

Soziale Arbeit macht bedarfsorientierte Hilfen möglich

Konzeptionelle und methodische Überlegungen zur Überwindung von Sektorengrenzen



Katrin Blankenburg



Prof. Dr. Rita Hansjürgens

Das deutsche Gesundheitssystem ist historisch gewachsen und in Sektoren gegliedert, die die Leistungserbringung unterschiedlichen Trägern zuweist. Leistungen werden in der Regel in stationären oder ambulanten Setting erbracht. „Ein [...] Problem des segmentierten Gesundheitssystems ist, dass es keine Instanz gibt, die den Gesamtprozess der Behandlung einer Person im Blick hat“ (Paff et al. 2009, S. 78). Angenommen, es gäbe eine solche Instanz, die die gesundheitliche und soziale Versorgung von Personen in ihrer Umwelt bedarfsgerecht, sektorenunabhängig und trägerübergreifend im gesamten Prozess der Behandlung und Rehabilitation begleitend navigiert, und weiter angenommen, Soziale Arbeit als eigenständige professionelle Instanz im Gesundheitswesen würde diese Aufgabe übernehmen, wäre die Frage, wie ein Idealtypus von Beratung, Begleitung und Vermittlung aussehen könnte, der zur ganzheitlichen Versorgungsplanung und gelingenden Teilhabe beitragen würde. Die Autor*innen erörtern exemplarisch anhand der Arbeitsfelder Krankenhaus und Suchtberatung, das Potenzial Sozialer Arbeit als eigenständige professioneller Instanz, die zur Überwindung von Sektorengrenzen in der konkreten Fallarbeit beiträgt.

Klient*innen im Krankenhaus und in Suchtberatungen bewegen sich an Übergängen von Hilfesystemen. Sie stehen vor der Entscheidung zu oder am Beginn einer Behandlung/Therapie oder sie treten aus dieser als behandelt und rehabilitiert heraus. Soziale Arbeit ist sowohl eine an der Behandlung beteiligte Profession, als auch eine Profession, die zwischen einzelnen Hilfesystemen agiert. Im handlungstheoretischen Verständnis ist sie durch eine bio-psycho-soziale Betrachtung von nicht nur gesundheitlichen Problemen in einem transdisziplinären Verständnis geprägt und orientiert sich an Theoriebezügen, die Menschen in Interaktion mit ihrer Umwelt erklären helfen (Dettmers 2019, 2015). Aus inhaltlich fachlicher Sicht kann Soziale Arbeit als professionell eigenständige Instanz in der Fallbearbeitung nicht an Übergängen haltmachen, wenn sie lebensweltorientiert (Thiersch 2014) helfen soll. Vielmehr muss sie mitbedenken, wie Übergänge von Hilfesystemen, meist als Sektorengrenzen bezeichnet, explizit und prozesshaft überwunden werden können.

Betrachtet man Hilfeleistungen aus Sicht der Leistungsträger, wird deutlich, dass für verschiedene Anlässe und darauf bezogene Hilfen gesetzlich normierte unterschiedliche Zuständigkeiten bestehen, in deren Rahmen Hilfe geleistet wird oder ein Rechtsanspruch darauf besteht. So entstehen unterschiedliche Hilfebereiche, sogenannte Sektoren, im Sinn eines spezifischen Zuständigkeitsbereiches. Sektoren aus Leistungsträgersicht werden unter anderem nach der Logik der gesetzlichen Rahmung gegliedert (Hilfe nach dem Sozialversicherungsprinzip oder Hilfe aus dem Kontext von Daseinsvorsorge). Zudem sind sie innerhalb der Logik des Sozialversicherungsprinzips nach inhaltlichen Problemlagen gegliedert (Krankheitsbehandlung SGB V; Rehabilitationsbehandlung SGB VI; Arbeitslosigkeit bzw. -qualifizierung SGB II usw.) Innerhalb der gesetzlichen Normierungen, ergeben sich weitere Strukturierungen wie beispielsweise ambulant und stationär. Stellt man dem das System der steuerfinanzierten Fürsorgeleistungen des Sozialwesens gegenüber (Grundsicherung für Arbeitssuchende, SGB II), kommunale freiwillige Leistungen sowie Kinder- und Jugendhilfe, SGB VIII, Eingliederungshilfen (SGB IX und XII), sind diese Hilfen für Klient*innen ähnlich kom-

