

Thomas Hülshoff

# Basiswissen Medizin für die Soziale Arbeit



Reinhardt

UTB



### **Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage**

Böhlau Verlag · Köln · Weimar · Wien  
Verlag Barbara Budrich · Opladen · Farmington Hills  
facultas.wuv · Wien  
Wilhelm Fink · München  
A. Francke Verlag · Tübingen und Basel  
Haupt Verlag · Bern · Stuttgart · Wien  
Julius Klinkhardt Verlagsbuchhandlung · Bad Heilbrunn  
Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft · Stuttgart  
Mohr Siebeck · Tübingen  
Nomos Verlagsgesellschaft · Baden-Baden  
Orell Füssli Verlag · Zürich  
Ernst Reinhardt Verlag · München · Basel  
Ferdinand Schöningh · Paderborn · München · Wien · Zürich  
Eugen Ulmer Verlag · Stuttgart  
UVK Verlagsgesellschaft · Konstanz  
Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen · Oakville  
vdf Hochschulverlag AG an der ETH · Zürich



Thomas Hülshoff

# **Basiswissen Medizin für die Soziale Arbeit**

Mit 21 Abbildungen, 3 Tabellen und 38 Vertiefungsfragen

Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Prof. Dr. med. *Thomas Hülshoff*, lehrt Medizinische Grundlagen der Sozialen Arbeit und Heilpädagogik an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abt. Münster.

Vom Autor außerdem im Ernst Reinhardt Verlag erschienen: „Medizinische Grundlagen der Heilpädagogik“ (UTB-M 978-3-8252-2051-8), „Emotionen“ (UTB-M 978-3-8252-2698-5).

Unter [www.reinhardt-verlag.de](http://www.reinhardt-verlag.de) und [www.utb-mehr-wissen.de](http://www.utb-mehr-wissen.de) finden Sie zu jedem Kapitel Multiple-Choice-Fragen zur Lernkontrolle.

**Hinweis:** Soweit in diesem Werk eine Dosierung, Applikation oder Behandlungsweise erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen oder sonstige Behandlungsempfehlungen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. – Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnungen nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

UTB-Band-Nr.: 8471  
ISBN 978-3-8252-8471-8 (Print)  
ISBN 978-3-8385-8471-3 (PDF-E-Book)

© 2011 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany  
Einbandgestaltung: Atelier Reichert, Stuttgart  
Titelbild: Motive von li. nach re.: U. Gräske; M. Nicolini / [digitalstock.de](http://digitalstock.de); Meddy Popcorn / [Fotolia.com](http://Fotolia.com); M. Nicolini, R. Röder / [digitalstock.de](http://digitalstock.de); HumerMedia / [Fotolia.com](http://Fotolia.com)  
Satz: ew print & medien service gmbh, Würzburg

Ernst Reinhardt Verlag, Kernnatenstr. 46, D-80639 München  
Net: [www.reinhardt-verlag.de](http://www.reinhardt-verlag.de) Mail: [info@reinhardt-verlag.de](mailto:info@reinhardt-verlag.de)

# Inhalt

Hinweise zur Benutzung dieses Lehrbuchs .....	7
Vorwort .....	9

## Allgemeiner Teil

1 Bio-psycho-soziale Dimensionen von Krankheit und Gesundheit und ihre Bedeutung für soziale, pädagogische und pflegende Berufe .....	13
---	----

## Arbeitsfeld Jugendhilfe, Sozialpädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie

2 Deprivation, Kindesmisshandlung, sexueller Missbrauch .....	47
3 Krisen und psychiatrische Erkrankungen im Jugendalter .....	101

## Arbeitsfeld Krankenhaus und integrierte Versorgung

4 Koronare Herzkrankheit .....	157
5 Krebserkrankungen .....	198

## Arbeitsfeld Altenhilfe, Gerontologie und Geriatrie

6 Alzheimer-Erkrankung .....	237
------------------------------	-----

## Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie

7 Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis .....	273
8 Depressionen .....	307

## Arbeitsfeld Suchthilfe

9 Alkoholkrankheit .....	337
--------------------------	-----

**Arbeitsfeld Behindertenhilfe, Heilpädagogik und Rehabilitation**

10 Mobilitätsbehinderungen: Multiple Sklerose,  
Querschnittslähmungen, Infantile Cerebralparese . . . . . 375

**Arbeitsfeld Prävention, Gesundheitserziehung und Public Health**

11 AIDS . . . . . 404

12 Metabolisches Syndrom: Fettstoffwechselstörung, Übergewicht,  
Diabetes, Bluthochdruck . . . . . 434

Literatur . . . . . 476

Sachregister . . . . . 484

# Hinweise zur Benutzung dieses Lehrbuches

Zur schnelleren Orientierung wurden in den Randspalten Piktogramme benutzt, die folgende Bedeutung haben:

**Literaturempfehlung**



**Begriffsklärung, Definition**



**Pro und contra, Kritik**



**Fallbeispiel**



**Vertiefungsfragen am Ende der Kapitel**



**Multiple-Choice-Fragen im Internet**





# Vorwort

Gesundheit, so formuliert es sinngemäß die Weltgesundheitsorganisation, ist ein Zustand körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Krankheit, so kann man schlussfolgern, äußert sich also ebenfalls auf körperlicher, seelischer und sozialer Ebene.

Krankheiten und gesundheitliche Störungen können mit erheblichen psychischen und sozialen Krisen einhergehen. Vor allem bei einbruchartig eintretenden, bei als besonders stigmatisierend erlebten oder bei chronischen Erkrankungen können die Belastungen so stark sein, dass sie die Kräfte der Betroffenen und ihrer Angehörigen zur Problemlösung überfordern. Dann reicht medizinisch-therapeutische Hilfe allein zur Krankheitsbewältigung oft nicht aus. Hinzu kommen müssen Hilfen, die die psychischen und sozialen Aspekte der Erkrankung berücksichtigen.

Die Soziale Arbeit hat in diesem Zusammenhang u.a. das Ziel, Menschen mit und trotz erschwerter psychosozialer Bedingungen infolge von Krankheit zu befähigen bzw. dabei zu unterstützen, ein von ihnen als gelingend empfundenes und gesellschaftlich teilhabendes Leben zu führen. Dies gilt insbesondere für die Klinische Sozialarbeit, letztlich aber für alle SozialarbeiterInnen (und PädagogInnen), die in ihrem Berufsalltag immer wieder kranken Menschen und ihren Angehörigen begegnen – man denke beispielsweise an die Alkoholkrankheit.

Solche Begegnungen sind – ebenso wie die Arbeitsfelder Sozialer Arbeit – vielfältig. Eben wegen dieser Vielfalt kann man sich in Studium und Berufsvorbereitung nicht für alle Eventualitäten wappnen. Vielmehr gilt es zum einen, eine Übersicht über die wichtigsten Anforderungen an die Soziale Arbeit im Kontext von Gesundheit und Krankheit zu bekommen.

Zum anderen ist wichtig, sich durch exemplarisches Lernen zu befähigen, situations- und insbesondere klientenangemessen, ebenso professionell wie individuell adäquat zu handeln.

Daher werden in diesem Buch exemplarisch eine Reihe von Krankheiten und Gesundheitsstörungen vorgestellt, die einerseits besonders häufig anzutreffen sind, andererseits mit einer höheren Wahrscheinlichkeit mit größeren psychosozialen Belastungen einhergehen. Solche Krankheiten/Störungen werden auch als jeweils relativ typische Beispiele der wichtigsten Arbeitsfelder Sozialer und pädagogischer Arbeit aufgeführt.

So werden Deprivation, Kindesmisshandlung, sexueller Missbrauch und Jugendkrisen bzw. psychische Erkrankungen im Jugendalter im Kontext von Jugendhilfe, Sozialpädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt – Schnittpunkte zwischen diesen pädagogisch-sozialen und medizinisch-therapeutischen Systemen sind häufig, wenn auch nicht immer unkompliziert.

Koronare Herzerkrankungen imponieren – ähnlich wie Krebserkrankungen – durch ihren Krisencharakter. Sie werden v.a. im Rahmen des Krankenhaussozialdienstes und der Rehabilitation vorgestellt, während das Arbeitsfeld „Altenhilfe“ durch die Darstellung dementieller Erkrankungen repräsentiert wird. Hier wird v.a. auch auf die psychosoziale Situation der Angehörigen eingegangen.

Die Sozialpsychiatrie ist exemplarisch durch Darstellungen schizophrener Psychosen sowie von Depressionen vertreten – beides Störungen, die massiven Einfluss auf das Erleben und die sozialen Beziehungen der Betroffenen haben können und bei denen die psychosoziale Unterstützung oft einen entscheidenden Beitrag zur Genesung bzw. Wiedereingliederung leistet. Dies gilt sicher auch für die Alkoholkrankheit, deren soziale Auswirkungen auf den Betroffenen und sein Umfeld die Soziale Arbeit in vielfältiger Weise tangieren.

Die Behindertenhilfe wird durch das Thema der Mobilitätsbehinderungen vorgestellt, u.a., weil hier in besonderer Weise auf Assistenz, Barrierereduktion und Inklusion einzugehen ist.

