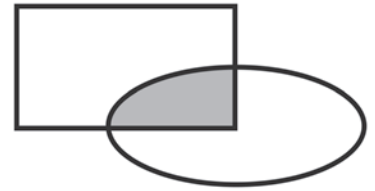


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



19. Jg. ■ Heft 3 ■ Juli 2023

Inhalt

Sport und Bewegung in der Klinischen Sozialarbeit

- 3 Editorial**
- 4 Die interdisziplinäre Relevanz zwischen Sporttherapie und Sozialer Arbeit**
Jörn Dummann & Alexander Putko
- 7 Menschen mit Behinderungen als Zielgruppe der Klinischen Sportsozialarbeit**
Frank Francesco Birk & Sandra Mirbek
- 10 Bestandsaufnahme von Sport und Bewegung in psychosozialen Einrichtungen im Bezirk Oberbayern**
Rainer Schliermann & Saskia Richter
- 2 Zu dieser Ausgabe: Autor*innen, Termine, Informationen, Wissenschaftlicher Beirat, Impressum
- 15 Rezension: Soziale Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen

Herausgeber

- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e. V.
- European Centre for Clinical Social Work e. V.
- Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

DVSG

Gemeinsam für die
gesundheitsbezogene
Soziale Arbeit

DGSA



sa'ges

Schweizerischer Fachverband
Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Herausgeber*innen und Autor*innen

Frank Francesco Birk, Dr. phil., Motologe M. A., Kindheitspädagogin B.A. & Straßenpädagogik DAS. Pädagogin in der Offenen Kinder- und Jugendhilfe.
Kontakt: frankbirk2003@yahoo.de

Jörn Dummann, Prof. Dr., M. A. Sportwissenschaft, FH Münster, Lehrgebiet Soziale Arbeit mit dem Schwerpunkt Sport.
Kontakt: dummann@fh-muenster.de

Sandra Mirbek, Prof. Dr. phil., Motologin M. A., Heilpädagogin B.A. & Straßenpädagogik DAS. Professorin für Heil- und Inklusionspädagogik an der IU Internationale Hochschule.
Kontakt: sandra.mirbek@iu.org

Alexander Putko, M. A. Soziale Arbeit, FH Münster, Lehrgebiet Soziale Arbeit mit dem Schwerpunkt Sport.
Kontakt: Alexander.Putko@fh-muenster.de

Rainer Schliermann, Prof. Dr. phil. habil., Erziehungs- und Sportwissenschaftler, Sportspsychologe (asp/BDP), Professor für Erziehungswissenschaften & sozialwissenschaftliche Forschungsmethoden an der Ostbayerischen Technischen Hochschule (OTH) Regensburg.
Kontakt: rainer.schliermann@oth-regensburg.de

Saskia Richter, Sozialpädagogin (B. A.), pädagogische Fachkraft in der AWO-Sozialtherapeutischen Einrichtung in Traunreut.
Kontakt: sasirichter@gmx.de

Monique Ritter, Hochschule Zittau/Görlitz, Sozialarbeiterin B.A. und Management Sozialen Wandels M. A., Wissenschaftliche Mitarbeiterin; Arbeitsschwerpunkte: Gender- und diversitätssensible Hochschulentwicklung, Alltagsrassismus und rassismuskritische Soziale Arbeit.
Kontakt: monique.ritter@hszg.de

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner, Hochschule München

Prof. Dr. Silke B. Gahleitner, Alice Salomon Hochschule Berlin

Prof. Dr. Johannes Lohner, Hochschule Landshut

Prof. Dr. Helmut Pauls, Hochschule Coburg

Prof. Dr. Elisabeth Steiner, Fachhochschule FH Campus Wien

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst, Hochschule Mittweida

Impressum

Herausgeber:

DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (v.i.S.d.P.)

DGSA – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit

ECCSW – European Centre for Clinical Social Work e. V.

SAGES – Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Redaktionsteam:

Redaktionsleitung: Katarina Prchal

Heftverantwortung: Katarina Prchal,

Rainer Schliermann

Mitarbeit: Thomas Friedli, Karsten Giertz,

Yvonne Kahl, Gerhard Klug, Antonia Lammel,

Ingo Müller-Baron, Anna Lena Rademaker

Anzeigenakquise:

Ingo Müller-Baron,

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit

im Gesundheitswesen

E-Mail: ingo.mueller-baron@dvsg.org

Anschrift der Redaktion:

Redaktion „Klinische Sozialarbeit“

c/o Katarina Prchal

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit

im Gesundheitswesen

Alt Moabit 91, 10559 Berlin

E-Mail: katarina.prchal@dvsg.org

Layout, Grafik & Schlussredaktion:

Jill Köppe, Perfect Page, Karlsruhe

Clarissa Rosemann, Perfect Page, Karlsruhe

Druck:

Bachmann & Wenzel Offsetdruck GmbH, Karlsruhe

Erscheinungsweise:

viermal jährlich als Einlegezeitschrift in:

DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN: 1861-2466

Auflagenhöhe: 2.390 Exemplare

Copyright:

Nachdruck und Vervielfältigen, auch auszugsweise,

sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet.

Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten.

Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der

Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte

Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr

übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand.

Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel

redaktionell zu bearbeiten.

Kommende Ausgaben

4/2023 **Qualitätskriterien Sozialer Diagnostik**

(Redaktionsschluss: 15.6.2023)

1/2024 **Herausforderung Bundesteilhabegesetz – fachliche Impulse aus der Klinischen Sozialarbeit**

(Redaktionsschluss: 15.9.2023)

Informationen und Tagungshinweise

Von (sozial-)pädagogischer Nicht-Wahrnehmung zu professioneller Handlungskompetenz!

