



Helmut Pauls, Petra Stockmann, Michael Reicherts (Hg.)

Beratungs- kompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit

Ein sozialtherapeutisches Profil

LAMBERTUS

Helmut Pauls, Petra Stockmann, Michael Reicherts (Hg.)

Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit

Ein sozialtherapeutisches Profil

LAMBERTUS

Helmut Pauls, Petra Stockmann,
Michael Reicherts (Hg.)

Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit

Ein sozialtherapeutisches Profil

LAMBERTUS

Bibliographische 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.



Alle Rechte vorbehalten

© 2013, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau

Umschlaggestaltung: Nathalie Kupfermann, Bollschweil

Herstellung: Franz X. Stückle, Druck und Verlag, Ettenheim

ISBN: 978-3-7841-2430-8

ISBN eBook: 978-3-7841-2431-5

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
1 Kontexte sozialtherapeutischer Beratung	9
1.1 Sozialtherapeutische Beratung – eine Begriffsbestimmung ... <i>Helmut Pauls, Petra Stockmann</i>	11
1.2 Anforderungen an sozialtherapeutische Beratung durch gesellschaftliche Entwicklungen	21
<i>Petra Stockmann</i>	
1.3 Das biopsychosoziale Modell als Grundlage sozialtherapeutischer Beratungsperspektiven	36
<i>Helmut Pauls</i>	
2 Beratungskompetenzen und Beratungsorientierungen	55
2.1 Allgemeine Basiskompetenzen für sozialtherapeutische Beratung – ein Konzept zur Systematisierung	57
<i>Helmut Pauls, Michael Reicherts</i>	
2.2 Erlebens- und Emotionsorientierung	79
<i>Michael Reicherts, Helmut Pauls</i>	
2.3 System- und Kontextorientierung	101
<i>Franz-Christian Schubert</i>	
2.4 Ressourcenorientierung	119
<i>Günther Wüsten</i>	
2.5 Kognitions- und Verhaltensorientierung	140
<i>Frank Como-Zipfel, Rebecca Löbmann</i>	
2.6 Integrative Orientierung	156
<i>Silke Birgitta Gahleitner, René Reichel</i>	

Inhaltsverzeichnis

3	Sozialtherapeutische Beratungskompetenzen: Exemplarische Falldarstellungen aus verschiedenen Arbeitsbereichen	173
3.1	Soziale Diagnostik als Teil der Beratung in der Psychiatrie . . . <i>Regula Dällenbach, Cornelia Rüegger, Peter Sommerfeld</i>	175
3.2	Beratung von Paaren und Familien <i>Christine Kröger, Rudolf Sanders</i>	193
3.3	Sozialtherapeutische Dimensionen der Suchtberatung im Jugendalter <i>Ute Antonia Lammel</i>	207
3.4	Sozialtherapeutische Beratung in der Forensischen Sozialarbeit <i>Gernot Hahn</i>	225
3.5	Beratung an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie <i>Norbert Beck</i>	243
3.6	Beratung bei Cyberbullying <i>Regula Berger, Olivier Steiner</i>	261
	Index	277
	Die Autorinnen und Autoren	285

Vorwort

Die Klientel psychosozialer Fallarbeit ist zunehmend von schwerwiegenden sozial(mit)bedingten und sozialrelevanten Erkrankungen, Beeinträchtigungen und Störungen in Multiproblemsituationen betroffen. Im Sozial-, Gesundheits-, Erziehungs- und auch Justizbereich erfordert die Komplexität psychosozialer Aufgabenstellungen und zu erbringender Leistungen zunehmend, dass Fachkräfte über spezifische, therapeutisch orientierte Beratungskompetenzen verfügen.

Mit diesem Buch widmen sich profilierte Autorinnen und Autoren aus Deutschland, der Schweiz und Österreich der Herausforderung, diese in der Praxis benötigten Kompetenzen als „*sozialtherapeutische Beratungskompetenzen*“ konzeptionell zu fassen, zu systematisieren und an Fallbeispielen aus unterschiedlichen Aufgabenbereichen zu veranschaulichen. Dabei werden nach einer einführenden Gegenstandsbestimmung dieses neuartigen programmatischen Profils von Beratung zunächst gesellschaftliche und menschenrechtliche Dimensionen sozialtherapeutischer Beratungsarbeit und biopsychosoziale Grundlagen diskutiert. Der zweite Teil dieses Bandes ist einer Systematisierung von Basiskompetenzen, Problemtypen und Handlungsleitlinien sowie der Darstellung ausgewählter beratend-therapeutischer Grundorientierungen, ihrer Methoden und entsprechender Kompetenzen gewidmet. Im dritten und letzten Teil des Buches werden Umsetzungen in der sozialtherapeutischen Praxis für eine Reihe wichtiger Arbeitsfelder und Aufgabenbereiche mit Fallbezug betrachtet.

Wir sind uns bewusst, dass die vorliegende Schrift nicht nur fachlich zu – erwünschten – Debatten und Kontroversen anregt, sondern auch berufspolitische Reibungsflächen bietet. Im Prozess der Professionalisierung der Sozialberufe ist die Frage nach den einschlägigen Kompetenzprofilen zunehmend wichtig geworden, nicht zuletzt bei den „Erbringern“¹ sozialtherapeutischer Leistungen.

Wir danken allen Autorinnen und Autoren, die sich an diesem anspruchsvollen Projekt beteiligt haben. Wir danken auch Frau Winkler und dem Lambertus-Verlag für die großzügige und flexible Unterstützung dieses Buchprojektes.

¹ Aus stilistischen Gründen wird in diesem Buch i.d.R. die männliche Form verwendet, auch wenn i.d.R. beide Geschlechter gemeint sind.

Last but not least danken wir einander für die verlässliche, kreative, kritische und oft auch vergnügliche Zusammenarbeit.

Coburg, Berlin, Fribourg im Mai 2013

Helmut Pauls, Petra Stockmann, Michael Reicherts

1
Kontexte
sozialtherapeutischer Beratung

1.1 Sozialtherapeutische Beratung – eine Begriffsbestimmung

Helmut Pauls, Petra Stockmann

Abstract

In diesem einführenden Kapitel wird das Konzept von sozialtherapeutischen Beratungskompetenzen entwickelt. Das Profil einer „sozialtherapeutischen Beratung“ wird mittels einer Bestimmung des Kompetenzbegriffes als wissenschaftlich fundierte Praxis im Hinblick auf Problemstellungen, Praxisfelder und Klientele sowie erforderliche Fähigkeiten und Fertigkeiten der Fachkräfte definiert. Anhand eines Umrisses der komplexen Aufgabenstellungen („tasks“) werden Abgrenzungen und Berührungspunkte sowohl in Richtung – nicht-klinischer – psychosozialer Beratung als auch Psychotherapie erörtert. Dabei wird das Aufgabenspektrum dieses neuartigen programmatischen Profils von Beratung mit seinen Randbedingungen, Methoden und Themen in einen interdisziplinären Kontext gestellt. Abschließend wird die Struktur dieses Buches kurz erläutert.¹

1.1.1 Ausgangspunkt

Auch wenn die Bedeutung und Komplexität der sozialen Dimension in Gesundheitskontexten systematisch und erheblich unterschätzt werden (Sommerfeld, Hollenstein & Krebs 2008, Pauls & Zurhorst 2012), gewinnt sie in vielen Bereichen des Sozialwesens, aber auch im Erziehungs- und Gesundheitsbereich, an Brisanz. Klientinnen und Klienten, Patientinnen und Patienten sind zunehmend mit schwerwiegenden sozial(mit)bedingten und sozialrelevanten Störungen, Erkrankungen und Beeinträchtigungen in Multiproblemsituationen belastet. Die soziale Umwelt ist sowohl ein zentraler verursachender als auch beteiligter Faktor für Krankheit und Gesundheit. In der Praxis sind Fachkräfte der Sozialen Arbeit, Heilpädagogik und Pädagogik neben solchen aus Heil- beziehungsweise Heilhilfsberufen wie Pflege, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie und Medizin in unterschiedlichsten Arbeitsfeldern mit Menschen mit gesundheitlichen Störungen aus einem weiten Spektrum tätig. Hierzu zählen die zunehmenden psychischen Störungen und Krankheiten und die wachsende Zahl chronischer körperlicher Erkrankungen ebenso wie daraus resultierende Behinderungen mit den jeweiligen sozialtherapeutischen und sozialrehabilitativen Unterstützungsbedarfen für die Betroffenen und ihre Bezugspersonen. Psychosoziale

¹ Aus stilistischen Gründen wird in diesem Buch i.d.R. die männliche Form verwendet, auch wenn i.d.R. beide Geschlechter gemeint sind.