plex aufgebaut und deren Ausführungsebenen dazu auf Bundes-, Landes- oder kommunaler Ebene verschieden angesiedelt, was dazu führt, dass deren Umsetzung auch räumlich gesehen untereinander differieren kann. Zudem entstehen im deutschen Gesundheits- und Sozialsystem fachliche Zuständigkeits- und Weisungsprobleme in Versorgungsplanungs- und Finanzierungszuständigkeiten, weil „Institutionen und Einrichtungen, die steuernd einwirken sollen, nur [...] selten zugleich die entscheidenden Geldgeber [sind]– und umgekehrt.“ (Friedrich Ebert Stiftung 2017, S. 9). Um den Folgen der Ausdifferenzierung von Sozialversicherungs- und steuerfinanzierten Leistungen gerecht zu werden, wurden innerhalb der jeweiligen Leistungsverantwortung zuständiger Kostenträger, Querverbindungen geschaffen. Damit sollte die Zuständigkeit nur eines Leistungsbereichs strukturell begrenzt und die Sektorengrenzen im Sinne der ressourcenorientierten Befähigung von Menschen geöffnet werden. Deutlich wird es an den Grundsätzen der Rehabilitation und dem Bundesteilhabegesetz (BTHG). Verbindend für alle Leistungsträger gelten die Diskurse „Rehabilitation vor Rente“, „Rehabilitation vor Pflege“ und „ambulant vor stationär“, die über mehrere Sektoren wirken. An diesem stark verkürzten Exkurs zum Begriff „Sektoren“ soll deutlich werden, dass der Begriff zum einen polysemantisch und vor allem aus der Perspektive der Leistungsträger verwendet wird, um das Feld der sozialen und gesundheitlichen Sicherung in Deutschland zu strukturieren. Diese Strukturen haben sich historisch im Rahmen der Ausdifferenzierung staatlich organisierter Hilfeleistung entwickelt und wurden aus Leistungsträgersicht auch untereinander verzahnt. Jedoch weist der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen in seinem letzten Gutachten darauf hin, dass allein das Gesundheitssystem bereits eine so „komplizierte Konstruktion“ sei, „dass spezielles Orientierungswissen und (Selbst-)Steuerung unerlässlich sind, will man sich als selbstbestimmungsfähiger Mensch darin so bewegen,

dass man zu seinem Ziel gelangt“ (SVR 2018, S. 48).

Dieser Komplexität gegenüber steht die Perspektive der Klient*innen im Einzelfall. Deren Lebenssituation, die in verschiedensten Bereichen und Konstellationen einen Unterstützungsbedarf aufweisen kann, orientiert sich nicht an den Sektoren des Gesundheits- des Sozialwesens. Hilfebedarfe aus der Perspektive der betroffenen Menschen sind zunächst erst einmal sektorenunabhängig und sehr individuell. Sie müssen zu aller erst identifiziert und rekonstruiert werden, um Hilfe in einem oder mehreren der oben genannten Sektoren für die Menschen generieren zu können. Die-

Für eine angemessene sektorenübergreifende Versorgung, sind Kernkompetenzen in multiperspektivischem Fallverstehen, in kooperativer Prozessgestaltung und Navigationskompetenz im Gesundheits- und Sozialwesen erforderlich.