Die Fakultät für Angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften der Ostbayerischen Technischen Hochschule (OTH) Regensburg lädt in Kooperation mit der Fachgruppe Bewegung, Sport und Körper (DGSA) und der Arbeitsgemeinschaft Körper-Leib und Soziale Arbeit (OGSA) am **15. und 16. September 2023** an der Ostbayerischen Technischen Hochschule (OTH) Regensburg zu einer Fachtagung ein.

Ziel der Tagung ist es, sich in unterschiedlichen Formaten (Vorträgen, Panels, Workshops, Posterpräsentationen) den Thematiken Körper, Leib, Bewegung und Sport und ihren Verbindungen in der Sozialen Arbeit anzunähern. Gemäß den Anliegen der Fachgruppe und AG, die sowohl den wissenschaftlichen Diskurs in der Sozialen Arbeit rund um Körper, Leib, Bewegung und Sport als auch praktische und methodische Aspekte des Themas fördern wollen, sind Einreichungen zu folgenden Themenclustern erwünscht:

- Bewegung, Sport und Körper – mehr als „nice to have“?!
- Bewegung und Bewegt-sein – Leibkörper und Emotionen

Nähere Informationen finden Sie unter:

www.dgsa.de/fachgruppen/bewegung-sport-koerper

Save the Date: 3. Nationale SAGES-Fachtagung 2023 „Integrierte Versorgung: Rolle und Aufgaben der Sozialen Arbeit“

Die 3. Nationale Fachtagung des Schweizerischen Fachverbands Soziale Arbeit im Gesundheitswesen SAGES am **15. November 2023** widmet sich dem Thema der Integrierten Versorgung, die nach wie vor eher koordinierenden Charakter trägt. Die Fachtagung stellt sich die Frage, welche Rolle die Soziale Arbeit bei der Diskussion um ein fachlich fundiertes Verständnis einer Integrierten Versorgung einnehmen soll bzw. kann. Dazu werden ausgewählte Praxismodelle vorgestellt, welche u.a. die Kooperation zwischen den Professionellen über die gesamte Behandlungskette hinweg beschreiben und wie darin die Klient:innen und ihre Bezugspersonen in ihren Verhältnissen, beispielsweise den sozialen Netzwerken, der Wohn- und/oder Arbeitssituation und in ihrer Lebensführung adäquat berücksichtigt und unterstützt werden. In verschiedenen Austauschformaten werden sowohl das Potential der Sozialen Arbeit als auch die offenen Fragen hin zu einer finanzierten Integrierten Versorgung mit Berücksichtigung der sozialen Gesundheitsfaktoren ausgelotet. Dabei stehen Fragen und Antworten der Praxis ebenso auf dem Programm wie diejenigen der Politik. Eine breite und offene Diskussion soll dazu beitragen, die Positionierung von Professionellen der Sozialen Arbeit im Kontext der Integrierten Versorgung zu stärken.

Nähere Informationen finden Sie unter:

www.sages.ch/agenda/save-the-date-3-nationale-sages-fachtagung-2023-integrierte-versorgung-rolle-und-aufgaben-der-sozialen-arbeit/

3. Kongress der Teilhabeforschung Recht auf Teilhabe in allen Lebensbereichen!

Mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) durch die Bundesregierung (2009) und die schrittweise Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (seit 2018) ist die Forderung nach Teilhabe von Menschen mit Behinderung, das heißt die aktive Beteiligung von Menschen mit Behinderung am politischen, kulturellen und sozialen Leben der Gemeinschaft unabdingbar. Mit der Unterzeichnung der UN-BRK hat sich der Staat verpflichtet, die rechtlichen Voraussetzungen für soziale Reformen zu schaffen, die allen Menschen die Möglichkeit zur Partizipation eröffnen. Die Gesellschaft hat somit nicht nur eine normativ-moralische Verpflichtung, sondern auch den Auftrag, die eigenen rechtlichen Rahmenbedingungen, die gesellschaftliches (Zusammen) Leben und Teilhabemöglichkeiten und -unmöglichkeiten beeinflussen, zu prüfen, zu verändern und anzupassen. Im 14. Jahr nach der Ratifizierung zeichnet der dritte Teilhaberbericht der Bundesregierung jedoch ein mitunter kritisches Bild, vor allem, was die soziale Teilhabe am familiären und außerfamiliären Leben, die Ausbildung und berufliche Bildung sowie die positive Selbsteinschätzung von Menschen mit Beeinträchtigungen hinsichtlich ihres Gesundheitszustands betrifft.

Der Lehrstuhl für Pädagogik und Rehabilitation bei Menschen mit geistiger und komplexer Behinderung lädt in Kooperation mit dem Aktionsbündnis Teilhabeforschung am **21. und 22. September 2023 in Köln** herzlich zum 3. Kongress der Teilhabeforschung ein.

Unter dem Titel „Recht auf Teilhabe in allen Lebensbereichen!“ werden zum einen Erkenntnisse zum Stand der Umsetzung der UN-BRK thematisiert. Zum anderen soll die Forschung selbst in den Blick genommen werden und das Themenfeld zur Teilhabe an Forschung seinen Raum finden.