Hilfen benötigen auch Menschen, die an den Folgen psychischer Traumatisierung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch oder Vernachlässigung leiden. Ferner ist der forensische Bereich zu nennen: delinquent gewordene Menschen mit ihren vielfältigen psychosozialen Problemlagen und/oder psychischen Störungen. In den Blick kommen ebenfalls diejenigen, die durch rein psychotherapeutische, psychiatrische, medizinisch-pflegerische und auch viele grundständig sozialarbeiterische Interventionsansätze nicht erreichbar und deswegen schlecht oder unterversorgt sind (oft auch als „*hard-to-reach*“ bezeichnet). Damit stellt sich zentral auch das komplexe Thema der Exklusion besonders benachteiligter Bevölkerungsgruppen aus Beratungs- und Behandlungszusammenhängen. Bei allen diesen Problemstellungen stehen Fachkräfte vor Aufgaben, für die sie adäquate Kompetenzen, theoretisches Wissen und entsprechende Interventionsfähigkeiten benötigen.

1.1.2 Zum Kompetenzbegriff

Der auf den Linguisten Noam Chomsky zurückgehende psychologisch-pädagogische Kompetenzbegriff enthält mehrere Bestimmungsstücke (zum Überblick auch Klieme & Hartig 2007). Ganz allgemein sind Kompetenzen sogenannte „Dispositionen“, die nicht direkt beobachtet werden können und die einer Person zugeschrieben werden. Sie umfassen nicht nur Wissen, sondern auch Können (insbesondere Fertigkeiten und kognitive, aktionale, sozial-kommunikative und selbstregulative Fähigkeiten; z.B. Weinert 2001). Kompetenzen sind „funktional“ bestimmt, d.h. sie beziehen sich auf mehr oder weniger umschriebene Situationen und Kontexte. Sie können im Prinzip erworben beziehungsweise erlernt werden und stehen der Person längerfristig zur Verfügung. Ihre Definition und Beschreibung kann systematisch, detailliert und operational anhand von Aufgaben erfolgen (z.B. Schott & Azizi Ghanbari 2008). Hargie (2011) hat speziell Kompetenzen interpersoneller Kommunikation im Sinne von *social skills* systematisiert. Der Kompetenz steht die „Performanz“, die (tatsächliche) Ausführung der Aufgabe oder Leistung, gegenüber. In diesem Sinne wird der Kompetenzbegriff auch „normativ“ gebraucht und bezieht sich auf etwas zu Erreichendes (z.B. in der Lehr-/Lernzielbestimmung).

Im Rahmen des vorliegenden Buches wird der Kompetenzbegriff gewählt, um das noch relativ neue Profil der sozialtherapeutischen Beratung auf diese Weise zu erkunden und zu strukturieren. Die mit sozialtherapeutischer Beratung verbundenen Problemstellungen, Praxisfelder und Klientele sind, wie schon angedeutet, vielfältig und komplex. Erforderliche Fähigkeiten und Fertigkeiten wollen wir anhand von Kompetenzen – soweit möglich – systematisch mittels bestimmter Aufgabenstellungen („*tasks*“) beschreiben, insbesondere als Fähigkeiten zur Ausführung von beratenden „Interventionen-in-Situationen“. Neben diesen spezifischen aktionalen Kompetenzen geht es um stärker situati-

onsübergreifende Kompetenzen wie Strategien (z.B. ein netzwerkbezogener Beratungsansatz) und Grundhaltungen (z.B. eine personorientierte, menschenrechtsbezogene professionelle Grundhaltung) und nicht zuletzt um Wissen über handlungsrelevante Rahmenbedingungen (gesellschaftlich, institutionell, rechtlich etc.). Das vorliegende Buch versteht sich dabei auch als ein erster Entwicklungsschritt für eine Art „Kompetenzrahmen“ im Hinblick auf die Vermittelbarkeit und Trainierbarkeit der vielfältigen Aufgabenstellungen sozialtherapeutischer Beratung in unterschiedlichen Praxisfeldern.

1.1.3 Begrifflichkeit und Kompetenzprofil sozialtherapeutischer Beratung

„Sozialtherapeutische Beratung“ ist allerdings eine bisher kaum gebrauchte programmatische begriffliche Verknüpfung zweier breit verwendeter Bezeichnungen, die es im Folgenden inhaltlich zu präzisieren gilt. Unter den Begriffen Sozialtherapie, Soziale Therapie und Soziotherapie findet sich eine ganze Bandbreite von Auffassungen zu sozialtherapeutischem Handeln – vom therapeutischen Einsatz kreativer Medien bis hin zur Beratungsarbeit als „kleiner Psychotherapie“. Für bestimmte psychosoziale Tätigkeitsfelder sind in Deutschland Formen sozialtherapeutischer (Mit)Behandlung mehr oder weniger umfassend, teils gesetzlich, festgeschrieben: „Ambulante Soziotherapie“ ist seit 2000 eine Krankenkassenleistung für einen eng umschriebenen Kreis von psychisch kranken Menschen (§ 37a SGB V) – wegen ihrer Einengung von weiten Kreisen der Fachwelt sehr kritisiert. Eine Verlegung in sogenannte „Sozialtherapeutische Anstalten“ ist laut Strafvollzugsordnung (§ 9) für Sexualstraftäter ab einem bestimmten Strafmaß vorgeschrieben, für andere Delinquenten möglich; gemäß der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern können Sozialarbeiter u.a. mit einer auf Sucht ausgerichteten sozialtherapeutischen Zusatzausbildung in Einrichtungen der Suchtkrankenarbeit tätig sein. So wird Sozialtherapie zum Teil seit langem praktiziert. Die Gegenstandsbestimmung des „Sozialen“ einer Sozialtherapie (vergleichbar der des „Körpers“ bzw. „Somatischen“ in der Medizin oder des „Psychischen“ in der Klinischen Psychologie/ Psychotherapie) ist jedoch eine nach wie vor bestehende große theoretische Herausforderung (Sommerfeld 2009).

Das biopsychosoziale Modell, das aus sozialer Perspektive besser als sozio-psychosomatisches Paradigma (Sommerfeld, Hollenstein & Calzaferri 2011) bezeichnet werden kann, stellt die Sozialtherapie in den Kontext komplexer Wechselwirkungen (Pauls 2011), die je spezifische Anforderungen an das Kompetenzprofil der Fachkräfte stellen. Gildemeister umreißt diese Herausforderung mit folgenden Worten: „Denn wir wissen ja längst, dass körperliche Prozesse nicht unsozial und psychische Prozesse nicht unkörperlich ablaufen und Rechtsnormen ihrerseits soziale Wirklichkeit schaffen“ (1995, S. 6).

