 43 ff.; Fuchs 2013: 280 ff.; Sommerfeld et al. 2016: 102 ff.). Die Verbindung der erfahrungsabhängigen Entwicklung neurobiologischer Strukturen in Auseinandersetzung des Subjekts mit seinen jeweiligen umweltbezogenen Erfahrungsbedingungen, die dann wiederum eine Grundlage für die Einordnung weiterer Erfahrungen bieten, stellt ein nicht trennbares, stets strukturell gekoppeltes¹⁴ Phänomen dar (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 49). Die subjektive, mit Bedeutung aufgeladene „Lebenswelt“ und die objektive, teilweise auch unbewusste und dennoch Erfahrungen ermöglichende oder verwehrende „Lebenslage“ (vgl. zu dieser Begriffsdifferenzierung Kraus 2006), d. h. die (sozialpädagogisch handlungsrelevante) interaktionelle Sphäre des Psychosozialen, spielen demnach eine bedeutsame Rolle auch für die Störungsentwicklung über die Kopplung der jeweiligen Erfahrungsprozesse mit den individuellen emotional-kognitiven Schemata und deren neurophysiologischen Korrelaten (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 140 ff.; sowie 2.5 in diesem Teil). Vor diesem Hintergrund erscheint es plausibel, dass dem sozialpädagogisch mitgestalteten Milieu und den individuellen psychosozialen Interventionen im positiven Nutzungsfall nicht „nur“ die Rolle der Verbesserung von Integrations-, bzw. Teilhabemöglichkeiten für ‚psychisch kranke Menschen‘ zukommt, sondern über diese professionell arrangierten Erfahrungen auch das Symptomgeschehen mit beeinflusst wird und diese Hilfen insofern auch „sozialtherapeutisch“ (Sommerfeld et al. 2016: 175) wirksam werden können (vgl. zum möglichen Einfluss sozialpädagogischer Hilfen auf das Störungserleben¹⁵ auch BMFSFJ 2002; Büttner et al. 2011; AKTWG

14 Der Begriff der strukturellen Kopplung beschreibt die Verbindung ungleicher und doch zusammenhängender Systemebenen. Ein relativ bekanntes Beispiel ist, dass Nervenzellen selbst nicht denken können, sondern innerhalb ihres Systems mit anderen Nervenzellen durch Reiz-Informationen Reaktions-‚Informationen‘ über Impulse austauschen. Über diese Impulse wiederum ‚Emergieren‘ neue Qualitäten höherer Ordnung, etwa ein Verhaltensvorgang oder ein Denkvorgang (psychisches System), der beispielsweise wiederum eine Qualität höherer Ordnung, etwa einen Kommunikationsprozess (soziale Ebene) auslösen kann (vgl. z. B. Maturana/Varela 2006: 85 ff.; Pauls 2011: 40 ff.; Sommerfeld et al. 2016: 52).

15 Freilich genügt aus einer sozialpädagogischen Perspektive die individuelle Störungsentwicklung allein nicht als evaluatives Kriterium (vgl. u. a. Ziegler 2018). Gleichwohl zeigen diese Studien unter anderem die mögliche Bedeutsamkeit sozialpädagogischer Maßnah-

2009; Gahleitner 2017a: 181 ff.; sowie 4.2.1; 4.2.2). Psychotherapeutische Zugänge werden in solch komplexen Multiproblemlagen häufig erst in zweiter Instanz über das hinreichend Sicherheit gebende (ggf. sozialpädagogisch arrangierte) Milieu¹⁶ möglich, wie beispielsweise empirische Studien im Jugendhilfebereich zeigen (vgl. AKTWG 2009: 34 ff.; Gahleitner 2017b: 69 ff.).