Und schließlich haben Pädagogik und Soziale Arbeit immer auch einen präventiven Auftrag. Dies soll zum einen am Beispiel AIDS, einem epidemiologisch wichtigen und zugleich von Stigmatisierungsgefahren begleiteten Thema aufgezeigt werden. Zum anderen wird am Beispiel des Metabolischen Syndroms zu zeigen sein, dass eine Reduktion der wichtigsten Risikofaktoren der sinnvollste und letztlich effektivste Beitrag zu individueller wie gesellschaftlicher Prävention ist.

Auch wenn die Spannbreite der vorgestellten Arbeitsfelder und möglichen Erkrankungen groß ist – die bewusste und gezielte Auswahl relativ weniger Krankheiten ermöglicht es, hier etwas in die Tiefe zu gehen. So werden neben detaillierten Erörterungen biologischer und klinisch relevanter Grundlagen (Ursachen, Symptome, Therapie, Prognose) auch die jeweils typischen psychosozialen Aspekte vertieft, z.B. psychosomatische Aspekte, krankheitsbedingte Krisen, familiensystemische Gesichtspunkte usw.

Besonderer Wert wird auf spezifische Unterstützungsmöglichkeiten durch Soziale Arbeit und Pädagogik gelegt: Psychoedukation, Beratung, Netzwerkarbeit oder Case- Management werden sowohl bezogen auf die jeweiligen Krankheiten als auch auf die typischen Arbeitsfelder dieser Berufsgruppen erläutert. In einem jeweils abschließenden Teil wird auch auf gesellschaftliche und kulturelle Hintergründe der jeweiligen Erkrankung, z.B. im Hinblick auf Inklusionsbemühungen oder Stigmatisierungsgefahren, eingegangen.

Dieses praxisorientierte Lehrbuch entstand im Rahmen meiner langjährigen Lehrtätigkeit als Arzt, Familientherapeut und Professor für medizinische Grundlagen an der Katholischen Hochschule NRW. Vor allem den praktischen Erfahrungen von Studierenden, die ich in vielen Praxissemestern begleiten durfte, sowie unseren gemeinsamen Projekten im Feld der Klinischen Sozialarbeit verdanke ich viele Anregungen, für die ich dankbar bin.

Ich habe versucht, auch komplexe Sachverhalte und neuere Forschungsergebnisse so anschaulich wie möglich darzustellen. Das Buch wendet sich zunächst an Studierende der Sozialen Arbeit und Pädagogik, sowohl in Bachelor-, als auch

in Masterstudiengängen (beispielsweise der Klinischen Sozialarbeit). Aber auch Studierende der Gesundheitsberufe und Gesundheitswissenschaften und nicht zuletzt in der sozialen, pädagogischen und gesundheitsbezogenen Arbeit Tätige finden in diesem Buch zahlreiche und detaillierte Anregungen zur Beratung und Begleitung von Menschen, die aufgrund einer Erkrankung in psychosoziale Schwierigkeiten gekommen sind.

An einem Buch schreibt man nicht allein – direkt wie indirekt sind daran andere beteiligt, ohne die ein solches Projekt nicht möglich gewesen wäre. Und so möchte ich ganz herzlich Frau Astrid Heitmann für ihre gewissenhaften, zeitaufwändigen und umfangreichen Schreibebeiten danken. Frau Judith Bestier danke ich herzlich für die umfangreiche Hilfe bei der Erstellung des Literaturverzeichnisses sowie Korrekturarbeiten. Frau Anja Middendorf verdanke ich zahlreiche Abbildungen, Korrekturen sowie die elektronische Fassung der Multiple-Choice-Aufgaben. Meinem Sohn Andreas Hülshoff danke ich für die Hilfe beim Erstellen des Sachregisters. Frau Ulrike Landersdorfer, Lektorin im Ernst-Reinhardt Verlag, möchte ich für ihre wohlwollende Unterstützung und für viele konstruktive Ratschläge danken. Dies gilt auch für Frau Christina Henning, ehemalige Lektorin im Ernst Reinhardt Verlag. Beide haben mich in schwieriger Zeit zum Weiterschreiben motiviert.

Ebenso gilt mein Dank meinen Kollegen und Kolleginnen sowie den Studierenden an der Katholischen Hochschule NRW, die mir in vielen wohlwollend-kritischen Gesprächen wichtige Hinweise und Anregungen gaben.

Dies gilt ganz besonders auch für meine Frau und meinen Sohn: Herzlichen Dank Euch beiden!

Münster, im August 2011

Thomas Hülshoff



# Allgemeiner Teil

## 1 Bio-psycho-soziale Dimensionen von Krankheit und Gesundheit und ihre Bedeutung für soziale, pädagogische und pflegende Berufe

### 1.1 Einleitung

Es lässt sich feststellen, dass es eine Vielzahl von biografischen, familiären, kulturellen, sozialen und politischen Faktoren gibt, die krank machen können oder zumindest dazu beitragen, die gesundheitliche Situation deutlich zu verschlechtern bzw. zu beeinträchtigen. So wird aufzuzeigen sein, dass Krankheit immer den gesamten Menschen in seinen Bezügen umfasst, so dass es sinnvoll ist, zumindest biologische, psychische und soziale Ebenen in den Blickpunkt zu nehmen und miteinander in Verbindung zu bringen. Wer das Ausmaß einer Depression wirklich verstehen will (was diagnostische und therapeutische Konsequenzen hat), muss sich nicht nur mit den Störungen der Neurotransmitter (insbesondere des Serotonins) und körperlichen Erscheinungsformen der Depression (wie Schlafstörungen, Antriebslosigkeit usw.) beschäftigen, sondern sich auch für die seelische Komponente, also das psychische Erleben von Trauer, Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit usw. interessieren. Und schließlich gilt es zu berücksichtigen, dass eine schwere Depression immer auch die Beziehung zur Umwelt, beispielsweise zu Familienangehörigen, sowie Kontakte in der Nachbarschaft oder am Arbeitsplatz beeinflusst bzw. beeinträchtigt. Umgekehrt gilt, dass auch bei der Entstehung einer Depression neben biologischen (beispielsweise genetischen oder hormonell bedingten) Ursachen, psychisch in problematischer Weise verarbeitete Krisen oder mit Trauer- und Verlusterlebnissen einhergehende soziale Beziehungsabbrüche beteiligt sein können. Und auch in der therapeutischen Begleitung depressiver Menschen wird man nicht allein auf Pharmako- und Lichttherapie, sondern auch auf psychotherapeutische wie psychoedukative Verfahren setzen, wobei nicht zuletzt auch tagesstrukturierende, sozial-integrative und die soziale Kompetenz fördernde Maßnahmen von großer Wichtigkeit sind.

Nun haben soziale, pädagogische und pflegende Berufe durchaus unterschiedliche Ansätze und spezifische Aufgaben, auf die weiter unten noch genauer eingegangen wird. Aber gleich, ob man von seinem professionellen Selbstverständnis zunächst Pflegeaspekte, die pädagogische Entwicklung bzw. Erziehung oder die Unterstützung förderlicher Sozialstrukturen und -beziehungen in den Blick nimmt – im Kontext von Krankheit und damit eventuell verbundenen psychischen wie sozialen Krisen ist es eine weitere Aufgabe, Menschen dabei zu

unterstützen, trotz und mit der durch ihre Krankheit mitbedingten erschwerten Bedingungen ein gelingendes und soziokulturell teilhabendes Leben zu ermöglichen. Diese anspruchsvolle Aufgabe, die im weitesten Sinne auch rehabilitativ genannt werden kann, umfasst primär keinen therapeutischen Auftrag. Dennoch sind auch hier Überschneidungen zu den Arbeitsfeldern von medizinischen und therapeutischen Berufen (Ärzte, Gesundheitsberufe, Physiotherapeuten) möglich. Eine gute Pflege, eine intensive Beratung, ein psychoedukativer Prozess und eine Entwicklungsförderung können von Patienten bzw. Klienten durchaus auch heilsam erlebt werden, Selbstheilungskräfte stärken und therapeutische Dimensionen mit beinhalten. Nicht immer sind die Grenzen zwischen Psychotherapie, Psychoedukation und psychosozialer Beratung scharf zu ziehen. Auch zwischen somatischen Therapien, Pflegemaßnahmen und Rehabilitation im weitesten Sinne gibt es Überschneidungen. Der Schwerpunkt pädagogischer und sozialer Berufe im sozialmedizinischen Kontext liegt jedoch zweifellos in dem Bemühen, Menschen mit krisenhaft bzw. chronisch verlaufenden Erkrankungen in der Bewältigung solcher Schwierigkeiten zu unterstützen.

Im konkreten Alltag gibt es durchaus auch Schnittpunkte: Kinder und Jugendliche mit erheblichen psychosozialen Krisen bzw. Erkrankungen werden zu bestimmten Zeiten möglicherweise im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung stationär behandelt, und das pädagogisch-pflegende Team, dessen Aufgabe unter anderem die Schaffung eines förderlichen sozialtherapeutischen Milieus ist, besteht in der Regel sowohl aus Krankenschwestern als auch aus Sozialpädagogen und verwandten Berufen. Dieselben Kinder und Jugendlichen sind in einem anderen Zeitpunkt ihres Lebens möglicherweise Klienten der Jugendhilfe, einer Domäne der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, und werden zu einem anderen Zeitpunkt im Rahmen einer sozialpädagogischen Familienhilfe, im Rahmen einer Inobhutnahme oder in einem Heim bzw. einer Wohngemeinschaft betreut/begleitet.