Gildemeisters (1989) Hinweis, dass in Institutionen psychosozialer und gesundheitlicher Versorgung ein Auseinanderdriften der professionellen Perspektiven üblich sei, ist auch heute noch relevant. Die Problemlagen der Adressaten werden professionsspezifisch in psychische, körperliche und soziale Phänomene „zersplittert“. Für die sozialtherapeutische Perspektive mit ihrem *biopsychosozialen* Fokus stellt sich die Aufgabe, hier integrierend zu wirken. Sozialtherapeutisches Fallverstehen umfasst nicht nur die Erkrankung selbst, sondern auch die sich daraus ergebenden Folgen im psychischen und sozialen Kontext, Einschränkungen im Leistungsbereich, die Ausgestaltung der erforderlichen Interventionen und deren Rückwirkungen auf die Betroffenen und das Krankheitsgeschehen (vgl. auch die Differenzierungen von Dörr 2005). Horst-Eberhard Richter ordnete der Sozialtherapie die Aufgaben zu, sich um Faktoren zu kümmern, „die ursächlich daran beteiligt sein können, wenn Menschen sich nicht mehr sozial zurechtfinden oder erkranken, wenn sie von Krankheiten nicht genesen oder mit Behinderungen kein erträgliches Leben führen können“ (1978, S. 66). Dazu gehören die familialen Verhältnisse, die Wohnsituation, finanzielle Ressourcen sowie der Grad der Inklusion in gesellschaftliche Subsysteme (u.a. Wirtschaft, Bildung, Gesundheit). Schwendter sieht in der sozialtherapeutischen Perspektive die Ermöglichung eines offenen Blicks auf die Gesamtsituation, in der Leiden erfahren wird:

„Meiner Ansicht nach ist Soziale Therapie die Reflexion auf die Gleichzeitigkeit gesellschaftlicher und psychischer Ursachen je bestehender Leidenserfahrungen, verbunden mit dem Ensemble möglicher Interventionen zur Behebung oder doch Minderung dieser“ (Schwendter 2000, S. 15).

Die sozialtherapeutische Perspektive als Charakteristikum *spezifischer Beratungskompetenzen* ist die zentrale thematische Herausforderung, der sich die Autorinnen und Autoren dieses Buches stellen wollen.

Was *Beratung* denn eigentlich ist, wird unterschiedlich beantwortet (z.B. MacLeod 2004, S. 24ff.). Sickendiek, Engel und Nestmann (2008, S. 23) unterscheiden drei Grade der Formalisierung:

- die informelle Alltagsberatung durch Mitglieder des sozialen Umfeldes,
- die halbformalisierte Beratung als genuiner Anteil unterschiedlicher Berufe
- und die ausgewiesene, stark formalisierte Beratung durch professionelle Berater und Beraterinnen.

Die vielfältigen Beratungsverständnisse variieren dann auch abhängig von der disziplinären und theoretisch-methodischen Verortung einerseits und den Spezifika der Arbeitskontexte andererseits (s. auch Nestmann, Engel & Sickendiek 2004a, 2004b). Ein Verständnis formalisierter Beratung wurde für den deutschen Raum von der Deutschen Gesellschaft für Beratung (DGfB) entwickelt. Zentrale Elemente sind:

„Ein Ergebnis des Beratungsprozesses ist nur kooperativ erreichbar . . . Sie [die Beratung] setzt somit eine gemeinsame Anstrengung und Leistung aller Beteiligten (BeraterIn/Beratene und ggf. Kostenträger) und klare Zielvereinbarungen voraus . . . In dem dialogisch gestalteten Prozess, der auf die Entwicklung von Handlungskompetenzen, auf die Klärung, die Be- und Verarbeitung von Emotionen und auf die Veränderung problemverursachender struktureller Verhältnisse gerichtet ist,

- sollen erreichbare Ziele definiert und reflektierte Entscheidungen gefällt werden,
- sollen Handlungspläne entworfen werden, die den Bedürfnissen, Interessen und Fähigkeiten des Individuums, der Gruppe oder Organisation entsprechen,
- sollen persönliche, soziale, Organisations- oder Umweltressourcen identifiziert und genutzt werden, um dadurch selbst gesteckte Ziele erreichen oder Aufgaben gerecht werden zu können und
- soll eine Unterstützung gegeben werden beim Umgang mit nicht behebbaren/auflösbaren Belastungen“ (DGfB o.J., S. 4f).

Hier zeigen sich Schnittmengen mit der Psychotherapie, zu der die Übergänge, inhaltlich betrachtet, fließend sind. Zwei der Abgrenzungskriterien zwischen Beratung und Psychotherapie, die sich laut Großmaß (2004, S. 100) in den verschiedenen Phasen der fachlichen Diskussion als stabil erwiesen hätten, müssen unseres Erachtens für Aufgabenstellungen im klinischen Kontext stark relativiert werden, nämlich: „Beratung geht nicht von einem Krankheitskonzept aus, sondern behandelt die Schwierigkeiten ihrer Klientel als Konflikte und Desorientierungserfahrungen . . .“ und „Beratung hat es daher nicht mit Symptomen und Krankheitsbewältigung, sondern mit Krisen und Krisenbewältigung bzw. (Neu-)Orientierung zu tun“. Von sozialtherapeutischer Beratung wollen wir immer dann sprechen, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen und ihre Folgen ein wesentliches Element der Problemdefinition sind und Interventionen sich auf Problem – auch: Störung und Krankheit – verursachende und/oder aufrechterhaltende soziale und psychosoziale Faktoren richten müssen. Ob ein Beratungsprozess als sozialtherapeutisch, psychotherapeutisch, psychosozial o.ä. zu bezeichnen ist, hängt u.a. vom

„institutionellen Kontext und der Interpretation der für die Intervention im Vordergrund stehenden Probleme ab. Die Problemkonstellation eines Einzelfalles ist immer aus verschiedenen Perspektiven zu interpretieren, insofern kann bei der Problemdefinition auch eine therapeutische Indikation im Sinne eines Sozialleistungsrechts in den Vordergrund rücken und dann von Therapie gesprochen werden“ (Crefeld 2002, S. 34).

Hier wird angedeutet, dass Beratung ein Begriff ist, der immer aufgaben- und kontextbezogene Spezifizierungen erfordert. Weil in den sozialen Berufen der Therapiebegriff oft zu eng mit der Psychotherapie assoziiert war und ist, wurde der Beratungsbegriff auch dort seines therapeutischen Bezuges beraubt, wo es ganz klar um sozialklinische und *sozialtherapeutische* Aufgabenstellungen geht. Hier aber wird klinisch profilierte Beratung als spezifische therapeutisch

orientierte Interventionsform ebenso benötigt wie in der Psychotherapie, die in vielfältiger Hinsicht beratende Elemente enthalten kann.

Mit der programmatischen Verknüpfung „sozialtherapeutische Beratung“ relativieren wir also die strikte begriffliche Trennung von Therapie und Beratung. Komplexe sozialtherapeutische Interventionen beinhalten im Kern stets auch Beratungsprozesse. Die die psychosoziale Beratung tragenden Professionen (insbesondere Soziale Arbeit, Pädagogik und Heilpädagogik, aber auch Psychiatrie, Psychologie, Psychotherapie und Pflege) sind aufgefordert, sich einer notwendigen fachübergreifenden sozialen Gesundheitskompetenz neu zu vergewissern. In der Praxis sozialer Fallarbeit erfordert die Beratung bei klinischen Aufgabenstellungen in verschiedensten Arbeitsfeldern die Fähigkeit zu qualifizierter interdisziplinärer Kooperation. Möglichkeiten wechselnder Arbeitskonfigurationen und Durchlässigkeit von Zieldefinitionen und Maßnahmen in der therapeutisch-beratenden Fallarbeit sind zu verlangen, nicht starre disziplinäre Begrenzungen und Sicherung institutioneller oder berufsständischer Pfründe.