Nähere Informationen finden Sie unter:

www.teilhaforschung.org/kongresse/2023/ueberblick

Sport und Bewegung in der Klinischen Sozialarbeit

Sport und Bewegung hat sich als wirksame Handlungsmethode in der Sozialen Arbeit etabliert und ist in vielen Praxisfeldern der Sozialen Arbeit Konsens. Dies zeigt sich nicht zuletzt in der Qualifizierung zur sport- und bewegungsbezogenen Arbeit im Rahmen der akademischen Ausbildung, der sich auch die Fachgruppe „Bewegung, Sport & Körper“ der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) widmet. „Die Fachgruppe soll der Professionalisierung des Themenfeldes, der kritischen Reflexion, insbesondere der Entmythologisierung des Sports, sowie dem regelmäßigen fachlichen Austausch dienen: zwischen den Kolleg*innen mit Bewegungs-, Sport- und Psychomotorikschwerpunkt ebenso wie in die allgemeine Wissenschaft Soziale Arbeit hinein. Die Diskussion und Weiterentwicklung themenspezifischer Wissensbestände und Fragestellungen in Theoriebildung und Forschung sowie entsprechende Methoden und Handlungskonzepte und deren didaktische Vermittlung in Aus-, Fort- und Weiterbildung stehen im Vordergrund der Arbeit.“ (www.dgsa.de/fachgruppen/bewegung-sport-koerper, o.J.)

Diesem Ansatz verpflichtet sich das vorliegende Themenheft und fragt gezielt nach der Bedeutung und dem Beitrag von Bewegung und Sport für die Klinische Sozialarbeit.

Zahlreiche Studien belegen, dass regelmäßige Bewegungs- und Sportaktivität bei psychischen Krankheiten viele positive Effekte bewirkt. Neben Symptomlinderungen und Steigerungen des Wohlbefindens kann auch die somatisch-physische Gesundheit und Leistungsfähigkeit verbessert und die Komorbidität zusätzlicher Erkrankungen vermindert werden (Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. 2021; Dunn et al. 2005; Eggermont et al. 2006; Hölter 2011; Huber, Brooks & Meyer 2008). Jedoch zeigt sich, dass die angeleiteten Bewegungs- und Sportprogramme vor allem im stationären klinisch-psychiatrischen Kontext durchgeführt, evaluiert und standardisiert werden. Die

Klinische Sozialarbeit kann ihren Beitrag hier nicht deutlich vertreten und einfordern und demzufolge liegen für diesen Bereich kaum empirische Studien vor.

Das vorliegende Themenheft beginnt mit einer Verortung der Sozialen Arbeit in der Sporttherapie und verdeutlicht die interdisziplinäre Relevanz zwischen Sporttherapie und Sozialer Arbeit. Die Autoren Jörn Dummann und Alexander Putko heben in ihrem Beitrag die Bedeutsamkeit psychosozialer Aspekte Klinischer Sozialarbeit in der Sporttherapie hervor, die eine Interdisziplinarität der Sporttherapie erfordern. Der Sozialen Arbeit kommt hier eine besondere Bedeutung zu, da sie mit ihren Ansätzen innerhalb der Sporttherapie zur Unterstützung zur Bewusstseinsbildung mit dem Ziel der Persönlichkeitsentfaltung beitragen kann.

Frank Francesco Birk und Sandra Mirbek liefern mit ihrem Beitrag einen aktuellen Stand zu Sport- und Bewegungsangeboten für Menschen mit Behinderungen in der Klinischen Sozialarbeit. Derzeit existieren kaum Publikationen, die Klinische Sportsozialarbeit mit der Zielgruppe Menschen mit Behinderungen thematisieren. Der Beitrag möchte dieses Desiderat schließen und theoretische sowie praktische Grundlagen für die bewegungs- und sportorientierte Arbeit mit Menschen mit Behinderungen in der Klinischen Sportsozialarbeit darstellen. Birk und Mirbek verweisen auf das Adaptiv-inklusive Didaktik Modell (AiDM) (Birk & Mirbek 2021), das für Bewegungsangebote mit Menschen mit Behinderungen genutzt werden kann. Zudem werden Weiterbildungsmöglichkeiten im Rehabilitationssport vorgestellt, die als Grundlage dienen können, damit klinische Sozialarbeiter*innen mit Krankenkassen abrechnen können.

Der dritte recht umfassende Beitrag von Rainer Schliermann und Saskia Richter stellt die Studie „Bestandsaufnahme von Sport und Bewegung in psychosozialen Einrichtungen im Bezirk Oberbayern“ vor, in der 209 psychosoziale Einrichtungen mittels

standardisiertem Fragebogen befragt wurden und verweist auf den aktuellen Ist-Stand von Sport und Bewegung in Nachsorgeeinrichtungen für psychisch kranke Menschen – sogenannte psychosoziale Einrichtungen. Die Autor*innen wollen mit dieser Studie vor allem die Forschungslücke im außerklinisch-sozialpsychiatrischen Bereich schließen. Es zeigt sich, dass Sport- und Bewegungsprogramme in vielen psychosozialen Einrichtungen zwar angeboten werden, jedoch scheint dies insgesamt eher unsystematisch und kaum wissenschaftlich fundiert zu erfolgen. Viele verschiedene Berufsbilder sind zuständig für die jeweiligen Sport- und Bewegungsangebote und eine evidenzbasierte theoretisch-empirische Vorgehensweise lässt sich kaum wiederfinden. Letztendlich scheinen fehlende finanzielle Ressourcen, aus denen personelle, materielle und zeitliche Defizite resultieren, das größte Hindernis zu sein.

Insgesamt verdeutlichen alle Themenbeiträge, dass weiterführende sowie vertiefende theoretische und insbesondere empirische Untersuchungen zu bewegungs- und sportbezogenen Aspekten innerhalb der Klinischen Sozialarbeit anzuraten sind und somit zu einer weiteren Professionalisierung beitragen können.