se fachliche Tätigkeit als eigenständige professionelle Aufgabe wurde bisher in der Regel für einzelne Sektoren beschrieben (beispielsweise als „Diagnose“ im SGB V, als Hilfeplan im SGB VIII oder als Gesamtplan im SGB IX). Dies setzt jedoch voraus, dass Menschen bereits im für ihr subjektives Anliegen „richtigen“ System angekommen sind. Dies gilt besonders, wenn es sich um soziale Belange handelt. Dabei gilt es zu bedenken, dass die Erst-Rekonstruktion von sozialen Hilfebedarfen aus den subjektiven Anliegen von Klient*innen im Alltag der Hilfeorganisationen oft von der Expertise der in dem jeweiligen

Sektor hauptsächlich zuständigen Profession abhängt. Verschiedene Professionen ohne direkten Fachbezug identifizieren Unterstützungsbedarfe in den ihnen eigenen Bezugslogiken. Sektoren- und trägerübergreifend wird es dann besonders kompliziert, wenn Unterstützungsbedarfe in unterschiedlichen formal voneinander unabhängigen Hilfesektoren realisiert werden müssen. In diesen Fällen ist eine professionelle Unterstützung bei der Rekonstruktion möglicher Hilfebedarfe, eine Beratung zu verschiedenen Hilfemöglichkeiten und deren teilweise sehr voraussetzungsvollen Zugängen (beispielsweise Klärung der formalen Anspruchsvoraussetzungen und Antragsverfahren) und eine Begleitung während der Antragstellung und Umsetzung von sektorenübergreifenden Hilfeplänen in der Rolle einer vertrauensvollen, kompetenten und verlässlichen Ansprechperson auch in Krisen nötig.

Beispiel Krankenhaussozialarbeit

Interventionen Sozialer Arbeit im Krankenhaus dienen der Verhinderung und/oder Bewältigung krankheitsbedingter Probleme der sozialen Sicherung und Unterstützung sowie der persönlichen Förderung zur Krankheitsbewältigung (Ansen 2010). Im Krankenhaus wird die sektorale Trennung ambulanter und stationärer Versorgungslogiken prioritär nach SGB V diskutiert (Beivers et al. 2019; SVR 2018; Friedrich-Ebert-Stiftung 2017). Soziale Arbeit als eine Berufsgruppe in den Sozialdiensten ist je nach Landeskrankengesetz und DRG-Logik verschieden verankert (Blankenburg & Cosanne 2019). Deren Arbeitsaufträge sind zum Teil sehr komplex und sektorenübergreifend, bleiben in der Regel aber an den stationären Aufenthalt gebunden. Ambulante Sozialdienstberatungen, außer in einigen indikationsbedingten Konstellationen (Psychiatrie, Onkologie), sind nicht vorgesehen. Damit wirken fachfremde Rahmenbedingungen auf den Interventionsfokus Sozialer Arbeit. Soziale Arbeit bewegt sich im Spannungsfeld zwischen offenen und verdeckten innerklinischen und außerkli-

nischen Aufträgen, zwischen objektiven Bedarfen und subjektiven Anliegen von Patient*innen, deren Unterstützungsnetzwerken, des Behandlungsteams, der kaufmännischen Leitung und den regional verschiedenen Versorgungsrealitäten plus den komplexen Leistungszugängen, also zwischen verschiedensten Sektorenthemmen. Sie beherrscht diese Klaviatur und unterstützt im Fall sektorenübergreifend kurative, rehabilitative und palliative Behandlungen, schafft und aktiviert sowohl privatsoziale als auch professionelle Netzwerke und stellt im Einzelfall das verbindende persönliche Element zwischen all diesen Bezügen her, mit dessen Hilfe notwendige individuelle Anpassungen ermöglicht werden können. Um eine individualisierte fallangemessene Versorgung auch sektorenübergreifend ermöglichen zu können, sind aus sozialarbeiterisch professioneller Sicht demnach Kernkompetenzen im multiperspektivischem Fallverstehen (Hansjürgens 2018a; Müller 2012), kooperativer Prozessgestaltung (Hochuli-Freund & Stotz 2017) und Navigationskompetenz im Gesundheits- und Sozialwesen erforderlich. Diese werden benötigt, um eine professionelle Rekonstruktion möglicher Hilfebedarfe aus den subjektiven Anliegen der Klient*innen, die Beratung zu verschiedenen Hilfemöglichkeiten und Zugängen, die Begleitung zu ermöglichen und während der Antragstellung und Umsetzung von sektorenübergreifenden Hilfeplänen als vertrauensvolle, kompetente und verlässliche Ansprechperson, Klient*innen in für sie in der Regel schwerwiegenden Lebenssituationen so zu stabilisieren, dass Hilfe aus unterschiedlichen Sektoren aufeinander bezogen ankommen und wirken kann und nicht einfach nebeneinander herläuft.