Aber auch hier finden sich keineswegs nur Pädagogen im professionellen Team, je nach Auftrag und Anforderungsprofil kann dies durch Pflegende, Heilerziehungspfleger und andere bereichert werden. In der Suchthilfe gehen zwar beide Berufe eher getrennte Wege – doch spätestens in der Entgiftungsphase werden Krankenpfleger ein gehöriges Maß an psychosozialer Grundkenntnis über die von ihnen zu begleitende Klientel brauchen, und ein Streetworker muss wissen, was er bei akuten Vergiftungserscheinungen eines Heroinabhängigen zu tun hat. Mögen im Suchtbereich die konkreten Überschneidungen der professionellen Behandlungsbilder nicht so stark sein – ihre Klienten sind ein und dieselben, unabhängig davon, ob sie sich temporär in einer eher medizinisch ausgerichteten Entgiftungs- oder später in einer eher pädagogisch ausgerichteten Entwöhnungs- und Rehabilitationseinheit befinden.

Wir sehen: Wenn es darum geht, Menschen in schweren krankheitsbedingten Krisen beizustehen, gibt es erhebliche Überschneidungen bei pflegenden, sozialen und pädagogischen Berufen.

Darüber hinaus ist auch ein gemeinsames Basiswissen über die wichtigsten biologischen, psychischen und sozialen Aspekte der Krankheit und der damit verbundenen Problematik von Nöten, wenn man anschließend synergistisch

miteinander zum Wohle des Betroffenen handeln und kooperieren will. Hierzu möchte das vorliegende Buch einen Beitrag leisten.

## 1.2 Was ist Krankheit?

Auf den ersten Blick scheint es ganz einfach zu sein: Gesund ist, wer kein ärztlich festzustellendes Leiden aufweist, bei dem eine Diagnose fehlt. Bei näherem Hinsehen stellen sich die Dinge komplizierter dar: Was ist mit chronischen Rückenschmerzen, die sich weder röntgenologisch noch funktionsdiagnostisch zeigen? Sie fügen dennoch dem Patienten erhebliches Leid zu und lassen ihn möglicherweise vorübergehend arbeitsunfähig sein. Hier müssen wir von „Störungen der Befindlichkeit“ und dem (meist naturwissenschaftlich) objektivierbaren Befund unterscheiden. Es ist aber eine spezielle und oft kurz gegriffene Sichtweise, wenn man nur dem objektiven Befund „Krankheitswert“ zuweist. Andererseits kann eine detaillierte labortechnische oder durch neuere bildgebende Verfahren gestützte Diagnostik bereits kleine Abweichungen des Normalzustandes aufweisen, obwohl sich der Betroffene gesund fühlt. Man scheint somit nicht mehr gesund, sondern lediglich „noch nicht krank“ zu sein.

**Befindlichkeit und Befund**

Wenn man aber Krankheit als ein „regelwidrigen Zustand“ versteht, bei dem körperliche Funktion, Messgrößen oder Befunde nicht im Normbereich stehen, so muss man sich fragen, was denn unter einer solchen Norm zu verstehen ist.

Um 1900 war in den meisten internistischen Lehrbüchern ein niedriger Blutdruck weder als Symptom noch als Krankheit zu finden. Um 1950 herum maß man diesem Symptom eine große Bedeutung bei, die mit ihm verbundenen Schwindelattacken oder das „Unwohlsein“ galt nun als krankhaft. In der letzten Dekade des 20. Jahrhunderts hingegen relativierte sich das Bild wieder.

**B**

Was wir für gesund oder krank, für normal oder bedenklich halten, ist nicht nur ein objektiv gegebener, naturwissenschaftlich zu messender Befund, sondern richtet sich auch stark nach kulturellen Gegebenheiten.

**Kultur und Krankheitsbegriff**

Im „Struwwelpeter“ Heinrich Hoffmanns, erschienen in der Mitte des 19. Jahrhunderts, kann man zahlreiche Verhaltensweisen finden, die damals als Charakter- oder Erziehungsschwäche klassifiziert (und von Hoffmann entsprechend bestraft) wurden. In den vergangenen 160 Jahren hat eine derartig starke „Medikalisierung“ stattgefunden, das von den ehemaligen Charakterschwächen nicht mehr allzu viel übrig geblieben ist: Paulinchen wurde zur Pyromanin, der Struwwelpeter ist ebenso wie der bitterböse Friedrich eher depressiv-depriviert, Hans-Guck-in-die-Luft könnte an einer Absence leiden, der Suppenkasper weist eine Pubertätsmagersucht auf und im Zappelphilipp erkennen wir das hyperkinetische Syndrom. Ob mit einem solchen Paradigmenwechsel allerdings viel gewonnen wurde oder lediglich ein (wertend-normatives) Stigma durch ein neues (medikalisiertes) ersetzt wurde, sei dahin gestellt.

**B**

Es stellt sich also noch einmal die Frage, was denn eigentlich Krankheit ist.

**Medizinisch-naturwissenschaftliches Krankheitsmodell**

Ein klassisch medizinisches, vorwiegend naturwissenschaftlich orientiertes Krankheitsmodell definiert Krankheit als einen regelwidrigen Funktionszustand körperlicher Organe, der eine spezifische Ursache, bestimmte Grundstörung, typische Symptome und eine beschreibbare Prognose aufweist. So wäre zum Beispiel ein Diabetes mellitus zu definieren als ein Mangel des Blutzuckersteuernden Hormons Insulin, der auf einen Zelluntergang in der Bauchspeicheldrüse zurückzuführen ist. Er ist durch Durst, Benommenheit, vermehrtes Wasserlassen und andere spezifische Symptome von geschulten Therapeuten zu erkennen und erlaubt unter bestimmten therapeutischen Prämissen eine normale Lebenserwartung. Ein solches Krankheitsmodell ermöglicht die Erforschung von Ursachen und Verlaufsformen sowie gezielter, oft naturwissenschaftlich begründeter und hinsichtlich ihres Erfolges objektivierbarer Behandlungsmethoden. Der rasante Fortschritt der Medizin des letzten Jahrhunderts beruht zum größten Teil darauf, dass sich Ärztinnen und Ärzte dieses naturwissenschaftlichen Paradigmas bedienen. Als es gelang, Insulin als Hormon zu identifizieren und zu synthetisieren, war die bis 1920 immer tödlich verlaufende Krankheit behandelbar. Sie ermöglichte, wenigstens im Prinzip, eine bedingte Gesundheit und normale Lebenserwartung. Kritisch anzumerken ist allerdings, dass ein ausschließliches Beachten naturwissenschaftlich orientierter Kriterien möglicherweise nur einen Teilaspekt einer Erkrankung erfasst. Dass es außerdem die Dominanz von Ärzten stärkt und bei strenger Auslegung diätetische, psychologische, pädagogische und soziokulturelle Aspekte ebenso wenig berücksichtigt wie die den Patienten und seinem unmittelbaren Umfeld innewohnenden Potentiale, ist ebenfalls ein des Öfteren angebrachter Kritikpunkt.

**Psycho-Neuro-Endokrino-Immunologie**

Neuere Paradigmen gehen von Wechselwirkungen verschiedener Systeme aus, wie sie eine neue und sehr erfolgreiche Fachrichtung, die Psycho-Neuro-Endokrino-Immunologie postuliert. Demzufolge gibt es enge Wechselbeziehungen zwischen psychischen Phänomenen (also Gefühlen, Vorstellungen und kognitiven Prozessen, die in unserem Gehirn repräsentiert werden), neurophysiologischen Phänomenen, die sich als Aktivität unseres Nervensystems beschreiben lassen, endokrinen Prozessen, die durch Hormonausschüttung charakterisiert sind, und immunologischen Prozessen, die maßgeblich von den Zellen unseres Abwehrsystems abhängen und dafür sorgen, dass wir uns vor pathogenen Keimen schützen können. Nach neueren Erkenntnissen gibt es zwischen diesen Systemen zahlreiche Verbindungen und Zusammenhänge.

**Gesundheitsbegriff der WHO**

Auch die Weltgesundheitsorganisation, derzufolge Gesundheit „ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (Waller 1991, 10) ist, formuliert in diesem zugegeben hohen Anspruch einen Gesundheitsbegriff, der eine Verknüpfung körperlicher, seelischer und sozialer Faktoren intendiert. Krankheiten können als ein komplexes Geschehen verstanden werden, das Geist, Gefühl und Körper betrifft. Eine im wohlverstandenen Sinne ganzheitliche Medizin wird dies berücksichtigen und neben den primär körperlichen Symptomen und Funktionsstörungen das emotionale Erleben und die psychosozialen Interaktionen berücksichtigen. Eine Krebserkrankung hat zunächst einmal zweifellos biologische,

nämlich genetische und exogen-biogene Ursachen (eine bestimmte Vulnerabilität der DNA, eine jahrelange Vergiftung durch Nikotin, die Wirkung ionisierender Strahlen usw.), aber: Eine erhöhte Lebenserwartung, zweifellos sozial und politisch mitbedingt, erhöht auch die Expositionsgefahr hinsichtlich ionisierender Strahlen. Und dass „Rauchen Ihre Gesundheit gefährdet“, ist inzwischen auf jeder Zigarettenschachtel nachzulesen – Rauchen kann aber Ausdruck eines dysfunktionalen Stress-Copingverhaltens, auch und gerade im sozialen Kontext, sein.