Für die Redaktion

Rainer Schliermann und Katarina Prchal

Literatur:

Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (2021): **Was ist Sporttherapie und was ist Bewegungstherapie?** Online verfügbar: <https://dvgs.de/de/presse/sport-und-bewegungstherapie.html> (23.08.2021)

Dunn, A. L.; Trivedi, M. H.; Kampert, J. B.; Clark, C. G.; Chambliss, H. O. (2005): **Exercise treatment for depression: efficacy and dose response.** In: American Journal of Preventive Medicine, 28(1), S. 1–8.

Eggermont, L.; Swaab, D.; Luiten, P.; Scherder, E. (2006): **Exercise, cognition and Alzheimer's disease: more is not necessarily better.** In: Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 30(4), S. 562–575.

Hölter, G. (Hg.) (2011): **Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung.** Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Huber, G.; Brooks, A.; Meyer, T. (2008): **Bewegung und seelische Gesundheit.** In: PiD – Psychotherapie im Dialog, 9(04), S. 357–364.

Die interdisziplinäre Relevanz zwischen Sporttherapie und Sozialer Arbeit

Jörn Dummann & Alexander Putko

Ganzheitliche Soziale Arbeit kommt ohne Einbeziehung des Körpers nicht aus“ (Lützenkirchen 2016, S. 58). Vertreter*innen Sozialer Arbeit betonen, dass Sport eine enorme soziale Wichtigkeit hat, mit Blick auf die Bereiche der Persönlichkeitsentwicklung, soziale Bildung und Auswirkungen auf die Emanzipation (Krüger 2003, S. 1813 ff.). Diese drei Bereiche stellen Kernaufgaben der Sozialen Arbeit dar. Je nach individueller Problemlage und Rehabilitationsziel werden sport- und bewegungstherapeutische Interventionen von Sporttherapeut*innen durchgeführt (Pfeifer et al. 2018, S. 43 f.). Die Problemlagen stellen sich auf ihren Zielebenen als komplex dar. Zu deren Bewältigung sind Interventionen und Strategien zur Rehabilitation, Steigerung von Bewegung und körperlich-sportlicher Aktivität in verhaltens- und verhältnisorientierte Ansätze zu unterteilen (Tiemann 2021, S. 7). Aufbauend auf die genannten Kernaufgaben der Sozialen Arbeit wird die Lebensweltorientierung in diesem Beitrag als disziplinäres Konzept der Sozialen Arbeit mit Fokussierung auf die Ressourcenorientierung und Subjektorientierung in den Blick genommen, um die interdisziplinäre Relevanz zwischen der Sporttherapie und der Sozialen Arbeit herauszustellen.

Definition und Ziele

Der DVGS (Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V., o. J.) beschreibt die Sporttherapie als eine „bewegungstherapeutische Maßnahme, die mit geeigneten Mitteln des Sports gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen kompensiert, regeneriert, Sekundärschäden vorbeugt und gesundheitlich orientiertes Verhalten fördert. Sie beruht auf biologischen Gesetzmäßigkeiten und bezieht besonders Elemente pä-

dagogischer, psychologischer und soziotherapeutischer Verfahren ein und versucht, eine überdauernde Gesundheitskompetenz zu erzielen“ (DVGS o. J.). Die Sporttherapie ist damit im Kern mehrdimensional und bedient die körperliche, psychische und soziale Ebene (Huber & Schüle 2018, S. 4). Der Mensch wird als Subjekt in das Zentrum des Therapieprozesses gerückt, wobei der Individualität, also den Bedürfnissen, Erfahrungen und Wünschen der Klient*innen, eine zentrale Bedeutung zugeschrieben wird (Whybra-Döttelbeck & Bergmann Späti 2009, S. 11).

Ein umfassendes Sporttherapiekonzept entwickelt mehrere Zieldimensionen, um das übergeordnete Ziel einer weitgehenden Partizipation am normalen Leben zu erreichen.

Ein umfassendes Sporttherapiekonzept entwickelt mehrere Zieldimensionen, um das übergeordnete Ziel einer weitgehenden Partizipation am normalen Leben in Beruf, Familie und Gesellschaft zu erreichen, woraus sich eine Mehrdimensionalität des Handelns ableitet (Gerdes 2013, S. 39). Die Mehrdimensionalität ist in der Sporttherapie seit Jahrzehnten manifestiert: Ziel der Sporttherapie muss sein, „die Gesundheit im Sinne des psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens zu verbessern, Bewältigungskompetenzen zu erhöhen, sowie die personalen und sozialen Ressourcen zu stärken, um so langfristig das Krankheits- und Verletzungsma-

nagement von Klienten zu optimieren“ (Stoll & Schega 2003, S. 45). Ein nach dieser Annahme ableitbares psychosoziales Ziel der Sporttherapie liegt in der Veränderung der Zufriedenheit und Einstellung gegenüber dem eigenen Körper.

Nachgewiesene Effekte der Sporttherapie sind eine bessere Compliance (Therapiebereitschaft), eine verbesserte soziale Beziehung zwischen Behandler*innen und Klient*innen sowie eine Erhöhung der Lebensqualität. Dieses psychosoziale Ziel nimmt die Mehrperspektivität auf bewegungstherapeutischer, psychischer sowie sozialer Ebene auf (Banzer 2016, S. 335). Die Sporttherapie deckt in dieser Ausrichtung eine pädagogische, funktionelle und psychosoziale Dimension ab (Thiel & Mayer 2012, S. 124) und differenziert sich wie folgt in die

- spezielle Sporttherapie zur Kompensation von Defiziten und Funktionseinschränkungen mithilfe körperlicher Aktivität und die
- allgemeine Sporttherapie mit psychosozialen Aspekten im Vordergrund zur Stärkung des Wohlbefindens.