Auch aktuelle Sozialisations- und Entwicklungstheorien berücksichtigen diese Erkenntnisse, wenngleich der jeweilige Fokus durch die disziplinäre Verortung geprägt bleibt (vgl. Hurrelmann 2012a: 42 ff.). Hurrelmann und Richter stellen aus sozialwissenschaftlicher Perspektive sich gegenseitig z. T. überschneidende sowie ergänzende Perspektiven auf die Entstehung von Gesundheit und Krankheit vor, die sich grob in „Gesellschafts-, Public-Health-, Lern- und Bewältigungstheorien“ einordnen ließen (Hurrelmann/Richter 2013: 66–112). Daran anknüpfend entwickeln sie ein *integratives*, biopsychosoziales und entwicklungsbezogenes Erklärungsmodell, das Gesundheit und Krankheit sowie deren Entstehung in einem komplexen Zusammenspiel von Faktoren auf und zwischen diesen Ebenen versteht (vgl. a. a. O.: 113 ff.). Rekuriert wird u. a. und insbesondere auf Antonovskys Salutogenesemodell (vgl. Antonovsky 1997; sowie 2.2.2), das seinen Schwerpunkt auf das Spannungsverhältnis zwischen Stressoren und Widerstandsressourcen legt und Gesundheit und Krankheit als zwei Pole eines Kontinuums versteht. Menschen verorten sich im Lebenslauf in Auseinandersetzung mit den biopsychosozialen Einflüssen dynamisch in diesem Kontinuum (Antonovsky 1997: 22; Hurrelmann/Richter 2013: 113 ff.). Insbesondere über diesen Zugang zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit als interaktiven Prozess und der Frage nach den Möglichkeiten der positiven Verortung auf diesem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum über Bewältigungsprozesse in Abhängigkeit mit der jeweiligen „Ressourcenausstattung“ spielt das Salutogenesemodell auch im Kontext gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit eine bedeutsame Rolle (vgl. Franzkowiak et al. 2011: 61 ff.; Pauls 2011: 102). Außerdem beziehen sich die Autoren auf das ebenso interaktionistische Sozialisationsmodell der produktiven Realitätsverarbeitung (vgl. Hurrelmann 2012a), in dem insbesondere die Lebenslaufperspektive mit der Frage der Bewältigung von Entwicklungsauf-

men für diesen individuellen Problembereich, wobei sich mit Psychotherapie kombinierte Maßnahmen teilweise als noch effektiver erweisen (vgl. Büttner et al. 2011).

16 Mit Böhnisch wird als Milieu ein „biografisch verfügbare[r], sozialräumliche[r] und sozialemotionale[r] Kontext der Gegenseitigkeit beschrieben, in dem sich Bewältigungskompetenzen entwickeln“ (Böhnisch 2012a: 337, Einfügungen: C. R.). Die Entwicklung solch pädagogischer oder im Kontext psychischer Störungen besser als „pädagogisch-therapeutisches Milieu“ (Gahleitner 2017b: 22 ff.) beschriebener Kontexte der Lebensführung gehört zu den genuin sozialpädagogischen Aufgaben, selbst wenn die Soziale Arbeit diese Milieubildung jenseits geschlossener Unterbringungen freilich nicht in Gänze arrangieren, sondern „in der sozial offenen Alltagswelt nur begleiten, stützen und mitstrukturieren kann“ (Böhnisch 2012a: 337).

gaben eine bedeutsame Rolle – auch für die Gesundheit – zukommt. Diese Integration mündet in programmatische Leitlinien einer „konsensfähigen Definition“ von Gesundheit und Krankheit, die weiter gefasst ist als das biomedizinische Modell (Gesundheit als Abhängigkeit von Krankheit, vgl. Franke 2012: 38 ff.), gleichwohl jedoch enger als die Definition der WHO¹⁷ (vgl. Hurrelmann/Richter 2013: 119). So wird ein Verständnis von Gesundheit und Krankheit entwickelt, das insofern auch für die Soziale Arbeit Relevanz besitzt, als dass es das Gesundheitsgeschehen als dynamischen Prozess und damit einhergehend den Menschen als aktiv realitätsverarbeitendes und nach Handlungsfähigkeit strebendes Subjekt versteht und sowohl die Lebenslaufperspektive als auch die Rolle der sozialen Verhältnisse einbezieht. Aus dieser Integration der disziplin gebundenen, „zersplitterten“ (Gahleitner 2017b: 27) biopsychosozialen Modelle ergeben sich die folgende grundlegende Definition und daran anknüpfende, präzisierende Ausführungen.

„Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch der äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann/Richter 2013: 147).

Für das Verständnis von Krankheit und Gesundheit als biopsychosozialer Prozess werden acht Maxime formuliert, die im Grunde genommen dieses biopsychosoziale Modell oder Verständnis der Entwicklung von Gesundheit und Krankheit und insbesondere der psychischen Gesundheit und Krankheit im Lebenslauf zusammenfassen (a. a. O.: 139–146):

- 1) Gesundheit und Krankheit ergeben sich aus einem Wechselspiel von sozialen und personalen Bedingungen, welches das Gesundheitsverhalten prägt.
- 2) Die sozialen Bedingungen (Gesundheitsverhältnisse) bilden den Möglichkeitsraum für die Entfaltung der personalen Bedingungen für Gesundheit und Krankheit.
- 3) Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts, Krankheit das Stadium des Ungleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene.
- 4) Gesundheit und Krankheit als jeweilige Endpunkte von Gleichgewichts- und Ungleichheitsstadien haben eine körperliche, psychische und soziale Dimension.

17 „Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1946).