Beispiel Suchtberatungsstelle

Fachkräfte der Sozialen Arbeit in Suchtberatungsstellen sind mit ähnlichen Herausforderungen konfrontiert. Jedoch sind hier die Auswirkungen der Finanzierungslogik auf die Hilfeplanung noch einmal anders mit der jeweiligen fachlichen Ausgestal-

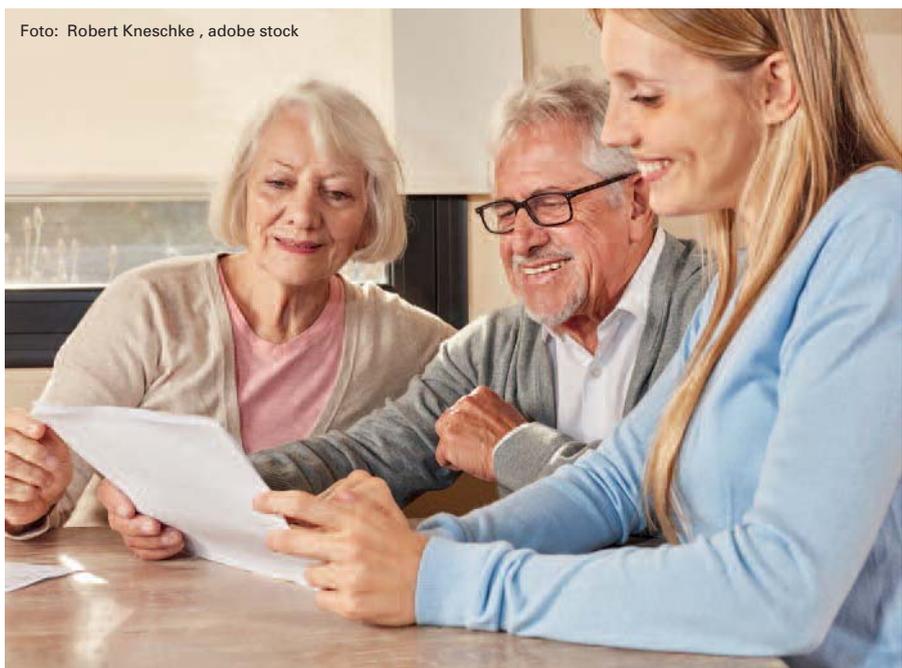


Foto: Robert Kneschke , adobe stock

tung der Hilfen verknüpft. Thema ist, dass die Institutionen, die steuernd wirken, nicht zugleich die verantwortlichen Kostenträger sind. Vielmehr wirken unter dem Dach einer Suchtberatungsstelle Strukturlogiken der Fürsorge (freiwillige kommunale Leistungen) und des Versicherungsprinzips (SGB VI) auf das sozialarbeiterische Hilfeangebot und beide nach eigenen Qualitätskriterien. „Das Prinzip der Versicherungsleistung folgt einer sogenannten „bedarfsgerechten“ Ausgestaltung der Hilfen. Das Prinzip der Fürsorge gehorcht einer eher solidarischen Haltung zur Vermeidung von gesellschaftlichen unerwünschten Nebenwirkungen nach dem Minimalprinzip.“ (ausführlich: Hansjürgens 2019, S. 185) Es bleibt demnach auch hier eine komplexe Herausforderung an die Fachkräfte, Klient*innenanliegen zu rekonstruieren, dieses in mögliche professionelle Hilfeangebote insbesondere im Kontext des Gesundheitswesens aber auch der Kinder- und Jugendhilfe als auch der Eingliederungshilfe einzuordnen und Hilfe in diesem Kontext auch zu realisieren. Eine besondere Herausforderung stellt dabei die Entstehung und Aufrechterhaltung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung dar, damit Klient*innen diese Hilfen auch annehmen und für sich nutzen können,