Die allgemeine Sporttherapie nimmt psychosoziale Aspekte auf, die zu einer positiven Persönlichkeitsentwicklung und Steigerung des Wohlergehens führen sollen. Insbesondere hier stellt sich die Interdisziplinarität als relevant heraus, wie u. a. der Selbstdefinition der Sozialen Arbeit zu entnehmen ist: „Soziale Arbeit engagiert Menschen und Strukturen, um sich den Herausforderungen des Lebens zu stellen und das Wohlbefinden zu steigern“ (IFSW 2014). Für die allgemeine Sporttherapie lassen sich nach Huber (2018) pädagogische Zielsetzungen auf den Ebenen der Aktivitäten (activities) und der Teilhabe (participation) ableiten. Diese eher unbewusst angesteuerten Ziele bilden

übergeordnete didaktische Vorgaben für die Sporttherapie:

- Vermittlung von sozialer Interaktion
- Vermittlung von Selbstwirksamkeit
- Stärkung der Kontrollwahrnehmung auf der körperlichen Ebene
- Vermittlung eines Alltagsbezugs

Für diese beschriebenen informellen Bildungsziele wirkt die Interdisziplinarität zwischen Sporttherapie und Sozialer Arbeit wesentlich. Denn die Unterstützung zur Bewusstseinsbildung mit dem Ziel der Persönlichkeitsentfaltung stellt eine Kernkompetenz der Sozialen Arbeit dar: „Ziel ist sowohl die Aktivierung, Erweiterung, Differenzierung und Integration der Informationsverarbeitungs-kompetenz als Zusammenspiel von Gefühls-/Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Kognitionsprozessen, die ein Verstehen der individuellen (Problem-) Situation in Wechselwirkung mit relevanten Merkmalen der soziokulturellen Umwelt ermöglichen“ (Staub-Bernasconi 2018, S. 275).

Ressourcenorientierung

Die Ressourcenorientierung bildet einen Kernbestand der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit. Die Ressourcenerschließung an sich bildet „[...] die älteste Arbeitsweise professioneller Sozialer Arbeit“ (ebd., S. 273). Soziale Hilfe erfolgt somit durch die Erschließung sowie Erweiterung der Ressourcen, wodurch auch die Partizipation gewährleistet wird (Löwenstein et al. 2020, S. 6). Die Erschließung ist notwendig, um Ressourcen zu aktivieren, damit menschliche Bedürfnisse befriedigt werden können und so Problemen entgegengewirkt werden kann. Dabei können Probleme auf drei Ebenen auftreten. Probleme mit Bezug auf

- körperliche Ausstattung (z. B. Krankheiten, Adipositas oder Magersucht mit psychischen und sozialen Folgeproblemen)
- sozioökonomische Ausstattung (z. B. Erwerbs- und Obdachlosigkeit)
- sozioökologische Ausstattung (z. B. negativer Stand des Sozialraumes, Bildung und physische sowie psychische Sicherheit) (ebd., S. 273)

Sozialarbeiter*innen haben den Auftrag, zu jedem Defizit eine Ressource

zu formulieren, an welcher angesetzt werden kann, um diese zu verstärken (von Spiegel 2021, S. 92).

„Sporttherapeutisches Handeln zielt auf den Erhalt und die Verbesserung funktionaler und psychosozialer Ressourcen des Patienten“ (Barz & Huonker 2010, S. 210). Sporttherapie soll die Selbsthilfemöglichkeiten (auch als Hilfe zur Selbsthilfe oder Ressourcenaktivierung im Rahmen der Sozialen Arbeit bekannt) der Klientel wecken (Huber 2018, S. 123). Sie zielt auf die Verbesserung von körperlichen Ressourcen, wie das Selbstwirksamkeitserleben und die Kontrollüberzeugung. Ebenso werden soziale Ressourcen tangiert, wie z. B. soziale Anerkennung und Netzwerkbildung (Lützenkirchen 2016, S. 52). Wird sich auf die rein körperliche Ebene bezogen, so muss die Fachkraft unterscheiden können zwischen nicht beeinflussbaren körperlich-genetischen Konstitutionen und den durch Verhalten veränderbaren körperlichen Ressourcen. Nur so kann ein Angebot zielorientiert gestaltet werden (Thiel et al. 2012, S. 110). Das Erkennen vorhandener Ressourcen und das Erschließen neuer Potenziale bildet auch in der Sporttherapie eine Kernaufgabe der Fachkraft. Ferner gilt es zu erkennen, wann engere therapeutische Beziehungen gelockert werden müssen, um eine geeignete Distanz zu schaffen, um das Selbsterlernen zuzulassen (Huber 2018, S. 131). Im Fachjargon der Sozialen Arbeit ist hierbei die Rede von der Antinomie Nähe und Distanz (Mennemann & Dummann 2022, S. 72).