Erscheinungsformen und Symptome, Schweregrad der Erkrankung, diagnostische und therapeutische Eingriffe, dies alles sind zunächst Ereignisse auf der „biologischen Ebene“. Aber wie sich der Verlust eines Organs nach einer Operation auswirkt, ob und zu welchen Krisen es kommt, ist bereits ein Phänomen, das weit über das biologische Geschehen hinausgeht. Wie aber Verlusterlebnisse und Ängste erlebt werden und bearbeitet werden können, ob der Patient in seiner Familie Trost und Rückhalt findet, ob eine psychosoziale und berufliche Rehabilitation den Wiedereinstieg in den Beruf ermöglicht – dies alles wirkt sich nicht nur auf seine (subjektiv empfundene) Lebensqualität aus (was wichtig genug ist), sondern kann das Immunsystem stärken und sekundär zur Genesung beitragen. Umgekehrt können Verzweiflung und Isolation nicht nur Unverträglichkeiten von Chemotherapie als besonders gravierend erleben lassen, sondern zu Resignation und Therapieabbruch führen – möglicherweise mit fatalen biologischen Konsequenzen. Nicht nur eine sich ganzheitlich verstehende Medizin, sondern auch die mit ihr eng zusammenarbeitenden, pädagogischen und sozialen Berufsgruppen, so sie denn in diesem Arbeitsfeld arbeiten, müssen diese komplexen Wechselwirkungen biologischer, psychischer und sozialer Dimensionen berücksichtigen.

### 1.3 Sozialmedizinisches Basiswissen

Da sich Pädagogen und Sozialarbeiter zunächst einmal in der Praxis, also in ganz konkreten Arbeitsfeldern begegnen, orientiert sich das vorliegende Buch an eben jenen Praxisfeldern. So wird unter anderem auf die Arbeit mit Jugendlichen, auf das Arbeitsfeld Krankenhaus, auf die Altenhilfe, das Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie, der Suchthilfe, der Behindertenhilfe (Rehabilitation) sowie der Prävention eingegangen. Es würde den Rahmen dieses Buches allerdings sprengen, auf jede denkbare und in diesem Zusammenhang relevante Krankheit oder Störung einzugehen, der man in diesen Arbeitsfeldern begegnen kann. Anstatt in die Breite zu gehen und einen möglichst umfassenden Überblick über die meisten Patientengruppen und Krankheitsbilder zu geben (was unter anderem von dem von Wolfgang Schwarzer herausgegebenen Lehrbuch der Sozialmedizin für Sozialarbeiter, Sozialpädagogen geleistet wird), wird hier ein anderer Weg gewählt: Für jedes Arbeitsfeld werden ein oder zwei besonders bedeutsame Krankheits- bzw. Störungsbilder vorgestellt. Die Auswahl erfolgt zum einen nach Häufigkeit und Bedeutsamkeit – Alkoholkrankheit ist beispielsweise ein Phänomen, das praktisch in allen Arbeitsfeldern sozialer Arbeit eine außerordentliche Rolle spielt, selbst wenn die Klienten ursprünglich mit anderen Anlie-

gen (Schuldnerberatung, Wohnungslosigkeit, familiäre Gewaltproblematik) in Erscheinung treten.

Zum anderen wurden Krankheitsbilder und Störungen ausgewählt, die in besonderer Weise mit psychischen Krisen und sozialen Auswirkungen einhergehen (beispielsweise Beziehungsstörungen, Arbeitslosigkeit, erschwerte Teilhabe am soziokulturellen Leben usw.). Eine solche, zudem enge Auswahl ist zweifellos nicht objektiv und manch ein Leser mag bedauern, dass für ihn wichtige Inhalte nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Auf der anderen Seite ermöglicht eine solche Beschränkung eine vertiefte Darstellung nicht nur der Krankheit und den damit verbundenen psychischen und sozialen Problemlagen sowie Lösungsansätzen, sondern auch ein ausführliches Eingehen auf die mitunter sehr spezifischen Krisen und sozialen Herausforderungen sowie die professionellen Ansätze zur sozialen und pädagogischen Begleitung in solchen Situationen.

Daher wird jedes exemplarisch ausgewählte und vorgestellte Störungs- bzw. Krankheitsbild nach einem einheitlichen Vorgehen behandelt (Abb. 1.1).

Die ersten sechs Teilkapitel sind jeweils relativ medizinisch gehalten und berücksichtigen in besonderem Maße auch die biologischen Aspekte und Ebenen. Allerdings nicht nur – Ursachen und Auslöser einer schizophrenen Psychose können durchaus auch psychischer oder sozialer Natur sein und die Therapie einer Suchterkrankung beinhaltet keineswegs nur biologische Maßnahmen wie die Distanzurinbehandlung innerhalb des Entzugs, sondern auch und vorwiegend psychotherapeutische Interventionen. Im Unterpunkt „Definition und Epidemiologie“ wird es unter anderem um die Häufigkeit und soziale Relevanz der Erkrankung sowie ihre Definition auch im soziokulturellen Kontext gehen.

### Biologische Grundlagen

Das Kapitel „Biologische Grundlagen“ soll einen etwas breiteren Überblick über die biologische und psychosoziale Einbettung des zu beschreibenden Phänomens geben: Sucht lässt sich besser verstehen, wenn wir mit dem körperei-

1. Definition und Epidemiologie
2. Biologische Grundlagen
3. Ursachen und Auslöser
4. Erscheinungsformen, Symptome, Schweregrade
5. Diagnostik und Diagnose
6. Therapie und Prognose
7. Psychodynamik und Psychosomatik
8. Krisen und Krisenintervention
9. Beratung und Psychoedukation
10. Familie und systemische Familienarbeit
11. Netzwerkarbeit und Casemanagement
12. Soziokulturelle Aspekte
13. Literaturhinweise und Vertiefungsfragen

**Abb. 1.1:** Strukturierung der jeweiligen Ausführung zu Krankheits- und Störungsbildern

genen Belohnungssystem sowie den damit korrespondierenden Bestrebungen des Menschen nach sozialer Entspannung und gemeinsam erlebter Ekstase vertraut sind. Das Verständnis von Depression setzt grundlegende Kenntnisse über die Emotion der Trauer und ihre Bedeutung für die Bewältigung von Verlusterlebnissen voraus – ein allgemein anthropologisches Phänomen, das bei der Depression in einer besonderen Weise exazerbiert. Kurz: In diesem grundlegenden Kapitel wird es darum gehen, das Augenmerk nicht nur auf die eigentliche Krankheit, sondern auf weiter gefasste biologische Phänomene und ihre Interaktion mit der sozialen Umwelt zu lenken.

Erscheinungsformen, Symptome und Schweregrade einer Krankheit werden in der Regel nach den gängigen medizinischen Kriterien vorgestellt, sogleich wird aber auf bereits soziale Implikationen hingewiesen, beispielsweise, wenn Haarausfall infolge einer Leukämiebehandlung im Jugendalter zu Identitätsproblematik und Stigmatisierungsbefürchtung führen kann.

**Erscheinungs-  
formen und  
Symptome**

Das siebte und achte Kapitel fokussiert die psychische Dimension der jeweiligen Krankheit. Eine mit suizidaler Gefährdung einhergehende Jugendkrise ist kein statisches Geschehen, sondern ein psychodynamischer Prozess, der sich entwickelt, und es ist wichtig, eine zunehmende Einengung oder Hilflosigkeit des betroffenen Jugendlichen zu erkennen. Manche Schwierigkeit im psychischen Erleben einer Störung oder Erkrankung äußert sich auch psychosomatisch: Beispielsweise können angstbetonte oder dissoziative Krisen im Jugendalter mit Erstickungsgefühlen, Hyperventilation oder psychogener Lähmung einhergehen, bei einer larvierten (verdeckten) Depression können körperliche Symptome wie Kopf- oder Rückenschmerzen dermaßen im Vordergrund stehen, dass die eigentliche Depression lange Zeit gar nicht erkannt wird.

In vielen Krankheiten kommt es zu relativ typischen, wenngleich natürlich keineswegs generell auftretenden Krisen. So kann die Diagnosestellung „Krebs“ verständlicherweise mit erheblichen Ängsten, aber auch Orientierungslosigkeit und Verwirrheitszuständen einhergehen, was durch den Druck zu schnellen Entscheidungen hinsichtlich der durchzuführenden Behandlung noch verstärkt werden kann. Eine mögliche Krise während bzw. nach der Therapie hat anderen Charakter und ist weitgehend durch Trauer infolge von Verlusterfahrungen (Verlust eines Organs, Verlust der körperlichen Integrität usw.) geprägt. Noch existentieller kann sich eine solche Krise nach dem Wiederaufflackern eines schon überwunden geglaubten Krebses im Rahmen eines Rezidivs erweisen. Auf diese und andere recht spezifischen Krisenmanifestationen gehen die entsprechenden Teilkapitel ebenso ein wie die hiermit verbundenen Möglichkeiten einer gezielten Krisenintervention.