da der Kontext Sucht durch historisch bedingte Stigmatisierungen häufig zu misstrauischem Verhalten sowohl bei Klient*innen als auch bei professionell Helfenden unterschiedlicher Professionen führt (Hansjürgens 2018a). Aber auch hier besteht die professionelle Leistung Sozialer Arbeit darin, professionelle Unterstützung bei der Rekonstruktion des Hilfebedarfs, Beratung zu den verschiedenen Hilfemöglichkeiten und deren teilweise sehr voraussetzungsvollen Zugängen (beispielsweise Klärung der formalen Anspruchsvoraussetzungen und Antragsverfahren) sowie Begleitung während der Antragstellung und Umsetzung von sektorenübergreifenden Hilfeplänen mittels eines vertrauensvollen, kompetenten und verlässlichen Ansprechperson auch in Krisen mit dem Ziel zu ermöglichen, dass Hilfe aus unterschiedlichen Sektoren sich gegenseitig unterstützend im konkreten Fallbezug ankommt.

Anforderungen an ein professionelles „Schnittstellenmanagement“ als eigene Instanz aus der Perspektive der Klient*innen (Fallbezug) und der Hilfesysteme (Sektorenbezug)

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen fordert in seinem Gutachten die „bessere Navigation der Pa-

tienten durch das komplexe Gesundheitssystem“ (SVR 2018, S. 48) Er konstatiert, dass „jeder und jede Krankensichere in quantitativer und qualitativer Hinsicht die Gesundheitsversorgung erhalten [müsse], die seinem bzw. ihrem Bedarf entspricht“ (SVR 2018, S. 49) und stellt dazu fest: „Eine bedarfsgerechte Versorgung sollte sich primär am Schweregrad der Krankheit oder an der Behinderung des Patienten und der konkreten Lebenssituation orientieren und nicht von seinem Vermögen, Einkommen, Geschlecht, Familienstand, Wohnort und Beruf oder seiner sozialen Schicht oder Herkunft abhängen.“ (ebd.) Es braucht dafür neben biomedizinischem Wissen um Krankheitsbilder wie dargestellt, weitere Wissens Elemente und Kompetenzen zur Rekonstruktion der individuellen Umwelt und personellen Kontextfaktoren, die Verhalten und Verhältnissen in Beziehung setzen. Eine zentrale Kompetenz, um an Schnittstellen partizipativ navigieren zu können, ist wie gezeigt wurde, die Rekonstruktion des subjektiv bedeutsamen Anliegens des Klienten und dessen Übersetzung in „objektiverbare“ Bedarfe aus Sicht verschiedener Hilfesysteme insbesondere in der Kombination Hilfen aus dem Gesundheitswesen und dem Sozialwesen. Weiter müssen Klient*innen auch während sie Hilfe bereits annehmen, solange begleitet werden, bis sie oder ihr privates Bezugssystem dies selbstständig übernehmen können bzw. sich selbst dazu in der Lage fühlen, tatsächlich informierte Entscheidungen im Sinne eines „mündigen Patienten“ (Patientenrechtgesetz) mit Blick auf ihre ganze Lebenssituation und nicht auf ein partielles Gesundheitsproblem im Rahmen eines „shared decision makings“, welches im Kontext von Diagnostik in der Sozialer Arbeit als obligatorisch gilt (Heiner 2011) treffen können.

