



Leseprobe aus Romanowski-Kirchner, Zwischen Alltag und Time-Out,
ISBN 978-3-7799-6358-5 © 2021 Beltz Juventa in
der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/
gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6358-5](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6358-5)

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 Hilfsituation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie	208
1.3 Zu den Ausführungen der Kategorien des Nutzenzirkels	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 Nutzenzirkel	361
Kapitel 4	
Allgemeine und spezifische Nutzenaspekte der Hilfsituation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie	363
4.1 Stabilisierung als Nutzen und Nutzungsphase	367
4.2 Phase psychosozialer Bewältigungsarbeit	390
4.3 Konsolidierung: Bewahrung 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 Nutzenzirkel	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
-----------------------------	-----

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.; Schröer/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/Schrapper 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 Hilfgewährung 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 Hilfgewährung), 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/Schraper 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 Hilfestellung 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/Raitel 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.