**Krankheit und Krise**

Die Kapitel 9–12 fokussieren vor allem die sozialen Ebenen.

Im neunten Kapitel geht es jeweils um mögliche Förder- und Beratungsangebote, die spezifisch auf die Bedürfnisse der Patienten bzw. Klienten eingehen. Besonders interessant sind in diesem Zusammenhang die relativ neu entwickelten Ansätze der Psychoedukation, bei der es nicht nur um Wissensvermittlung über die Ursachen, Verläufe und psychosozialen Auswirkungen von Erkrankungen, sondern insbesondere die emotionale Auseinandersetzung mit dem bisher erlebten Krankheitsverlauf geht.

**Beratung und  
Förderung**

**Familiensystem** So geht es im zehnten Kapitel vorwiegend um familiensystemische Aspekte. Viele der gleich vorgestellten Krankheiten beeinflussen nicht nur den Patienten bzw. Betroffenen, sondern auch sein familiäres Umfeld, die Kinder, Eltern und Partner. Die Familienbeziehungen ändern sich, oft findet der Betroffene Trost und Halt bei seiner Familie, mitunter können die krankheitsbedingten sozialen und psychischen Probleme jedoch für alle Familienangehörigen zu einer großen Belastung werden. Diese sehen – zum einen je nach Krankheitsbild, zum anderen natürlich je nach den involvierten Persönlichkeiten – sehr unterschiedlich aus. Neben diesen Aspekten wird vor allem auch auf Möglichkeiten und Grenzen einer systemischen Familienbegleitung, Beratung und Familientherapie eingegangen.

**Casemanagement** Das elfte Kapitel befasst sich mit Casemanagement und geht auf weitere, meist vernetzte und mehrdimensional sowie multiprofessionell angelegte Maßnahmen ein. Hier gibt es – je nach zugrunde liegender Erkrankung – zum einen Überschneidungen mit Therapie bzw. Psychotherapie, zum anderen Überschneidungen mit der systemisch orientierten Netzwerkarbeit. Dennoch sind die hier vorgestellten Hilfen anderer Natur: Beim Casemanagement beispielsweise geht es um eine zielgerichtete, geplante vernetzte und gut dokumentierte Organisation unterschiedlichster Hilfsangebote. Je nach zugrunde liegender Störung kann das Ergebnis einer solchen Netzwerkarbeit völlig unterschiedlich aussehen: Ein misshandeltes Kind braucht im Rahmen einer Hilfeplanung völlig andere Hilfestellungen als ein wegen seiner Alzheimererkrankung desorientierter und auf Begleitung angewiesener älterer Mensch. Insbesondere das Casemanagement ist mittlerweile ein wesentlicher Bestandteil nicht nur der Sozialen Arbeit, sondern auch und gerade der Pflegeberufe und des Pflegemanagements.

**Soziales Netz** Ein etwas erweiterter Systembegriff umfasst das Soziale Netz, das unter anderem auch aus Schule und Arbeitsplatz, Freunden, Hobby-, Musik- oder Sportgruppen, der näheren Nachbarschaft und „Peergruppen“ besteht. Solche Gruppen und Menschen haben in unterschiedlichem Ausmaß Teil an den Sorgen, Nöten und Krisen des von Krankheit Betroffenen und können sowohl positiven wie negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf einüben. Dabei kommt es nicht nur auf die Dichte des sozialen Netzes, sondern vor allem auf die Qualität desselben an. Hilfe beim Knüpfen sozialer Netze, aber auch die kritische Analyse, welche Beziehungen angesichts einer Erkrankung gut tun und welche vielleicht weniger förderlich sind, ist Aufgabe einer begleitenden Netzwerkarbeit. Die „Sozialraumorientierung“ berücksichtigt darüber hinaus auch die Strukturen (Nachbarschaftshilfe, Selbsthilfegruppen, Tagesstätten, soziale Treffs und anderes mehr).

**Soziokulturelle Aspekte** In einem zwölften Kapitel wird wieder ein etwas distanzierterer Blickwinkel eingenommen: Hier werden soziokulturelle Aspekte eines Phänomens, einer Erkrankung oder eines Störungskomplexes in den Blick genommen. Wie man beispielsweise Psychosen versteht (als Besessenheit, als Schicksalsschlag, als Krankheit, als Stigma) ist zwar nicht nur, aber doch zu einem sehr großen Teil kultur- und gesellschaftsabhängig. Analoges gilt für Depressionen, Suchterkrankungen oder bestimmte Formen der Jugendkrisen. Welches Verhalten man als Kindesmisshandlung oder sexuellen Missbrauch definiert, ist eben-

**Arbeitsfeld Jugendhilfe, Sozialpädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie**

- Vernachlässigung, Kindeshandlung, sexueller Missbrauch
- Krisen und psychiatrische Erkrankungen im Jugendalter

**Arbeitsfeld Krankenhaus und integrierte Versorgung**

- Koronare Herzkrankheit
- Krebserkrankungen

**Arbeitsfeld Altenhilfe, Gerontologie und Geriatrie**

- Alzheimer-Erkrankung

**Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie**

- Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis
- Depressionen

**Arbeitsfeld Suchthilfe**

- Alkoholkrankheit

**Arbeitsfeld Behindertenhilfe, Heilpädagogik und Rehabilitation**

- Mobilitätsbehinderungen: Multiple Sklerose, Querschnittslähmungen

**Arbeitsfeld Prävention, Gesundheitserziehung und Public Health**

- AIDS
- Metabolisches Syndrom: Fettstoffwechselstörung, Übergewicht, Diabetes, Bluthochdruck

**Abb. 1.2:** Arbeitsfelder pädagogischer, sozialer und pflegender Berufe im sozialmedizinischen Kontext

falls epochenspezifisch sehr unterschiedlich. So sollen in diesem Kapitel einige typische soziokulturelle Aspekte aufgegriffen werden. Im Rahmen einer begleitenden Pädagogik oder Sozialen Arbeit sowie einer sich sozialen Belangen verpflichtet fühlenden Pflege geht es hier jedoch auch darum, Menschen zu befähigen, gegen Stigmatisierungen, Vorurteile oder Ausgrenzung anzugehen. Eine solche Befähigung wird gemeinhin als „Empowerment“ bezeichnet und das damit verbundene Ziel wird in neuerer Zeit als „Inklusion“ oder Teilhabe bezeichnet. Dabei meint Inklusion mehr als Integration: Menschen mit Behinderung beispielsweise, so kann man vereinfacht formulieren, partizipieren nicht nur an der Gesellschaft, sondern sie sind einer ihrer essentiellen Bestandteile und definieren sie mit.

Wenden wir uns nun den Arbeitsfeldern und den hierfür exemplarisch ausgewählten Krankheitsbildern zu (Abb 1.2).

**Jugendhilfe, Sozialpädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie.** Für dieses Arbeitsfeld wurden zum einen die Krisen und psychiatrischen Erkrankungen im Jugendalter, zum anderen der Themenkomplex „Vernachlässigung, Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch“ exemplarisch ausgewählt. Es handelt sich

um Themen, an denen vermutlich kein Sozialarbeiter, keine Sozialpädagogin und kein Pfleger vorbei kommt. Bei den Jugendkrisen wird der Schwerpunkt pflegerischer Arbeit und Intervention vermutlich in der kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit liegen, wobei diese Berufsgruppe wesentlich an der Milieugestaltung, Krisenbewältigung und pädagogischen Begleitung beteiligt ist, was aber auch für Sozialpädagogen gilt. Diese haben im weit gefächerten Bereich der Jugendhilfe zu anderen Zeitpunkten möglicherweise mit den gleichen Jugendlichen zu tun, nämlich dann, wenn Jugendliche in besonderen Krisensituationen beispielsweise nicht mehr bei ihren Eltern leben können, in Jugendkrisenzentren Zuflucht finden, sich an eine Drogenberatungsstelle wenden oder in der Telefonseelsorge um Hilfe suchen – die Beispiele ließen sich beliebig weiter führen. Wie in Kapitel 3 ausführlich dargestellt, können sich Jugendkrisen als normale Phänomene einer oft stürmisch verlaufenden Pubertät zeigen, die keiner spezifisch-professionellen Behandlung bedürfen.

**Entwicklungs-  
hemmende Krisen**

Problematisch werden Krisen dann, wenn sie zu einer Entwicklungshemmung (beispielsweise dauerhaften Schulabbruch, zunehmende Drogenabhängigkeit oder lähmende Depressivität statt normaler Stimmungsschwankungen) werden.

**Notfallsituationen**

Schließlich können Krisen zu akuten Notfallsituationen führen, beispielsweise einer Heroingiftung oder einem akuten Suizidversuch.