Aus methodischer Sicht geht es also darum erstens ein Matching zu ermöglichen, zwischen sehr individuellen subjektiven Anliegen, daraus objektivierten Bedarfen und konkreten(!) Hilfemöglichkeiten, die sich regional sehr

unterschiedlich zeigen können und sich nicht ausschließlich, aber auch auf Gesundheitsprobleme beziehen. Zweitens müssen über die realisierte Vermittlung hinaus, diese Menschen in ihren realen Lebensvollzügen als dauerhaft vertrauensvoll und in der Sache kompetente Ansprechperson begleitet werden, wo dies durch eigene Ressourcen oder Ressourcen aus dem sozialen Netzwerk nicht geleistet werden kann, sowie drittens ggf. auf der Basis der gewachsenen vertrauensvollen Arbeitsbeziehungen Anschlüsse an soziale Lebenswelten von Klient*innen (wieder) zu ermöglichen, bzw. an deren Neuorganisation so mitzuwirken, dass Erfolge aus vorübergehende Leistungen wie beispielweise Rehabilitation in den Alltag integriert werden können bzw. Patient*innen/Klient*innen sich selbst in der Lage fühlen, ihren Hilfebedarf zu realisieren bzw. das Gelingen dieser Integration nicht dem Zufall zu überlassen. Darüber hinaus gilt es die eigene Hilfe in diesem Kontext so auszubalancieren, dass diese nicht paternalistisch, sondern stärkend wirkt, aber Klient*innen sich auch nicht allein gelassen fühlen. Diese Arbeit wird häufig von Sozialarbeitenden an den Schnittstellen zu den verschiedenen Sektoren geleistet (Hansjürgens 2018b, SVR 2018, S. 475, Browne et al. 2015).

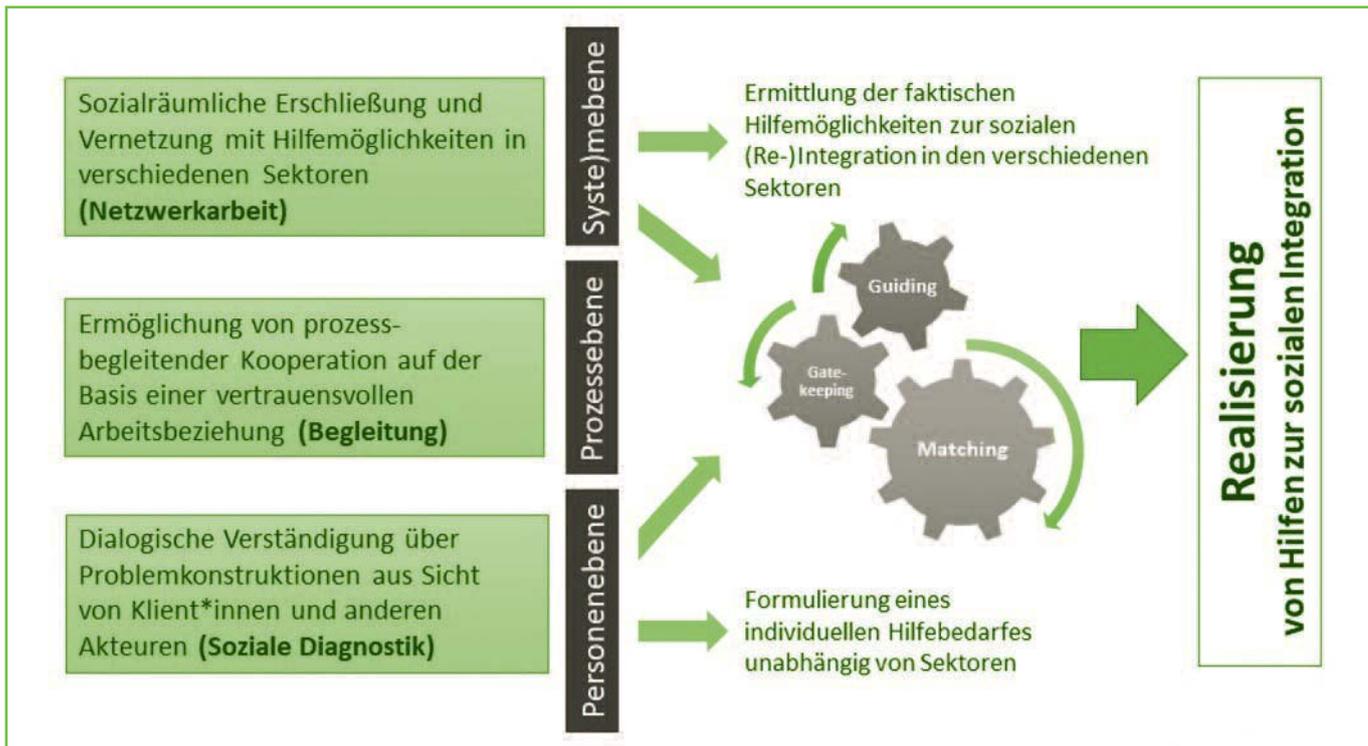
Potenziale eines Idealtypus sektorenübergreifende Beratung und Vermittlung und Begleitung aus konzeptioneller Sicht Sozialer Arbeit