Weiterhin finden sich in der Literatur Empfehlungen, die Sporttherapie nach den vier Wirkfaktoren der Psychotherapie zu gestalten. Diese vier Wirkfaktoren sind:

- 1) Ressourcenaktivierung
- 2) Problemaktualisierung
- 3) Aktive Hilfe zur Problembewältigung und
- 4) Klärungsperspektive (Oertel-Knöchel et al. 2016, S. 151)

Die Sporttherapie zielt darauf ab, personale Ressourcen zu stärken, um u. a. Krankheiten, die als Stress emp-

funden werden, zu bewältigen. Das Individuum nutzt die Ressourcen, um gegen subjektiv empfundene Stressoren, auch „daily challenges“ genannt, anzugehen. Doch noch vor der Frage nach der Stärkung sowie dem Verlust von und Zugang zu Ressourcen stellt sich die Frage nach einem Ressourcenpool: Welche Ressourcen hat und braucht das Individuum? Bei der Suche nach dieser Antwort wurde festgestellt, dass ein starkes soziales Netzwerk eine wichtige Ressource sein kann, um Menschen zur Sporttherapie zu bewegen, was anschließend zur Stärkung weiterer Ressourcen auf den Ebenen der körperlichen, sozioökonomischen und sozioökologischen Ausstattung führt (Stoll & Schega 2003, S. 41 f).

Die Nachhaltigkeit eines Sportangebotes, das durch die Sporttherapie an die Klientel herangetragen wurde, kann nur gewährleistet werden, wenn diese an individuelle Wünsche und Ressourcen angepasst wird (Lützenkirchen 2016, S. 32).

Eine Brücke zwischen der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit und der Sporttherapie bildet das folgende Zitat: „[...] für die sogenannten verhaltensbedingten Erkrankungen von zentraler Bedeutung ist, Einsichten zu verschaffen, Informationen zu vermitteln, sodass dadurch eine individuelle Gesundheitskompetenz (im Sinne einer Ressource) entwickelt werden kann.“ (Stoll & Schega 2003, S. 44). Daraus lässt sich eindeutig eine Nähe zwischen einer Ressourcenaktivierung in der Sporttherapie und dem Bildungsansatz in der Sozialen Arbeit erkennen.

Subjektorientierung

Die Subjektzentrierung nach Thiersch stellt sich neben dem Bildungsaspekt als ein Zugang dar, Aufgaben der Hilfe in den Lebensverhältnissen und im Ausgang vom Subjekt zu klären und zu strukturieren (Thiersch et al. 2011, S. 181). Die Subjektzentrierung setzt bei jeglicher sporttherapeutischen Betrachtung die Klient*innen konsequent in den Mittelpunkt.

In der Theorie zur Handlungs- oder Akteurskausalität (agent causality)

wird die Kausalität zur Diskussion gebracht. Agent causality erfasst die Autonomie der Handelnden. Sie basiert auf Alltags- und Lebensweltontologien und den ihnen entsprechenden Anschauungen. In der agent causality wird den Klient*innen die Fähigkeit zugesprochen, über die Handlungsgründe nachzudenken, zu reflektieren und selbst zu entscheiden, ob normativen Bestimmungen gefolgt werden soll oder nicht. Die Klient*innen stehen dadurch im Zentrum ihrer individuellen Lebenswelten. Alltagssituationen werden aus ihrer jeweils subjektiven Perspektive in ihren spezifischen Bezügen hergestellt (Birgmeier 2014, S. 69–71). Durch die subjektorientierte Sicht wird den Klient*innen eine Entscheidungsbefugnis zugeschrieben, Diagnosen und sporttherapeutische Planungen aktiv mitzugestalten und auch zu bewerten. Klient*innen uneingeschränkt als Expert*innen ihres Lebens zu postulieren, könnte allerdings als potenziell irreführend gesehen werden. Sie kennen ihre Wünsche, Träume und Ängste so gut wie niemand sonst. Aber sie können sich

Das Interesse am Alltag der Klient*innen erbringt für die Sporttherapie nebenwirkungsfreie und kostengünstige Therapieoptionen.

irren, was die Einschätzung der Realisierbarkeit dieser Zukunftsvorstellungen angeht und welcher Weg dorthin am erfolgreichsten ist (Staub-Bernasconi 2018, S. 255). Diese Kritik an der Subjektzentrierung, im subjektiven Urteilsvermögen zu sporttherapeutischen Angeboten eingeschränkt sein, führt zu einem Grundansatz der Sozialen Arbeit: der gelungenen Kommunikation zwischen Behandler*innen und Klient*innen. Dadurch ergeben sich für die Sporttherapie (nach Nellessen-Martens & Froböse 2011, S. 11) das Herstellen einer Beziehung und einer gemeinsamen Arbeitsebene durch Vereinigung der Fachkompetenz der

Behandler*innen und der Erfahrungen der Klient*innen. Dieses Interesse am Alltag der Klient*innen erbringt für die Sporttherapie nebenwirkungsfreie und kostengünstige Therapieoptionen, die sich an dem natürlichen Bewegungsverhalten der Klient*innen orientieren (Meßler 2021, S. 129).

Fazit

Erfolgversprechende Perspektiven in der sporttherapeutischen Behandlung lassen sich als Schnittpunkte von Subjekt und sportlicher Wirklichkeit begreifen. Sport sollte dementsprechend nicht einzig auf Leistung und Gesundheit fokussiert werden, sondern soziale und subjektive Komponenten mit einbeziehen. Eine alternative Perspektive stellt die Wahrnehmung der subjektiven Gesundheit und die Anerkennung der subjektiven Ziele der Klient*innen dar. Die Sporttherapie stellt diese Bedarfe und Ziele der Klient*innen konsequent in den Mittelpunkt. Eben diese Haltung wird durch eine Interdisziplinarität zwischen der Sporttherapie und der Sozialen Arbeit entwickelt und gehalten.

Literatur:

Banzer, W. (2016): **Körperliche Aktivität und Gesundheit: Präventive und Therapeutische Ansätze der Bewegungs- und Sportmedizin.** Berlin/Heidelberg: Springer.