Sozialtherapeutische Beratung ist angezeigt, wenn es sich um Beratung von Klientinnen und Klienten in psychosozialen Notlagen beziehungsweise Multi-problemsituationen handelt, welche schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen und ihre Folgen einschließen. Dabei sehen wir sozialtherapeutische Beratung als eine Interventionsform, die in verschiedensten formalisierten und halbformalisierten Behandlungs- und Beratungskontexten und -settings Anwendung findet und für die Fachkräfte dann entsprechende sozialtherapeutische Kompetenzen benötigen. Dieses Verständnis von sozialtherapeutischer Beratung ist dem eng verwandt, was von Kardorff (2004, S. 1097) für die Bestimmung sozialpsychiatrischer Beratung skizziert:

„In der Sozial- und Gemeindepsychiatrie stellt ‚Beratung‘ kein isoliertes Element dar, sondern bildet einen festen und beständigen präsenten Bestandteil innerhalb eines breiten und integrierten (Be-)Handlungskonzeptes in der ‚Versorgungskette‘ des so genannten gemeindepsychiatrischen Verbunds. Beratung weist dort enge Verzahnungen, vielfältige Überschneidungen und Berührungspunkte mit anderen sozialpsychiatrischen und psychosozialen Handlungsformen . . . auf, wie Krisenintervention, Rehabilitation, Begleitung, Betreuung, Assistenz und Therapie, aber auch mit Bildung und Erziehung bis hin zu Fragen der Lebensführung und Lebensplanung.“
Und: „In der Sozialpsychiatrie sind die Grenzen zwischen Beratung, Therapie und Begleitung oft fließend und reversibel und werden auch immer wieder durch Krisenintervention unterbrochen“ (ibid., S. 1107).

Auch bei sozialklinischen Aufgabenstellungen in den verschiedensten Arbeitsfeldern außerhalb der Psychiatrie sind die Grenzen zwischen Beratung und psychotherapeutischen Interventionen, Hilfen im Alltag, Ressourcenarbeit, Case- und Care-Management sowie Betreuung und Begleitung fließend (z.B. Thiersch 2009, S. 133). So kann sozialtherapeutische Beratung bedeuten, dass Beraterinnen und Berater selbst andere Hilfformen in den Beratungs-

prozess einbeziehen und/oder entsprechende weitere Hilfeformen initiieren sowie eng mit den durchführenden Fachkräften kooperieren. Dafür kann es notwendig sein, das Beratungssetting zu ändern und aufsuchende Tätigkeiten zu integrieren.

Im engeren Sinne bietet sozialtherapeutische Beratung im Rahmen eines dialogischen Interaktionsprozesses Orientierungs- und Handlungshilfe, die durch Klärung, Kompetenzförderung, Emotionsbearbeitung, Ressourcenaktivierung und menschenrechtlich fundiertes Empowerment die Betroffenen bei Veränderungen ihrer konkreten sozialen Situation unterstützt. Dabei beinhaltet der sozialtherapeutische Beratungsprozess Interventionen, die sich auf innerpsychische Veränderungen, auf Veränderungen der Umwelt sowie auf Modifikationen der Interaktionsprozesse zwischen Person und Umwelt beziehen. Das heißt, notwendige Veränderungen der Lebensbedingungen, der funktionalen und strukturellen Merkmale der Lebenssituation, sind integrale Themen sozialtherapeutischer Beratungsarbeit. Zu den Aufgaben sozialtherapeutisch beratender Fachkräfte gehört es dann beispielsweise auch, die Kapazität der sozialen Umgebung (einschließlich Institutionen) zu verbessern, für ihre Mitglieder zu sorgen, die auf Unterstützung angewiesen sind. Darüber hinaus gehört zum Aufgabenspektrum auch die Verbesserung der Compliance bei medizinischer Behandlung, die Schaffung und/oder Aktivierung sozialer Ressourcen und die Verbesserung der Fähigkeit der Klienten zu ihrer Nutzung, die Einbindung in soziale Strukturen und insgesamt die Verbesserung der Selbstständigkeit. Aufklärende und unterstützende Beratung ist ein wesentliches Element und Instrument bei der partizipativen Erarbeitung und Umsetzung von Lebensstiländerungen als Grundlage des gesundheitsbezogenen Belastungs- und Risikofaktoren-Managements. Dabei spielen Inkongruenzen, Inkompatibilitäten beziehungsweise Passungsprobleme zwischen Individuen, sozialer Umgebung und konkreter Lebenslage eine zentrale Rolle – und zwar sowohl als verursachende (soziale Genese) als auch als aufrecht erhaltende Bedingungen (soziale Folgen). Erforderlich sind damit „Feld- und Systemkompetenzen“, um die Koordination und Synchronisation individueller und sozialer Prozesse als „integrierten Prozessbogen“ zwischen „drinnen“ (biopsychosozial) und „draußen“ (soziopsychobiologisch) (vgl. Sommerfeld, Hollenstein & Krebs 2008) im Beratungsprozess zu ermöglichen und zu fördern. So sind sozialtherapeutische Beratungsgespräche notwendiger Teil stationärer und ambulanter, auch aufsuchender Maßnahmen zur Aktivierung von Klienten/Patienten und sozialem Umfeld.

Für nicht wenige sozialtherapeutische Beratungskontexte (z.B. im Suchtbereich, in der Forensik, in der Jugendhilfe) kann man davon ausgehen, dass ein beträchtlicher Teil der Klientel sich zunächst im weitesten Sinne eher „unfreiwillig“ in einem Beratungskontext befindet (Kähler 2005). In der Beratungsliteratur reichen Positionen zu Fragen von Zwang und Freiwilligkeit von der Forderung nach Freiwilligkeit als methodisches Postulat für Beratung (z.B.

Großmaß 2010, S. 182f.) bis hin zur Feststellung, Zwanglosigkeit sei ein „Mythos“ (z.B. Conen in Bamler et al. 2012, S. 14). Es ist in diesem Kontext natürlich zwischen unterschiedlichen Arten und Graden von (Nicht)Freiwilligkeit zu unterscheiden (z.B. Nestmann 2012, S. 24f.). Diese Tatsache muss in der sozialtherapeutischen Beratungsarbeit jeweils mitreflektiert werden, wobei das dem Freiwilligkeitspostulat zugrundeliegende Selbstbestimmungsrecht nur einen Pol des Spannungsfeldes markiert, in dem sich Arbeit mit „unfreiwilligen Klienten“ besonders im klinischen Kontext bewegt. Wann eine Entscheidung als eine selbstbestimmte betrachtet werden kann und wer dies entscheidet, sind Fragen, die neben klinischen Aspekten die ethische und menschenrechtliche Dimension der Arbeit berühren.

1.1.4 Zum Aufbau des vorliegenden Bandes

In den folgenden Kapiteln werden zunächst weitere grundlegende Bestimmungen erarbeitet: gesellschaftliche und menschenrechtliche Dimensionen sozialtherapeutischer Beratungsarbeit (Petra Stockmann, Kap. 1.2) und biopsychosoziale Grundlagen (Helmut Pauls, Kap. 1.3).

Im zweiten Teil dieses Bandes werden nach einer Systematisierung von Basiskompetenzen, Problemtypen und Handlungsleitlinien (Helmut Pauls und Michael Reicherts, Kap. 2.1) ausgewählte Grundorientierungen und ihre spezifischen Konzeptualisierungen, Methoden und erforderlichen Kompetenzen von Fachvertreterinnen und Fachvertretern dargestellt: Erlebens- und Emotionsorientierung (Michael Reicherts und Helmut Pauls, Kap. 2.2), Systemorientierung (Franz-Christian Schubert, Kap. 2.3), Ressourcenorientierung (Günther Wüsten, Kap. 2.4), Kognitions- und Verhaltensorientierung (Frank Como-Zipfel und Rebecca Löbmann, Kap. 2.5) und Integrative Orientierung (Silke Birgitta Gahleitner und René Reichel, Kap. 2.6).

Die Umsetzung von Beratungsmethoden in der sozialtherapeutischen Praxis wird im dritten Teil für eine Reihe wichtiger Felder und Aufgabenbereiche fallbezogen betrachtet. Thematisiert werden: Sozialpsychiatrie (Regula Dällenbach, Cornelia Rügger und Peter Sommerfeld, Kap. 3.1), Paarberatung und Familienarbeit (Christine Kröger und Rudolf Sanders, Kap. 3.2), Sucht (Ute Antonia Lammel mit Bezug zur Suchtberatung im Jugendalter, Kap. 3.3), Forensik (Gernot Hahn, Kap. 3.4), Jugendhilfe (Norbert Beck mit Fokus auf Schnittstellen von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kap. 3.5) sowie Beratung bei Cyberbullying (Regula Berger und Olivier Steiner, Kap. 3.6).