Je nach Art der Krise (Autoritätskrise, depressive Krise, suizidale Krise, Pubertätsmagersucht – um nur einige zu nennen) und Schweregrad (s. o.) werden Pädagogik, Soziale Arbeit oder Pflege in unterschiedlichem Maße involviert sein. Dabei werden Pflegeberufe, die aus ihrer Ausbildung das nötige Fachwissen über psychische Störungen und Erkrankungen bereits mitbringen, zusätzliche Kenntnisse über die psychische Entwicklung der Pubertät, Aufgaben in der Pubertät und mögliche Krisen bei der Bewältigung dieser Aufgaben ebenso erwerben müssen wie beispielsweise das Wissen um die Einflüsse von Peergruppe und Jugendkultur. Bei Sozialarbeitern und Sozialpädagogen verhält es sich in der Regel umgekehrt.

**Vernachlässigung,  
Kindesmisshandlung, sexueller  
Missbrauch**

Auch der Umgang mit Kindern und Jugendlichen, die die Erfahrung von Vernachlässigung, Kindesmisshandlung oder sexuellen Missbrauch gemacht haben, erfordert spezifische

Kenntnisse. Sozialarbeiter und Pädagogen, die oft ein fundiertes Wissen über prekäre Familiensituationen (Armut, Isolation, Exklusion) sowie die rechtlichen Aspekte, beispielsweise der Inobhutnahme haben, müssen sich möglicherweise gezielt in die eher biologisch-medizinischen Dimensionen einarbeiten, wenn es um das Erkennen von Symptomen beispielsweise eines Schütteltraumas, einer vernachlässigungsbedingten Unterernährung oder charakteristischer Hämatome geht. Die Arbeitsfelder der jeweiligen Berufsgruppen können sich durchaus überschneiden: Sowohl in der sozialpädiatrischen Klinik als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeiten Kinderkrankenschwestern und -pfleger und kooperieren mit Krankenhaussozialarbeitern und -pädagogen. Wie oben bereits beschrieben, kann aber auch die aufsuchende Arbeit mit problembelasteten Familien, jedenfalls wenn es um Säuglinge geht, von Kinderkrankenschwestern oder Hebammen durchgeführt werden, wengleich dies in Deutschland – insbesondere bei älteren Kindern – eine Domäne der Sozialen Arbeit ist. Diese

wiederum ist ganz wesentlich in der Jugendhilfe angesiedelt, die Maßnahmen begleitender familiärer Hilfe anbietet und koordiniert.

**Arbeitsfeld Krankenhaus/Integrierte Versorgung.** Dieses Arbeitsfeld beinhaltet zum einen Krankenhäuser der Basis- und Spitzenversorgung (Regelkrankenhäuser, Universitätskliniken) sowie Fach- und Rehabilitationskliniken (Psychiatrische Landeskrankenhäuser, Reha-Kliniken), zum anderen aber auch Tageskliniken, Ambulanzen sowie andere Einrichtungen der integrierten Versorgung. In diesem Zusammenhang wird exemplarisch auf koronare Herzerkrankungen, zum anderen auf Krebserkrankungen eingegangen. Beiden Krankheitsgruppen ist gemeinsam, dass sie für die Betroffenen oft einschneidende und krisenhaft erlebte Veränderungen mit sich bringen, die zumindest temporär oft auch als lebensbedrohlich erlebt werden. Beide Krankheitsbilder können (müssen es aber nicht zwangsläufig) mit schweren seelischen Krisen einhergehen und eine eventuelle Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme wird in der Regel nicht nur die krankheitsbedingten Funktionseinbußen, sondern auch die subjektiv erlebten psychischen und sozialen Krisen fokussieren. In gewissem Maße bereits in der Akutbehandlung, vor allem aber in der späteren Rehabilitationsarbeit, wird es darauf ankommen, dem Betroffenen zu helfen, trotz und mit diesen Krisenerfahrungen und eventuell bleibenden Sorgen wieder seelisch und sozial Fuß zu fassen. Nicht jeder, der beispielsweise an einer Krebserkrankung erkrankt ist, bedarf der Beratung durch einen Sozialarbeiter. Mitunter sind andere Berufsgruppen (Seelsorger, Hausarzt, Psychologe) gefordert. Oft ist der Betroffene, vielleicht mit Hilfe von Freunden und Angehörigen, von sich aus in der Lage, diesen schweren Schicksalsschlag zu meistern. Im Einzelfall jedoch können Pflegende, die zumindest im Krankenhaus und in der Rehabilitation oft den engsten und zeitlich intensivsten Kontakt zu den Patienten haben, wichtige Ansprechpartner sein, und nicht selten sind sie es, die auf den Krankenhaussozialdienst und die Möglichkeiten finanzieller und rechtlicher Beratung sowie problemklärender Gespräche und weiterführender Maßnahmen hinweisen.

Während Krankenschwestern und Pfleger oft ein langjährig erworbenes Wissen um spezifische Bedürfnisse beispielsweise von Krebskranken nach emotionaler Zuwendung, Schmerzlinderung und sehr spezifischen Hilfen haben, besitzt der Sozialarbeiter unter anderem Schnittstellenkompetenz, die auch über den eigentlichen Krankenhausaufenthalt hinaus weist und Wege zu Beratungsstellen, Rehabilitationskliniken, Selbsthilfegruppen oder adjuvanten Maßnahmen (beispielsweise Entspannungstraining nach Jakobson) ebnet.

**Schnittstellenkompetenz**

**Sozialpsychiatrie.** Deutlicher noch als im eben genannten Kapitel wird die synergistische Arbeit von Pflege, Sozialer Arbeit und Pädagogik im Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie. Dieses Arbeitsfeld umfasst unter anderem akutpsychiatrische Kliniken, Langzeitstationen, Tageskliniken, Übergangseinrichtungen, Wohngruppen, psychosoziale Zentren, den begleitenden psychosozialen Dienst des Gesundheitsamtes, Zugewinnfirmen und Arbeitstrainingsstätten und eine Reihe anderer Einrichtungen, die in den entsprechenden Kapiteln vorgestellt werden. In all diesen Einrichtungen finden sich in der Regel sowohl Angehörige der Pfl-

geberufe (insbesondere sozialpsychiatrisch weitergebildete Krankenschwestern und -pfleger) als auch der Sozialen Arbeit (häufig mit sozial- oder familientherapeutischer Zusatzausbildung). Hier vorgestellt werden exemplarisch zum einen die Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, zum anderen die Depression. Beide Erkrankungen sind von epidemiologischer Bedeutung, etwa 1% aller Menschen erleiden – kulturunabhängig – im Laufe ihres Lebens eine schizophrene Psychose, die Häufigkeit von behandlungsbedürftigen Depressionen liegt bei über 20%. Gerade bei so schweren psychiatrischen Erkrankungen wie den hier vorgestellten ist das Wissen um biologisch-psychisch-soziale Zusammenhänge besonders wichtig. Auch die Behandlung dieser beiden Störungen ist mehrdimensional und umfasst neben den biologisch-medizinischen sowie den im engeren Sinne psychotherapeutischen vor allem auch sozial- und milieuthérapeutische Maßnahmen, beispielsweise, wenn es um eine nicht überfordernde, gleichzeitig fördernde Milieugestaltung, um die Freizeitgestaltung, die Beziehungsgestaltung, das Erlernen adäquater Kommunikationsformen oder die Wiedereingliederung in gesellschaftliche Bezüge geht. In pädagogischer Hinsicht ist vor allem die Psychoedukation, also die Wissensvermittlung und die Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung, aber auch die Gruppenarbeit (nicht zuletzt auch in Selbsthilfegruppen) sowie die trialogische Arbeit zwischen Betroffenenem, Angehörigen und professionellem Mitarbeiter von großer Bedeutung.

Sozialstabilisierende Maßnahmen, Struktur fördernde und Halt gebende Angebote sowie eine adäquate Versorgung im Hinblick auf Wohnungs- und Arbeitssituation sind neben Medizin und Psychotherapie die dritte, oft ausschlaggebende Säule, wenn es um eine langfristige und langhaltige Besserung des Gesundheitszustandes geht. Gerade in diesem dritten psychosozialen Bereich spielen Pädagogen und Sozialarbeiter eine ausschlaggebende und nicht mehr weg zu denkende Rolle.

**Arbeitsfeld Suchthilfe.** Es umfasst den klinischen Bereich, dort insbesondere Entgiftungsstationen und Entzugskliniken, aber auch Drogenberatungsstellen, Wohngruppen und Übergangswohnheime für abhängige Menschen, die Begleitung von Selbsthilfegruppen, Einrichtungen der präventiven Arbeit (z. B. in kommunaler Trägerschaft) und vieles mehr. Zu den Suchterkrankungen werden die nicht stoffgebundenen Süchte wie die Spielsucht und die Abhängigkeit von virtuellem Medienkonsum gezählt, während stoffgebundene Süchte vom Heroin-/Morphintyp, Alkohol-/Barbiturattyp, Kokain-/Amphetamintyp, Nikotintyp usw. sein können. Es wäre sicher interessant, zumindest auf die Heroinabhängigkeit, die neuen Designerdrogen, dem Cannabiskonsum, die Nikotinabhängigkeit sowie die wichtigsten nichtstoffgebundenen Süchte einzugehen, doch würde das den Rahmen dieses Buches sprengen.