Barz, M.; Huonker, M. (2010): **Sporttherapie – theoretische Grundlagen und praktische Anwendung.** In: Sport. Orthopädie – Traumatologie. Vol. 26 (2010) 4, S. 209–215.

Birgmeier, B. (2014): **Handlungswissenschaft Soziale Arbeit: Eine Begriffsanalyse.** Wiesbaden: Springer.

DVGS: **Deutscher Verband für Gesundheits-sport und Sporttherapie e. V.** (o. J.). Online verfügbar: <https://dvgs.de/de> (02.03.23)

Huber, G. (2018): **Zur pädagogischen Dimension der Sporttherapie.** In: Schüle, K.; Huber, G. (Hg.): Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie: Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzteverlag, S. 122–123.

Huber, G.; Schüle, K. (2018): **Einleitung.** In: Huber, G.; Schüle, K. (Hg.): Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, S. 1–8.

Huber, G. (2018): **Zu pädagogischen Dimensionen der Sporttherapie.** In: Huber, G.; Schüle, K. (Hg.): Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, S. 122–134.

Krüger, M. (2003): **Sport und Soziale Arbeit.** In: Otto, H.-U.; Thiersch, H. (Hg.): Handbuch Sozialarbeit – Sozialpädagogik. München: Luchterhand, S. 1813–1827.

Löwenstein, H.; Steffens, B. & Kunsmann, J. (2020): **Sportsozialarbeit. Strukturen, Konzepte, Praxis.** Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Lützenkirchen, A. (2016): **Theoretischer Hintergrund.** In: Lützenkirchen, A. (Hg.): Soziale Arbeit und Bewegung. Theorie und Praxis bewegungs-, sport-, und körperbezogener Interventionen. Lage: Jacobs Verlag, S. 17–68.

Mennemann, H.; Dummann, J. (2022): **Einführung in die Soziale Arbeit.** 4. aktualisierte und erweiterte Auflage. Baden-Baden: Nomos.

Meßler, C. (2021): **Hochintensives Intervalltraining (HIIT) als neuer Ansatz in der Sporttherapie bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung.** In: Deimel, H.; Thimme, T. (Hg.): Bewegungs- und Sporttherapie bei psychischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters (2., aktualisierte und erweiterte Aufl.) Baden-Baden: ACADEMIA, S. 123–149.

Nellessen-Martens, G.; Froböse, I. (2011): **Therapie – gemeinsames Handeln.** In: Froböse, I.; Wilke, C.; Nellessen-Martens, G.: Training in der Therapie: Grundlagen und Praxis. Amsterdam: Elsevier, S. 1–14.

Oertel-Knöchel, V.; Mehler, P.; Elsner, St.; Bremke, L. & Hänsel, F. (2016): **Übersicht über anwendungsbezogene Aspekte von Sporttraining bei psychischen Störungen.** In: Oertel-Knöchel, V.; Hänsel, F. (Hg.): Aktiv für die Psyche: Sport und Bewegungsinterventionen bei psychisch kranken Menschen. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 143–158.

Pfeifer, K.; Sudeck, G.; Brüggemann, S. & Huber, G. (2018): **Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Wirkungen, Qualität, Perspektiven.** In: Schüle, K.; Huber, G. (Hg.): Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie:

Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzteverlag, S. 110–121.

Staub-Bernasconi, S. (2018): **Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität** (2. vollst. überarb. u. aktual. Aufl.). Opladen & Toronto: Barbara Budrich.

Stoll, O.; Schega, L. (2003): **Ressourcenorientierte Sporttherapie. Ein Plädoyer für theoriegeleitete Forschung und Intervention.** In: Gesundheitssport und Sporttherapie 19/2003 Stuttgart: Thieme, S. 41–45.

Thiel, A.; Seiberth, K.; Mayer, J. (2012): **Sportsoziologie – ein Lehrbuch in 13 Lektionen.** Aachen: Meyer & Meyer.

Thiersch, H.; Grunwald, K.; Köngeter, St. (2011): **Lebensweltorientierte Soziale Arbeit.** In: Thole, W. (Hg.): Grundriss Soziale Arbeit: Ein einführendes Handbuch (4. Aufl.). Wiesbaden: VS, S. 175–196.

Tiemann, M. (2021): **Bewegung und körperlich-sportliche Aktivität – ein wichtiges Feld der Prävention und Gesundheitsförderung.** In: Tiemann, M.; Mohokum, M. (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung (1. Aufl.). Berlin/Heidelberg: Springer, S. 523–536.

von Spiegel, H. (2021): **Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit: Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis.** 7. durchgesehene Auflage, bearbeitete Ausgabe. München: Ernst Reinhardt.

Whybra-Döttelbeck, N.; Bergmann Späti, D. (2009): **Praxisbuch Sporttherapie: Prävention – Rehabilitation – Freizeitsport.** Aachen: Meyer & Meyer.