Der Grund, warum die Berufsgruppe der Sozialarbeitenden in besonderer Weise für die oben beschriebenen Navigations- und Koordinationsleistungen geeignet scheint, wird deutlich, wenn man sich dem Komplex von der anderen Seite, nämlich aus konzeptioneller Perspektive Sozialer Arbeit nähert. Das Theoriemodell Integration und Lebensführung (Sommerfeld et al. 2011) beschreibt, dass Soziale Arbeit sich auf den Ebenen der Arbeit mit der Ebene der Person, der Ebene der diese Person umgebenden sozialen Systeme (inkl. der Hilfesysteme) und der Ebene des Prozesses realisiert (für eine Konkretisie-

rung auf der Ebene der Suchthilfe Hansjürgens 2016). Ausgehend von der beschriebenen praktischen Herausforderung für die Realisierung von sektorenübergreifenden Hilfen für Menschen mit komplexen Bedarfen (Fallbezug) lässt sich auf der Perspektive Sozialer Arbeit konzeptionell das nebenstehende Modell (Abb. 1) entwickeln: Kernidee dieses Modells ist die systematische und methodische Verknüpfung der Personenebene des*der Klient*in und der Systemebene des Hilfesystems auf der Basis eines kontinuierlichen sektorenübergreifenden Begleitungsprozesses durch eine Fachkraft der Sozialen Arbeit.

Dieser Prozess wird ermöglicht durch eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung. Grundlage dieser Arbeitsbeziehung ist eine systematische Soziale Diagnostik (Schrapper 2015; Buttner et al. 2018; Heiner 2013) auf der Basis einer dialogischen Verständigung zwischen hilfeschuchender Person und Fachkraft der Sozialen Arbeit, die auch als „shared decision making“ diskutiert wird, deren Umsetzung aber sehr voraussetzungsvoll ist (für die Suchthilfe Hansjürgens, 2018a). Eine Fall-unabhängige Netzwerkarbeit, deren Basis ebenfalls eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung aber mit den Hilfe anbietenden ist, ermöglicht mit Blick auf den Fallbezug relativ passgenau abzuschätzen, welche Hilfeangebote in einem konkreten Sozialraum überhaupt in Frage kommen (Guiding) und ob eine konkrete Person von einem Hilfeangebot profitieren kann (Gatekeeping) oder wie dieses Angebot möglicherweise modelliert bzw. was mit einer Klient*in noch erarbeitet werden müsste, damit Hilfebedarf und -angebot ganz konkret zusammenpassen (Matching). Erst dieses Zusammenspiel ermöglicht in einem versäulten und damit segregierten Hilfesystem eine passende Hilfe zu organisieren, sie zu beantragen, Klient*innen und ihrem sozialen Nahfeld bei der Wahrnehmung in verschiedenen Sektoren begleitend zur Seite zu stehen und somit zu einer nachhaltigen Realisierung von Hilfe beizutragen. Aus der Perspektive der