**Alkoholkrankheit** Stattdessen wird auf die zumindest epidemiologisch wichtigste Abhängigkeit, nämlich die Alkoholabhängigkeit bzw. die Alkoholkrankheit eingegangen. Sowohl ein Großteil stationär aufgenommenen Patienten als auch ein außerordentlich großer Teil der Klienten sozialer Arbeit haben wenigstens indirekt mit Alkoholproblematik zu tun. Auf die epidemiologischen Zahlen wird an ent-

sprechender Stelle noch eingegangen. Darüber hinaus ist die Alkoholkrankheit meistens mehrdimensional bedingt, so dass dem „bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell“ hier eine besondere Bedeutung zukommt. Und schließlich äußern sich die Schwierigkeiten und die Verelendung auf körperlicher (Stichwort Leberzirrhose), psychischer (alkoholbedingte Depression) und sozialer (Scheidung, Arbeits- und Wohnungsverlust) Ebene. Die Begleitung und Behandlung alkoholkranker Menschen ist sehr vielfältig und vielschichtig. Sozialarbeiter begegnen Alkoholkranken auf der Entgiftungsstation, aber auch in anderen stationären Bezügen – beispielsweise in der Unfallchirurgie oder auch auf internistischen, neurologischen oder psychiatrischen Stationen – je nachdem, welche Folgeschäden vorliegen. Sozialarbeiter werden auch in anderen Kontexten mit Alkoholkrankheit konfrontiert, in der Schuldnerberatung, in der Begleitung gewaltverübender Familien, bei Obdachlosigkeit ihrer Klienten und in anderen Bezügen.

**Arbeitsfeld Behindertenhilfe, Heilpädagogik und Rehabilitation.** Dazu gehören spezielle Rehabilitationskliniken und Einrichtungen, Wohngruppen für behinderte Menschen, Werkstätten für Menschen mit Behinderung, heilpädagogische Förderzentren, Förderschulen und natürlich auch spezielle Stationen in Krankenhäusern (beispielsweise orthopädische oder neuropädiatrische Stationen). Auch wenn in erster Linie Heilerziehungspfleger und Heilpädagogen mit der langfristigen Begleitung behinderter Menschen betraut sind, werden je nach Art und Ausprägung der Behinderung auch pflegende und zunehmend und in besonderem Maße Sozialpädagogen und Sozialarbeiter in diesem Arbeitsfeld anzutreffen sein. Wegen der Häufigkeit bzw. epidemiologischen Relevanz, aber auch den damit verbundenen psychosozialen Fragestellungen, soll exemplarisch auf Mobilitätsbehinderung eingegangen werden. Krankenschwestern und Pfleger sind in der Regel Ursachen, Erscheinungsbilder und körperliche Funktionseinschränkungen von Behinderungen geläufig, während Sozialarbeiter und Pädagogen naturgemäß eher auf das Handicap, d. h. die Behinderung, die Betroffene durch physische und soziale Barrieren erleiden, achten. Beides hängt aber miteinander zusammen. In sozialmedizinischer Hinsicht kommt es wesentlich darauf an, Barrieren zu reduzieren und den Betroffenen Teilhabe zu ermöglichen. Schlagworte wie Integration (also das Einbetten in gegebene und eine Gesellschaft prägende Strukturen), das Normalitätsprinzip (also das selbstverständliche Recht auf eine angemessene und im soziokulturellen Kontext übliche Lebensführung), das Assistenzprinzip (also das Recht auf Selbstbestimmung und Assistenz statt Bevormundung) sowie das bereits erläuterte Inklusionsprinzip sind hier zu nennen. Neben Pflege und sozialer Arbeit kommt vor allem auch der Pädagogik (Rehabilitationspädagogik, Heilpädagogik und schulische Förderpädagogik) eine besondere Rolle zu, wenn es um Empowerment (die Befähigung) zu Eigenständigkeit und Autonomie sowie um gezielte Förderung geht.

Hinsichtlich der Mobilitätsbehinderung wird es darauf ankommen, vor allem auch physikalische Barrieren abzubauen und behinderten Menschen freien Zugang und damit Teilhabe zu allen sie interessierenden sozialen und kulturellen

Bereichen zu gewähren. Und schließlich gilt es, Stigmatisierungen entgegen zu wirken, die zu einer Diskriminierung und zu einem Ausschluss ganzer Bevölkerungsgruppen führen könnten.

**Arbeitsfeld Prävention, Gesundheitserziehung und Public Health.** Diese öffentlichkeitsbezogene Aufgabe findet sich vor allem im letzten hier vorzustellenden Arbeitsfeld Prävention, Gesundheitserziehung und Public Health wieder. Als Beispiele werden hier die erworbene Immunschwäche AIDS (bzw. im Vorfeld die HIV-Positivität) sowie das Metabolische Syndrom vorgestellt. Letzteres umfasst spezifische Fettstoffwechselstörungen, Übergewicht, Diabetes und Bluthochdruck und ist inzwischen – jedenfalls in unseren Breiten – als „Volkskrankheit“ anzusehen. Sehr viel individuelle Lebensqualität sowie relativ kostengünstige Verlängerung des Lebens ließe sich erreichen, wenn wir unser Gewicht reduzieren, unseren Fettstoffwechsel in Ordnung bringen und uns mehr bewegen würden – wenn es nötig ist. Diabetes und Bluthochdruck sind wesentlich mit diesen Faktoren verknüpft und führen ihrerseits nicht selten zu Folgeerkrankungen, beispielsweise Herzinfarkt, Krebserkrankung oder Schlaganfall. Nicht selten geht das Metabolische Syndrom aber auch mit depressiven Verstimmungen sowie süchtigen Verhaltensweisen (insbesondere der bereits erwähnten Alkoholabhängigkeit) einher, obwohl Depression und Sucht nicht primär zum Definitionsbereich des Metabolischen Syndroms gehören. Jedenfalls ist es mit Aufklärung über diese Störung nicht getan – eine Veränderung der Bewegungs-, Ernährungs- und letztlich Lebensgewohnheiten ist immer ein biologisches, psychisches und soziales Geschehen, das viel Geduld, lange Zeiträume und vor allem eine entsprechende Motivation erfordert. Die „gesundheitliche Aufklärung“ ist eine anspruchsvolle, äußerst schwierige und nicht immer erfolgreiche Angelegenheit und muss in jedem Fall die Wünsche, biografischen Erfahrungen und Lebenswelt ihrer Adressaten berücksichtigen.

#### Beispiel AIDS

Das zweite gewählte Thema, die HIV-Positivität und die AIDS-Erkrankung, ist in mehrfacher Hinsicht von sozialmedizinischer Bedeutung. Zum einen handelt sich um ein Beispiel einer epidemiologisch bedeutsamen Infektionskrankheit, deren Verbreitung uns wichtige Hinweise über grundlegende epidemiologische sozialmedizinische Phänomene gibt. Aber nicht nur diese epidemiologisch-biologischen Grundlagen sind von Interesse – wie bei kaum einer anderen Erkrankung bestand (und besteht zum Teil noch) die Gefahr der Marginalisierung und Stigmatisierung von Bevölkerungsgruppen und der Etikettierung einer mitunter vorurteilsbehafteten Erkrankung. Aufklärung über AIDS und die Verhütung der Erregerübertragung ist immer auch eine gesellschaftspolitische Herausforderung. Darüber hinaus zeigt sich hier auch eine eminent wichtige pädagogische Dimension – insbesondere im Rahmen der Sexualpädagogik. Und schließlich gibt es besondere Gruppen, beispielsweise Heroinabhängige, deren Multimorbidität und oft genug auch soziale Verelendung meist Hand in Hand gehen.

Gerade auch die Aufklärung über AIDS, aber auch die Begleitung und Betreuung HIV-Positiver, bzw. AIDS-Erkrankter gehört zu den Aufgaben pädagogischer und sozialer Berufe. Während in Deutschland Aufklärung über Ansteckungsgefahren im Rahmen der Sexualaufklärung oder die Information

und Begleitung bestimmter Zielgruppen eher Domäne der Pädagogen und Sozialarbeiter ist, wird diese Aufgabe im angelsächsischen Raum, beispielsweise in Schottland, durchaus von „Public-Health-Nurses“ wahrgenommen, sogar im Rahmen eines präventiven Streetworks. Die Begleitung AIDS-Kranker vor allem im fortgeschrittenen Stadium umfasst in der Regel sowohl pflegerische als auch soziale Betreuung. Entsprechende Arbeitskreise und Einrichtungen wie beispielsweise das Berliner AIDS-Hospiz in Trägerschaft des Franziskanerordens sorgt nicht nur für eine angemessene, Leid reduzierende und empathische pflegerische Versorgung Betroffener, sondern versucht auch Versöhnungsarbeit bei familiären Missverständnissen sowie das Anknüpfen von Beziehungen zu leisten. Im Bedarfsfall geht es auch um die Klärung rechtlicher und finanzieller Angelegenheiten.