1.1.5 Literatur

- Bamler, V., Engel, F., Schürmann, I., Werner, J. & Wilhelm, D. (2012). Beratung in Zwangskontexten – Beiträge zum Round Table im Rahmen des DGVT-Kongresses 2010. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 44 (1), 11–21.
- Crefeld, W. (2002): Klinische Sozialarbeit – nur des Kaisers neue Kleider? In M. Dörr (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit, eine notwendige Kontroverse* (S. 23–39). Hohengehren: Schneider.
- Deutsche Gesellschaft für Beratung/German Association for Counseling e. V. (DGfB) (o.J.). *Beratungsverständnis*. Köln. Verfügbar unter: <http://www.dachverband-beratung.de/dokumente/Beratung.pdf> [02.06.2012].
- Dörr, M. (2005). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. Reihe: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen Bd. 8. München/Basel: Reinhardt/UTB.
- Gildemeister, R. (1989). *Institutionalisierung psychosozialer Versorgung. Eine Feldforschung im Grenzbereich von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Gildemeister, R. (1995). *Aus soziologischer Sicht. Soziale Therapie aus interdisziplinärer Perspektive*. Vortrag Universität Kassel. Verfügbar unter: <http://www.klinische-sozialarbeit.de/download/Sozialtherapie%20-%20der%20Grundgedanke%20Klinischer%20SA%20-%20Gernot%20Hahn.pdf> [17.03.2013].
- Großmaß, R. (2004). Psychotherapie und Beratung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge* (S. 89–102). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Großmaß, R. (2010). Hard to reach – Beratung in Zwangskontexten. In C. Labonté-Roset, H.-W. Hoefert & H. Cornel (Hrsg.), *Hard to Reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit* (S. 173–185). Berlin: Schibri-Verlag.
- Hargie, O. (2011). *Skilled interpersonal communication. Research, theory and practice* (5. Aufl.). London: Routledge.
- Kähler, H.D. (2005). *Soziale Arbeit in Zwangskontexten. Wie unerwünschte Hilfe erfolgreich sein kann*. München: Ernst Reinhard Verlag.
- Kardorff, E. v. (2004). Sozialpsychiatrische Beratung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder* (S. 1097–1109). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Klieme, E. & Hartig, J. (2007). Kompetenzkonzepte in den Sozialwissenschaften und im erziehungswissenschaftlichen Diskurs. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* (Sonderheft Nr. 8), 11–29.
- MacLeod, J. (2004). *Counselling – Eine Einführung in Beratung*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Nestmann, F. (2012). Zwangsberatung ist keine Beratung – Beratung braucht die Freiheit der Wahl. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 44 (1), 23–28.

1.1 Sozialtherapeutische Beratung – eine Begriffsbestimmung

- Nestmann, F., Engel, F. & Sickendiek, U. (2004a). *Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Nestmann, F., Engel, F. & Sickendiek, U. (2004b). *Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung* (2. überarbeitete Aufl.). Weinheim: Juventa Verlag.
- Pauls, H. & Zurhorst, G. (2012). Klinische Sozialarbeit in Institutionen – ein Opfer „doppelter Buchführung“? *Klinische Sozialarbeit, Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 8 (2), 7–8.
- Richter, H.E. (1978): Was ist Sozialtherapie? In H.E. Richter (Hrsg.), *Engagierte Analysen. Über den Umgang des Menschen mit dem Menschen* (S. 165–175). Gießen: Psychozozial-Verlag.
- Schott, F. & Azizi Ghanbari, S. (2008). *Kompetenzdiagnostik, Kompetenzmodelle, kompetenzorientierter Unterricht*. Waxmann: Münster.
- Schwendter, R. (2000). *Einführung in die Soziale Therapie*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Sickendiek, U., Engel, F. & Nestmann, F. (2008). *Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze* (3. Aufl.). Weinheim: Juventa Verlag.
- Sommerfeld, P. (2009). *Zur Notwendigkeit der Kooperation von Medizin und Sozialer Arbeit und die Modellierung der Grundlagen für diese Zusammenarbeit*. Verfügbar unter: www.gef.be.ch/site/ip-tagung-sd-ref-p.sommerfeld.ppt [24.02.2012].
- Sommerfeld, P., Hollenstein, L. & Krebs, M. (2008). *Entwicklungsperspektiven der Sozialen Arbeit in der integrierten Psychiatrie Winterthur. Bericht eines kooperativen Entwicklungsprojekts*. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Sommerfeld, P., Hollenstein, L. & Calzaferri, F. (2011). *Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Thiersch, H. (2009). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel* (7. Aufl.). Weinheim: Juventa Verlag.
- Weinert, F.E. (2001). Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In F.E. Weinert (Hrsg.), *Leistungsmessung in Schulen* (S. 27ff.) Weinheim/Basel: Beltz.

1.2 Anforderungen an sozialtherapeutische Beratung durch gesellschaftliche Entwicklungen

Petra Stockmann

Abstract

Das Thema Anforderungen an sozialtherapeutische Beratung durch gesellschaftliche Entwicklungen und Problemlagen wird mit Fokus auf drei große – teils miteinander verwobene – Themenkomplexe behandelt: Zunächst werden Verbindlichkeit und Relevanz von Menschenrechten für sozialtherapeutische Beratung skizziert. Im Anschluss geht es um die Prävalenz von Armut sowie die exemplarische Darstellung von Wechselwirkungen zwischen sozioökonomischem Status und soziopsychosomatischer Gesundheit anhand ausgewählter gesamtgesellschaftlicher Prävalenzdaten. Danach werden Diskriminierungen, denen Menschen mit Migrationshintergrund ausgesetzt sein können, thematisiert. Abschließend wird der Frage nachgegangen, welche Anforderungen für Fachkräfte in der sozialtherapeutischen Beratung erwachsen.

1.2.1 Einführung

„Unberechenbare Risiken und hergestellte Unsicherheiten, die aus den Siegen der Moderne hervorgegangen sind, charakterisieren die *conditio humana* am Beginn des 21. Jahrhunderts“, so der Soziologe Ulrich Beck (2008, S. 341) in seinem Buch „Weltrisikogesellschaft“. „Entsicherung“ ist der Begriff, den Wilhelm Heitmeyer (2012) zur Charakterisierung des ersten Jahrzehnts dieses Jahrhunderts benutzt. Leben in der Ungewissheit¹ als Wesensmerkmal unserer Zeit – nicht zuletzt durch Unberechenbarkeit und Undurchschaubarkeit der Vorgänge auf den globalen Finanzmärkten, welche Auswirkungen auf nationale Ökonomien – und so u.U. auf den eigenen Arbeitsplatz, den eigenen Lebensstandard – zeitigen. Unsicherheit und Verunsicherung in der Bevölkerung spiegeln sich auch in empirischen Untersuchungen wider. Ein Gefühl von Undurchschaubarkeit und Unordnung hatten in den vergangenen Jahren etwa fünfzig Prozent der Befragten der Langzeitstudie *Deutsche Zustände* (Heitmeyer 2012, S. 23). Risiken, die in der globalen Umwelt der Weltrisikogesellschaft wahrgenommen werden, haben Auswirkungen auf das Kohärenzgefühl (Antonovsky 1997) von Menschen, welches bedeutsam für ihren jeweiligen Umgang mit Belastungen und Konflikten ist. Dies hat auch gesellschaftliche Folgen: Mit zunehmender Orientierungslosigkeit sowie mit einem steigenden

¹ So der Untertitel des Buches „Flüchtige Zeiten“ von Zygmunt Bauman.

Gefühl von vor allem kollektiver Bedrohung² durch Krisen nehmen Abwertung und damit Diskriminierung verschiedener vulnerabler Gruppen zu (z.B. „Ausländer“, „Behinderte“) (Zick, Hövermann & Krause 2012, S. 79). Eine krisenbedingte Aufkündigung von Gleichwertigkeitsvorstellungen zeigte in Umfragen 2009 etwa ein Drittel der Befragten mit der Zustimmung zu der Aussage: „In Zeiten der Wirtschaftskrise können wir es uns nicht leisten, allen Menschen gleiche Rechte zu garantieren“ (Zick, Lobitz & Groß 2010, S. 78).