Abbildung 1: Kontinuierlicher, sektorenübergreifender Begleitungsprozess durch eine Fachkraft der Sozialen Arbeit. Quelle: Eigene Darstellung



Theorie „Integration und Lebensführung“ ist von einem „professionellen Prozessbogen“ zu sprechen, da aus fachlich methodischer Sicht Sozialer Arbeit, die Gestaltung des Begleitungsprozesses auf der Basis einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung hierbei die zentrale Schlüsselposition während des gesamten Hilfeprozesses einnimmt. Dieser Prozess endet nicht mit einer erfolgreichen Vermittlung, sondern erst mit der Beendigung der in Anspruch genommenen Hilfen und der Implementierung der Ergebnisse dieser Hilfen im Alltag von Klient*innen oder wenn Klient*innen sich in der Lage fühlen, die Rolle eines „mündigen Patienten“ selbst wahrzunehmen. Letzteres ist dann von Bedeutung, wenn es sich um chronische Verläufe handelt.

Aus dieser Perspektive würde es sich anbieten, Soziale Arbeit als kooperativ agierende und prozessbegleitende Instanz, die die gesundheitliche und soziale Versorgung von Personen in ihrer Umwelt bedarfsgerecht, sektorenunabhängig und trägerübergreifend koordiniert, in den verschiedenen Sektoren rechtlich zu

verankern und zu finanzieren. Ein reines auf Übergänge fokussierendes „Schnittstellenmanagement“ oder „technizistisches Case-Management“ scheint dafür nicht ausreichend zu sein, denn dieses fokussiert häufig nur die angemessene Vermittlung aufgrund objektiver Bedarfe. Eine sektorenübergreifende Beratung bezieht diese (durch andere Professionen festgestellten) Bedarfe reflexiv mit ein, fokussiert aber primär auf die individuell bedeutsamen Anliegen von Klient*innen sowie deren konkreter sozialer Situation und gestaltet einen dialogischen ergebnisoffenen und eben nicht nur „motivierenden“ Beratungs- und Vermittlungsprozess. Dies ermöglicht es, eine „Passung“ oder ein „Matchig“ herzustellen zwischen individuellen Anliegen und Situationen und konkreten Angeboten von Hilfesystemen, bei denen ein Klient aufgrund von Einsicht mitmacht (Adhärenz), weil er gehört und beteiligt und nicht, weil er kurzfristig „motiviert“ wurde.

Trotz dieser aus der Perspektive der Betroffenen und der Hilfeanbietenden und auch der Leistungsträger sinnvoll

len Tätigkeit sind Interventionen Sozialer Arbeit in diesem Kontext insbesondere aus den sozialversicherungsfinanzierten Sektoren nicht adäquat ausgestattet bzw. ist dies nicht gesetzlich normiert. Soll also die Forderung „mündiger Patient“ für alle Menschen gelten, sollte dies verändert werden.

■ *Katrin Blankenburg M.A., Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, ist Beraterin in der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) Märkischer Sozialverein Oranienburg, © k.blankenburg@msv.de*

■ *Prof. Dr. Rita Hansjürgens M.A., Diplom-Sozialarbeiterin, Professorin Handlungstheorien und Methoden Sozialer Arbeit und Allgemeiner Pädagogik an der Alice Salomon Hochschule Berlin, © hansjuergens@ash-berlin.eu*

Literatur

Die Literaturliste ist verfügbar unter:
 ■ www.dvsg.org (Publikationen – FORUM sozialarbeit + gesundheit)