Anhand dieser Beispiele von Störungen und Schwierigkeiten sowie ihrer psychischen und sozialen Implikationen sollen exemplarisch wesentliche Herausforderungen an pädagogische sowie Soziale Arbeit in sozialmedizinisch relevanten Arbeitsfeldern aufgezeigt und vertieft werden. Im Folgenden wollen wir uns diesen Arbeitsfeldern zuwenden.

## 1.4 Sozial unterstützende Maßnahmen und Interventionen

Angehörige sozialer, pädagogischer und pflegender Berufe sind weniger mit Diagnostik und Heilung somatischer und psychischer Erkrankungen betraut, als vielmehr mit der Unterstützung der sie aufsuchenden oder der ihnen anvertrauten Menschen. Letztlich geht es darum, Menschen zu helfen, trotz und mit ihrer Krankheit ein würdevolles, gelingendes und teilhabendes Leben zu führen – sei es durch Pflege, sei es durch Beratung und unterstützende Maßnahmen. In einem Lehrbuch sozialmedizinischer Grundlagen werden in besonderer Weise die sozial unterstützenden Maßnahmen zu fokussieren sein. Da es sich hierbei um grundlegende Ansätze handelt, die der Intention dieses Buches entsprechend ein wichtiges Repertoire bei der Begleitung beispielsweise chronisch kranker Menschen in psychosozialen Notsituationen darstellen, soll an dieser Stelle kurz auf diese Begriffe eingegangen werden.

## 1.5 Krisenintervention

Das Wort Krise besteht im chinesischen aus zwei Zeichen, wobei das „wey“ Gefahr und das „ji“ Chance bedeutet. Das griechische Wort „krinein“ weist auf Scheidung und Wendepunkt hin, und das lateinische Wort „crisis“ meint einen Höhepunkt und einen Wendepunkt – im medizinischen Sinne beispielsweise den Höhepunkt einer Krankheit. Krisen sind Ereignisse, die eine besondere Belastung oder Bedrohung – wenigstens subjektiv, oft auch objektiv – des Betroffenen darstellen und ihn in ein erhebliches Ungleichgewicht bringen, so dass er sich zu verteidigen oder zu schützen herausgefordert fühlt. Bezeichnend für Krisen



sind, dass sie mit neuartigen Erlebnissen und Situationen einhergehen und oft einen begrenzten, punktuell gesetzten zeitlichen Ablauf haben.

### Zufalls-, Schicksals-, Entwicklungskrisen

Man kann zum einen Zufalls- oder Schicksalskrisen, zum anderen Entwicklungskrisen unterscheiden. Zu ersterem gehören Krisen infolge externer Faktoren, beispielsweise Unfälle, Verlusterlebnisse wie Tod oder Scheidung, Folgen von Krieg, Flucht und Vertreibung und anderes mehr. Entwicklungskrisen sind Begleiterscheinungen unvermeidlicher persönlicher Lebensentwicklungen, die oft in Stufen verläuft. So kann die Einschulung, die Reifung in der Pubertät, der Auszug aus dem Elternhaus, oder das Gründen einer Familie je nach Biografie und Situation durchaus auch als krisenhaft erlebt werden.

### Stressreaktion

Da unser Körper relativ stereotyp nicht nur auf biologische, physische und chemische Reize, sondern auch auf erhebliche psychische und soziale Belastungen nach einem „Alarmplan“ reagiert, sei hierauf kurz eingegangen: Bei extremen Belastungen reagiert der Körper mit einer sympathotonen Fight-or-flight-Reaktion, die ihn in höchste Anspannung und Leistungsbereitschaft versetzt, was sich körperlich beispielsweise in erhöhtem Blutdruck und beschleunigtem Herzschlag, erhöhter Atemfrequenz, Schweißausbruch und anderem äußert und psychisch als Stress erlebt wird. Vor allem in einer sogenannten „Alarmphase“ findet diese körperlich-emotionale Veränderung statt, in einer Phase der Anpassung an die erhöhten Anforderungen kann der Körper und die Psyche in der krisenhaften Situation möglicherweise über längere Zeit Widerstand entgegen setzen, bevor es in einer Erschöpfungsphase zum körperlichen und seelischen Zusammenbruch kommt – oft verbunden mit Zeichen der Erschöpfungsdepression.

Folgen der Krise sind unter anderem Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit, gesteigerte Anspannung, seelische und soziale Desorientierung und Verwirrung, die subjektiv erlebte Gefahr, die Dinge nicht mehr kontrollieren zu können, sowie gegebenenfalls eine zunehmende soziale Isolierung.

Eine Reihe von Krisensituationen können von den Betroffenen selbst und/oder mit Hilfe ihres sozialen Umfeldes gelöst werden – viele temporäre und als normal anzusehende Übergangskrisen in der Pubertät beispielsweise werden mit Hilfe von Peergruppenmitgliedern oder Lehrern gelöst. Andererseits können Krisen ein solches Ausmaß annehmen, dass sie entwicklungshemmend (beispielsweise zum Schulabbruch führen) oder akut bedrohlich bis lebensbedrohlich sind (beispielsweise suizidale Krisen). Solche Situationen erfordern eine sofortige Hilfe, meist eine Krisenintervention.



Unter Krisenintervention versteht man eine Form von Hilfe, die gezielt und methodisch am Krisenprozess ansetzt und bemüht ist, eine Zuspitzung der Krise bis zum Zusammenbruch zu verhindern und erste Schritte zur Lösung der mit der Krisensituation verbundenen Problematik mit dem Betroffenen zusammen zu erarbeiten. Ein wesentliches Kennzeichen der Krisenintervention ist die unmittelbare und aktive Hilfe ohne Zeitaufschub, da Krisen akute Notstände sind und keine Wartezeiten vertragen. Es geht um den schnellen und direkten Kontakt und eine sofortige beschützende, vom Problem distanzierende Hilfestellung. In der allerersten Phase der akuten Krisenintervention muss der Betroffene vor der Überforderung geschützt werden, so dass protektive, teilweise auch Autorität

ausstrahlende und Halt gebende Interventionen im Vordergrund stehen. Manchmal muss der Krisenhelfer stellvertretend für den Betroffenen Entscheidungen fällen, weil dieser es nicht kann.

Natürlich ist dies kein Dauerzustand – ein entscheidendes Ziel der Krisenintervention ist es, dem Betroffenen wieder zu seiner für ihn notwendigen Autonomie zu verhelfen, so dass er wichtige Entscheidungen zunehmend selbst fällen und die entsprechenden Maßnahmen einleiten kann. Dies setzt die Entwicklung neuer Coping-Strategien (Problemlösungsstrategien) voraus, da der Betroffene sich häufig mit einem Problem konfrontiert sieht, für dessen Lösung sein bisheriger Erfahrungsschatz nicht ausreicht. Krisenhelfer können in einer solchen zweiten Phase helfen, den Umgang mit der emotionalen Dimension der Krise zu thematisieren und zur emotionalen Entlastung beizutragen. Wesentlich kommt es darauf an, die Ich-Funktion des Betroffenen zu stützen, die Autonomie und die Fähigkeit, krisenhafte Situationen unter Kontrolle zu bringen, wenigstens teilweise wieder herzustellen sowie an den Problemen zu arbeiten, die der akuten Krise zugrunde liegen. Diese lassen sich in „Vordergrundprobleme“, die die akute Krise ausgelöst haben (beispielsweise Liebeskummer und die Trennung der Freundin) sowie Hintergrundprobleme (beispielsweise ein niedriges Selbstwertgefühl und die Sorge, nicht liebenswert zu sein) differenzieren. Neben der Arbeit mit dem Betroffenen selbst kann vor allem in einer späteren Phase der Krisenintervention auch das soziale Umfeld miteinbezogen werden.

Am Abschluss einer Krisenbehandlung, die immer kurzfristig ist und nicht mit einer langfristigen Therapie verwechselt werden darf, geht es zum einen darum, die aktuelle Situation zu analysieren und zu untersuchen, was sich geändert hat. Zum anderen geht es darum, dem Betroffenen zu verdeutlichen, welchen Anteil er selbst an der Lösung der krisenhaften Situation gehabt hat und welche neuen Ansätze und Copingstrategien sich ihm nun zur Verfügung stellen. Schließlich geht es darum, sich Gedanken darum zu machen, wie man in zukünftigen, möglicherweise ähnlichen Krisen vorgeht.

Dies ist beispielsweise bei psychosebelasteten Menschen ein besonders wichtiger Punkt: Sie müssen leider damit rechnen, von Zeit zu Zeit einen psychotischen Schub zu erleiden, der im Erleben des Betroffenen und in seiner konkreten Auswirkung oft sehr krisenhaft verläuft. Es ist wichtig, sich beizeiten auf künftige Krisen vorzubereiten, beispielsweise festzulegen, welche Hilfen man von Angehörigen, Ärzten und Psychotherapeuten in einer Zeit braucht, in der man diese Bedürfnisse psychosebedingt nicht mehr klar äußern kann.

**B**

Der Abschied von Betroffenenem und Krisenhelfer sollte bewusst gestaltet und von gegenseitiger Wertschätzung geprägt sein.