Wie nachfolgend gezeigt wird, ist eine gegenläufige Tendenz, dass Menschenrechten eine immer höhere rechtliche Verbindlichkeit zuerkannt wird. Die Bezugnahme auf Menschenrechte wird daher angesichts der beschriebenen Abwertung von Menschen in schwierigen Lebenslagen, der Klientel sozialtherapeutischer Beratung, zunehmend wichtig.

1.2.2 Entwicklungen im Bereich Menschenrechte

Menschenrechte sind heute für verschiedene vulnerable Gruppen ausdifferenziert. Höhere Rechtsverbindlichkeit kommt jenen Rechten zu, die in internationalen Übereinkommen festgeschrieben sind, denen Staaten durch Ratifizierung beitreten können. Besondere Bedeutung haben die Übereinkommen, zu denen internationale Vertragsorgane existieren, die die Einhaltung überwachen: Im Rahmen der Vereinten Nationen sind dies u.a. die Anti-Rassismuskonvention, der Zivilpakt, der Sozialpakt, die Frauenrechtskonvention, die Anti-Folter-Konvention, die Kinderrechtskonvention, die Arbeitsmigrantenkonvention und die Behindertenrechtskonvention.³ Ist ein Staat einem der Übereinkommen beigetreten, ist er verpflichtet, dem zuständigen Vertragsorgan regelmäßig Bericht über die Umsetzung der darin festgeschriebenen Rechte zu erstatten. Zivilgesellschaftliche Organisationen bringen sich dabei mit sogenannten Parallelberichten in die Verfahren ein (z.B. die BRK-Allianz⁴). Noch höhere Verbindlichkeit erreichen diejenigen Menschenrechte, für die die Möglichkeit einer Beschwerde besteht. Dass für alle der genannten Übereinkommen mittlerweile auf internationaler Ebene Mechanismen für Individualbeschwerden existieren beziehungsweise im Aufbau sind, zeigt, dass im Rahmen des internationalen Menschenrechtsschutzsystems wirtschaftliche, sozia-

² Untersuchungen zeigen, dass die wahrgenommene Bedrohung der Bezugsgruppe stärkere Auswirkungen auf das Ausmaß der Gleichwertigkeitskündigung und der gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit hat als die persönlich empfundene Krisenbedrohung; vgl. Zick, Lobitz & Groß 2010, S. 79ff.

³ Deutschland und Österreich haben die genannten Übereinkommen – bis auf die Arbeitsmigrantenkonvention – ratifiziert. Die Schweiz hat neben der Arbeitsmigrantenkonvention auch die Behindertenrechtskonvention nicht ratifiziert. Für Informationen zu diesen und anderen Übereinkommen, ihrer Verbindlichkeit in Deutschland, Berichtsverfahren und Parallelberichterstattung etc. vgl. Homepage des Deutschen Instituts für Menschenrechte; für korrespondierende Informationen bezogen auf die Schweiz vgl. Homepage der Informationsplattform humanrights.ch.

⁴ Allianz zur UN-Behindertenrechtskonvention, ein Zusammenschluss von mittlerweile über 70 zivilgesellschaftlichen Organisationen in Deutschland; vgl. Homepage der BRK-Allianz.

le und kulturelle ebenso wie politische und bürgerliche Rechte grundsätzlich für einklagbar gehalten werden (vgl. dazu Schneider 2004).⁵

Des Weiteren gibt es regionale Instrumente und Mechanismen zum Menschenrechtsschutz, für Europa im Rahmen des Europarates. Drei zentrale Übereinkommen sind hier die Europäische Menschenrechtskonvention mit dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte als Überwachungsorgan, die (Revidierte) Europäische Sozialcharta (Kollektivbeschwerdeverfahren) und das Europäische Übereinkommen zur Verhütung von Folter.

Was die Staatenverpflichtung bezüglich Menschenrechte angeht, spricht man heute von der *Pflichtentrias* der Staaten, nämlich der Achtungs-, Schutz- und Gewährleistungspflicht, die sich auf alle Menschenrechte erstreckt. Achtungspflicht bedeutet dabei, dass der Staat selbst die Rechte nicht verletzt, Schutzpflicht besagt, dass der Staat Einzelne vor Verletzungen ihrer Rechte durch Dritte schützt, Gewährleistungspflicht meint, dass der Staat die Rechte durch Bereitstellung von Leistungen und Mitteln ermöglicht (z.B. Cremer 2011, S. 10). Der Grad der Verpflichtung variiert dabei abhängig von der Art der festgeschriebenen Rechte und Normen: Einige sind unmittelbar anwendbar, etwa das Diskriminierungsverbot (vgl. z.B. Aichele & Althoff 2012, S. 116f), für andere gilt die Pflicht zur schrittweisen Verwirklichung.

Aufgrund des Hybridcharakters von Menschenrechtsübereinkommen als in innerstaatliches Recht überführte völkerrechtliche Verträge ist die Frage nach der Einklagbarkeit von darin niedergelegten Menschenrechten ein komplexes Thema, das in den Zuständigkeitsbereich der Juristen fällt. Diese vertreten verschiedene Meinungen dazu, Gerichte kommen zu unterschiedlichen Urteilen (vgl. Schneider 2004, S. 39f). Nach einem Urteil des deutschen Bundesverfassungsgerichts ist aber innerstaatliches Recht prinzipiell völkerrechts- und damit menschenrechtskonform auszulegen. Dies ist u.a. für Ermessensentscheidungen bedeutsam, heißt es doch, dass Ermessensspielräume so durch menschenrechtliche Normen begrenzt werden (Schneider 2004, S. 41; Aichele & Althoff 2012, S. 117).

1.2.3 Gesellschaftliche Prävalenz von Armut

Schutz gegen Armut und soziale Ausgrenzung ist als Recht in der Revidierten Europäischen Sozialcharta⁶ (Art. 30) festgeschrieben:

⁵ Individualbeschwerdeverfahren akzeptieren Deutschland, Österreich und die Schweiz von den genannten Konventionen im Rahmen der Vereinten Nationen für die Anti-Rassismus-Konvention, die Anti-Folter-Konvention und die Frauenrechtskonvention, Deutschland und Österreich ferner für den Zivilpakt und die Behindertenrechtskonvention und Deutschland darüber hinaus für die Kinderrechtskonvention (noch im Aufbau).

⁶ Die Revidierte Europäische Sozialcharta (von 1996) wurde von Österreich 1999, von Deutschland 2007 unterzeichnet, aber nicht ratifiziert. Deutschland und Österreich sind Vertragsstaaten der Europäischen Sozialcharta (von 1961), die Schweiz hat diese unterzeichnet (1976), aber nicht ratifiziert.

„Um die wirksame Ausübung des Rechts auf Schutz gegen Armut und soziale Ausgrenzung zu gewährleisten, verpflichten sich die Vertragsparteien: im Rahmen eines umfassenden und koordinierten Ansatzes Maßnahmen zu ergreifen, um für Personen, die in sozialer Ausgrenzung oder Armut leben oder Gefahr laufen, in eine solche Lage zu geraten, sowie für deren Familien den tatsächlichen Zugang insbesondere zur Beschäftigung, zu Wohnraum, zur Ausbildung, zum Unterricht, zur Kultur und zur Fürsorge zu fördern . . .“.

Der Anteil der Bevölkerung in Deutschland, der unter der Armutsgefährdungsschwelle⁷ lebt, liegt bei etwa 15 Prozent⁸ – nach Transfer von Sozialleistungen. In der Schweiz sind es etwa 14 Prozent armutsgefährdet, in Österreich ca. 13 Prozent.⁹ Das Armutsrisiko ist dabei ungleich verteilt. Frauen sind stärker armutsgefährdet als Männer.¹⁰ Überdurchschnittlich betroffen sind insgesamt auch Kinder und Jugendliche, junge Erwachsene sowie Menschen mit Migrationshintergrund. In hohem Maße armutsgefährdet sind außerdem Alleinerziehende, zum überwiegenden Teil sind dies alleinerziehende Mütter, und ihre Kinder sowie Erwerbslose. Insgesamt stärker armutsgefährdet sind Menschen mit niedrigem Bildungsniveau.¹¹

Armut¹² und Armutsgefährdung bedeuten materielle Deprivation. Ausgaben, die für weite Teile der Bevölkerung selbstverständlich sind, sind für Arme, Armutsgefährdete und Menschen mit niedrigem Lebensstandard mit teils erheblichen finanziellen Schwierigkeiten verbunden oder schlicht aus eigenen Mitteln nicht zu bewältigen sind. So kann es sich etwa ein Drittel der Armutsgefährdeten in Deutschland nach eigener Einschätzung nicht leisten, jeden zweiten Tag eine vollwertige Mahlzeit zu verzehren. Mehr als einem Drittel der Haushalte von armutsgefährdeten Alleinerziehenden und ihren Kindern ist es aus finanziellen Gründen nicht möglich, ihre Wohnung angemessen warm zu halten (Datenreport 2011, S. 156ff.).

Armut und Armutsgefährdung gehen mit sozialer Ausgrenzung einher – im eigenen sozialen Umfeld, von sozialen und kulturellen Lebensbereichen und in Form von wohnräumlicher Segregation. So leben Menschen mit Armutsge-

⁷ Diese ist nach EU-Standard definiert als 60 Prozent vom Median des Äquivalenzeinkommens der Bevölkerung, vgl. z.B. Datenreport 2011, S. 154.

⁸ Die Zahlen schwanken je nach Quelle; Zahl hier von der Homepage der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder. Andere Armutskonzepte kommen zu höheren Zahlen; vgl. zu Armutskonzepten z.B. Dietz 2010.

⁹ Vgl. Homepage des Bundesamtes für Statistik der Schweiz und Statistik Austria 2012.

¹⁰ Die Armutsgefährdungsquote von Frauen lag in den letzten Jahren immer etwas über der der Männer. Für das Folgende vgl. für Deutschland BMAS 2013, S. 461f, Datenreport 2011, S. 192ff.; BBMFI 2011, S. 88f; für die Schweiz vgl. Daten auf der Homepage des Bundesamtes für Statistik; für Österreich vgl. Statistik Austria 2012.

¹¹ Hier zeigt sich exemplarisch der enge Zusammenhang zwischen Bildungs- und Einkommensniveau. Im Folgenden wird hauptsächlich von sozioökonomischen Status (oder Sozialstatus) gesprochen, der neben anderen Merkmalen Bildung und Einkommen umfasst.

¹² Für sog. relative Armut gilt die Schwelle von 50 Prozent des Nettoäquivalenzeinkommens.

fährdung häufiger in einem Wohnumfeld, das durch Belastungen wie Lärm, Umweltverschmutzung, Kriminalität und Gewalt geprägt ist (Datenreport 2011, S. 159). Vom Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, dem internationalen Vertragsorgan des Sozialpaktes, wurde Deutschland in dessen *Abschließenden Bemerkungen* von 2011 aufgefordert, ein umfassendes Armutsbekämpfungsprogramm aufzulegen, die Menschenrechte in dessen Umsetzung einzubeziehen und dabei am Rande der Gesellschaft stehenden Gruppen besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden (CESCR 2011, S. 7). Ähnliches empfahl der Ausschuss der Schweiz.¹³

Armut, prekäre Lebensbedingungen, niedriger sozioökonomischer Status haben soziopsychosomatische Folgen, und umgekehrt hat die soziopsychosomatische Gesundheit einer Person Auswirkungen auf ihren sozioökonomischen Status. Einige Zusammenhänge sollen hier anhand gesamtgesellschaftlicher Prävalenzdaten mit Bezug auf Deutschland exemplarisch aufgezeigt werden.

1.2.4 Wechselwirkungen zwischen sozioökonomischem Status und soziopsychosomatischer Gesundheit

Je höher der sozioökonomische Status, desto besser die Gesundheit, der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand und die Lebenserwartung – statistisch betrachtet. Menschen mit Armutsrisiko haben bei Geburt eine neun bis zehn Jahre niedrigere Lebenserwartung als wohlhabende und reiche Menschen¹⁴ (Datenreport 2011, S. 248). Die gesundheitlichen Risikofaktoren sind schon vor der Geburt ungleich verteilt – abhängig vom sozioökonomischen Status: So rauchen z.B. Frauen mit niedrigem Sozialstatus während der Schwangerschaft deutlich häufiger als Frauen mit hohem Sozialstatus, mit entsprechenden Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder (BMAS 2013, S. 138). Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS-Studie) zeigen deutlich gesundheitliche Ungleichheit von Kindern und Jugendlichen abhängig vom sozioökonomischen Status auf (RKI 2008, S. 155ff.): Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind häufiger von Übergewicht, Adipositas, Ess-, Seh- und Sprachstörungen¹⁵ betroffen, bei ihnen finden sich häufiger gesundheitsschädigendes Verhalten wie Konsum von Tabak (aktiv und passiv), Alkohol und Gewaltmedien.¹⁶ Auch sind sie höherer Gewaltbelastung

¹³ “The Committee recommends that the State party reinforce measures specifically targeting the disadvantaged and marginalized individuals and groups who continue to live in poverty, including the “working poor” in its new National Strategy to Combat Poverty. In this regard, the Committee ... encourages the State party to fully integrate the economic, social and cultural rights in the mentioned National Strategy.” (CESCR 2010, S. 5f).

¹⁴ Mit einem Einkommen, das größer/gleich 150 Prozent vom Median des Nettoäquivalenzeinkommens ist.

¹⁵ Vgl. hierzu Dietz 2010, S. 24.

¹⁶ Zum Gewaltmedienkonsum vgl. auch die JIM-Studie 2012, S. 51.

ausgesetzt.¹⁷ Gleichzeitig verfügen diese Kinder und Jugendlichen über weniger Schutzfaktoren in Form von verschiedensten personalen, familialen und sozialen Ressourcen, einschließlich auch gesundheitsförderndem Verhalten wie Sport, gesunde Ernährung und Gesundheitsvorsorge. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus zeigen deutlich öfter als andere psychische Auffälligkeiten und Störungen. Auch der Bildungsweg von Kindern und Jugendlichen ist eng mit dem Sozialstatus der Herkunftsfamilie assoziiert: Am deutlichsten zeigt sich dies in der Tatsache, dass Schüler auf Förderschulen zum ganz überwiegenden Teil aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status kommen (Bildungsbericht 2010, S. 253). Da Dreiviertel aller Schüler von Förderschulen diese ohne Schulabschluss verlässt (Bildungsbericht 2012, S. 97), ist das Risiko einer Perpetuierung des *circulus vitiosus* von Armut und Beeinträchtigung/Behinderung¹⁸ hier besonders hoch.¹⁹

Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Risikofaktoren aus Kindheit und Jugend können sich ins Erwachsenenalter fortsetzen oder entsprechende Folgeerkrankungen zeitigen. Armutsgefährdete Menschen haben bspw. ein erhöhtes Risiko für Schlaganfall, Herzinfarkt, Lebererkrankungen, Diabetes mellitus, Angina pectoris, Hypertonie, Atemwegserkrankungen, Arthrose, Osteoporose und Depression (RKI 2012, S. 3). Risikofaktoren wie gesundheitserschädigendes Verhalten bleiben erhöht, Schutzfaktoren (bspw. gesundheitsförderndes Verhalten und soziale Unterstützung) bleiben geringer (Datenreport 2011, S. 252; RKI 2010, S. 5). Neue, mit dem Sozialstatus assoziierte Risikofaktoren kommen hinzu: So ist etwa die körperliche und psychische Arbeitsbelastung in der unteren Einkommensgruppe deutlich höher als in der oberen (Datenreport 2011, S. 253). Untersuchungen des Robert Koch Instituts zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Art der Erwerbstätigkeit beziehungsweise Erwerbslosigkeit und Gesundheit: je sicherer die Beschäftigungssituation, desto besser der Gesundheitszustand. Den mit Abstand schlechtesten Gesundheitszustand weisen Langzeitarbeitslose auf, sie sind häufiger krank als andere Erwerbslose, diese häufiger als prekär Beschäftigte (RKI 2012, S. 4f). Der deutlich schlechtere Gesundheitszustand bei Erwerbslosen ist dabei sowohl Ursache für als auch Wirkung von Arbeitslosigkeit.

Armut, niedriges Bildungsniveau und niedriger Sozialstatus bedeuten ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen. Umgekehrt ist aber

¹⁷ Speziell zur Gewaltexposition über Medien (z.B. Cybermobbing, pornografische oder brutale Filme übers Handy erhalten) vgl. JIM-Studie 2012, S. 39, 56f.

¹⁸ Vgl. dazu den interaktionalen Begriff von Behinderung in der Behindertenrechtskonvention (BRK), die besagt, dass „... Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern.“ (Präambel Abs. e, BRK)

¹⁹ Laut Datenreport 2011 (S. 55) lag 2009 der Anteil der Hauptschüler, deren Eltern keinen Schulabschluss oder einen Hauptschulabschluss hatten, bei 56 Prozent.

auch das Risiko, einen niedrigen Sozialstatus zu haben oder zu bekommen, für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen – und in deren Folge: Behinderungen²⁰ – erhöht. Die Datenlage dazu ist jedoch ungenügend (vgl. RKI 2010, S. 7). Im Folgenden sollen nur einige Zusammenhänge mit Fokus auf psychische Erkrankungen exemplarisch skizziert werden.

Psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter haben insgesamt in den letzten Jahren drastisch zugenommen. Bei Arbeitnehmern in Deutschland machten 2011 psychische Erkrankungen 12,5 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitstage aus (BPtK 2012, S. 4). Als Teil einer Erklärung dafür werden die Veränderungen – die „Entsicherung“ (Sauer 2012, S. 7) – der Arbeitswelt mit Erhöhung von Zeitdruck und Komplexität der Aufgaben bei gleichzeitiger Abnahme von Arbeitsplatzsicherheit angeführt (BPtK 2010, S. 16f).²¹ Psychische Erkrankungen können Auswirkungen auf den sozioökonomischen Status haben, etwa durch Arbeitsplatzverlust. Das Robert Koch Institut (2012, S. 5f.) verweist auf Studien, die zeigen, dass Menschen mit Gesundheitsproblemen, chronischen Erkrankungen und Behinderungen häufiger arbeitslos werden und schwerer wieder Arbeit finden. Die Probleme verschärfen sich, wenn durch (Langzeit-) Arbeitslosigkeit eine immer weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes folgt. Verschiedene Daten belegen, dass Arbeitslose bspw. ein mehr als dreifach erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen haben (Datenreport 2011, S. 254).

Psychische Erkrankungen können eine dauerhafte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zur Folge haben. 2009 wurde in Deutschland mehr als jede dritte Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund einer psychischen Störung gewährt – die Diagnosegruppe mit der höchsten Zugangsquote. Das durchschnittliche Renteneintrittsalter liegt mit 48 Jahren deutlich unter dem durchschnittlichen Zugangsalter bei verminderter Erwerbsfähigkeit. Frühes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ist mit Einkommenseinbußen verbunden.

Psychische – ebenso wie somatische – Erkrankungen und ihre Folgen können zu Behinderungen²² führen. Von den über 7 Millionen Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung²³ in Deutschland waren 2011 nach Angaben des Statis-

²⁰ Laut Statistischem Bundesamt (2012, S. 5) sind Schwerbehinderungen zu 82 Prozent durch Krankheit verursacht, nur 4 Prozent sind angeboren.

²¹ Sauer (2012, S. 11) spricht vom „Belastungssyndrom ‚moderner‘ Arbeit“: wachsender Zeit- und Leistungsdruck, als problematisch erlebtes Verhältnis von Arbeits- und Privatleben, sich verschärfende objektive Unsicherheit und subjektive Verunsicherung auch bei „Normalbeschäftigung“.

²² Nach deutscher Sozialgesetzgebung werden Menschen als behindert bezeichnet, wenn „... ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“ (§ 2 (1) SGB IX).

²³ D.h. mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 und mehr. In Deutschland gab es 2009 weiterhin 2,5 Millionen Menschen mit leichteren Behinderungen (GdB unter 50) (vgl. Pfaff et al. 2012, S. 232). Hinzu kommen jene, die keinen Antrag auf Feststellung einer Behinderung gestellt haben.

tischen Bundesamtes 11 Prozent als mit „geistiger“ oder „seelischer Behinderung“ klassifiziert (keine Differenzierung). Die spärlichen Daten zur sozioökonomischen Situation von Menschen mit Behinderung zeigen, dass diese im Erwerbsalter sozioökonomisch benachteiligt sind: Sie haben häufiger niedrige oder fehlende Bildungsabschlüsse, ein niedriges Einkommen und eine deutlich geringere Erwerbsquote (vgl. BMAS 2013, S. 238ff.).

1.2.5 Migrationshintergrund und mögliche assoziierte Problemlagen

Deutschland, Österreich und die Schweiz sind Migrationsgesellschaften: In der Schweiz haben etwa 35 Prozent, in Deutschland ca. 20 Prozent und in Österreich ungefähr 19 Prozent der Bevölkerung einen Migrationshintergrund.²⁴ Auch wenn oft ganz allgemein von *den* Migranten gesprochen wird, bilden Menschen mit Migrationshintergrund eine überaus heterogene Gruppe. Was all diese Menschen verbindet, ist insbesondere die Tatsache, dass sie selbst oder ihre Familie eine Migration hinter sich haben. In Deutschland wird mit dem Begriff Migration hauptsächlich die Zuwanderung über Staatsgrenzen hinweg assoziiert. Eine solche grenzüberschreitende Wanderung bedeutet für Migranten immer Veränderung auf der Makroebene des Staates (z.B. politisches, Rechts-, Wirtschafts-, Sozialversicherungssystem, Sprache, Rolle der Sicherheitskräfte) ebenso wie auf der Mesoebene des Wohnortes (z.B. Klima, Grad der Urbanisierung, sozioökonomische Lage, dominante Werte und Normen, Alltagspraxis, Formen der (non)verbalen Kommunikation) und der Mikroebene der Familie und engsten Bezugspersonen, wobei der Umfang der Veränderungen natürlich, abhängig von Herkunfts- und Zielumwelt, sehr stark variieren kann.

Statistische Daten zur sozioökonomischen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland zeigen sozioökonomische Benachteiligungen, welche u.a. nach Herkunftsort und Aufenthaltsstatus stark variieren.²⁵ Im Vergleich haben Menschen mit Migrationshintergrund – insgesamt als eine, wenn auch überaus heterogene, Gruppe betrachtet – öfter schlechtere Bildungsabschlüsse, sind überproportional auf Förder- und Hauptschulen vertreten, sind deutlich häufiger ohne Schulabschluss oder berufsqualifizierenden Abschluss. Menschen mit Migrationshintergrund sind stärker armutsgefährdet,²⁶ häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen und mehr im Niedriglohnssektor beschäftigt als

²⁴ Vgl. Datenreport 2011, S. 188; Homepage Statistik Austria; Homepage Schweizer Bundesamt für Statistik (hier Zahlen für ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren).

²⁵ Vgl. – auch für Differenzierungen nach ausgewählten Herkunftsregionen – Datenreport 2011, S. 188ff.; BMFSFJ 2007; vgl. auch BMAS 2013, S. 125, 179f.

²⁶ Zur Armutsgefährdung von Menschen mit Migrationshintergrund abhängig von Herkunftsland und Aufenthaltsstatus in der Schweiz vgl. Homepage des Schweizer Bundesamtes für Statistik; für Österreich vgl. Statistik Austria et al. 2012, S. 64f.