Menschen mit Behinderungen als Zielgruppe der Klinischen Sportsozialarbeit

Frank Francesco Birk & Sandra Mirbek

Menschen mit Behinderungen werden in der Sportsozialarbeit kaum thematisiert. In den Grundlagenwerken der Sportsozialarbeit (Koch et al. 2003; Lützenkirchen 2016; Löwenstein et al. 2020) sind kaum Bezüge zu Menschen mit Behinderungen zu finden. Die Untersuchung von Breuer (2002, S. 26) stellt dar, dass Menschen mit Behinderungen kaum eine Zielgruppe von sportsozialarbeiterischen Angeboten sind, denn nur 6,9 Prozent der sportsozialarbeiterischen Angebote haben Menschen mit Behinderungen als Zielgruppe. In den Grundlagenwerken der sogenannten Behindertenhilfe in der Sozialen Arbeit (Loeken & Windisch 2013; Röh 2018) sind wiederum keine Bezüge zur Sportsozialarbeit zu finden. Während Bewegungsangeboten grundsätzlich eine wichtige Rolle in der Förderung und Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen zukommt, finden „Sportbezogene sozialpädagogische Angebote [...] bislang kaum Platz“ (Löwenstein et al. 2020, S. 62). Somit wird deutlich, dass die Verbindung von Sportsozialarbeit als Methode der Sozialen Arbeit und der Zielgruppe Menschen mit Behinderungen noch sehr unzureichend stattfindet und diese in der Sportsozialarbeit kaum Beachtung finden sowie gleichzeitig die sozialarbeiterischen Strömungen, welche Menschen mit Behinderungen in den Fokus nehmen, wiederum die Sportsozialarbeit als Wirkungsfeld vernachlässigen. Dieser Beitrag schafft eine Verknüpfung beider Themen, indem er auf Menschen mit Behinderungen als Zielgruppe der Klinischen Sportsozialarbeit eingeht. Dazu wird auf das Adaptiv-inklusive Didaktik Modell (AiD^M) eingegangen, welches einerseits die Diversität der Zielgruppe Menschen mit Behinderungen und andererseits das inklusive Bewegungssetting berücksichtigt, sodass

Angebote der Sportsozialarbeit an die Bedürfnisse aller Menschen (und somit auch derjenigen mit Behinderungen) angepasst werden können.

Klinische Sportsozialarbeit

Die Sportsozialarbeit ist „zuerst Soziale Arbeit. Das heißt: Sport ist nicht das Ziel Sozialer Arbeit – im Sinne von Leistungssteigerung oder als Selbstzweck –, sondern eine Erweiterung der Interventionsmöglichkeiten“ (Löwenstein & Ott 2017, S. 299) im Bereich der lebensweltorientierten Methoden. Sportsozialarbeit umfasst „Bewegungs- und handlungsorientierte Methoden [...], um Herausforderungen auf verschiedenen Ebenen des Systems (z. B. Adressat*innen, Gesellschaft) bewusst zu machen und ggfs. zu bewältigen“ (Birk & Mirbek 2021b, S. 61). Ziele sind die „Integration/Inklusion, Befähigung zur Bewältigung von Herausforderungen und Sicherung des Wohlergehens unter Einbezug“ (ebd.) von Bewegung und Sport. Insbesondere im Arbeitsfeld der Klinischen Sportsozialarbeit der Kinder- und Jugendhilfe findet eine intensive Auseinandersetzung mit bewegungsorientierten Methoden statt. Knabs (1999, S. 157) Ergebnisse zeigen, dass folgende bewegungsorientierte Ansätze in der Kinder- und Jugendhilfe zu finden sind: Erlebnispädagogik, freies Spiel, Freizeitpädagogik, Psychomotorik/Motopädagogik, therapeutisches Reiten sowie Trainingslehre. Warum gibt es bislang kaum Angebote für Menschen mit Behinderungen in der Klinischen Sportsozialarbeit? Warum hat diese Zielgruppe hier bislang kaum Bedeutung und wie können Angebote für Menschen mit Behinderungen in der Klinischen Sportsozialarbeit umgesetzt werden? Wie können (Berührungs-)Ängste von Fachkräften sowie Barrieren abgebaut werden, sodass auch Menschen mit Behinderungen

an diesen Angeboten teilhaben können? Das Adaptiv-inklusive Didaktik Modell AiD^M bietet hierfür eine Grundlage.

Adaptiv-inklusive Didaktik Modell AiD^M

Menschen mit Behinderungen sind eine sehr heterogene Zielgruppe. Um dieser Heterogenität gerecht zu werden, kann das AiD^M in bewegungsorientierten Angeboten genutzt werden. Dieses Modell stellt eine Erweiterung des 6+1-Modells eines adaptiven Sportunterrichts (Tiemann 2016) dar. Zu den Dimensionen des AiD^M zählen: pädagogische Fachkraft, Teilhabe und Partizipation, Sozialform und Beziehungsgestaltung, Materialien, Hilfsmittel, Regeln und Aufgabenstellungen, Kommunikation und Sprache, Bewegungsraum und Bewegungsumfeld sowie Reflexion und Evaluation. Dabei erweitert das AiD^M das bisher vorherrschende 6+1-Modell eines adaptiven Sportunterrichts (ebd.) nicht lediglich um weitere Dimensionen wie Teilhabe und Partizipation oder Reflexion und Evaluation, sondern legt einen besonderen Fokus auf den Einbezug und die Mitgestaltungsmöglichkeiten der Adressat*innen als Expert*innen ihrer Barrieren und Bedürfnisse. Ein weiterer Unterschied ist die große Bedeutung der Reflexion und Evaluation, welche neben der Selbstreflexion und Selbstevaluation durch die pädagogischen Fachkräfte auch die gemeinsame, barrierearme Reflexion und Evaluation mit den Adressat*innen z. B. im Hinblick auf eine Barrierenanalyse der noch vorhandenen Teilhabeeinschränkungen einschließt. Zudem fokussiert das AiD^M nicht lediglich den Sportunterricht, sondern kann in verschiedensten Bewegungs- und Sportsettings eingesetzt werden sowie als „Grundlage für alle inklusiven Bildungsangebote (z. B. ästhetische

Tabelle 1: Dimensionen des Adaptiv-inklusiven Didaktik Modells (AiD^M)

(modifiziert nach Birk & Mirbek 2021a)

Dimensionen des AiD ^M	Inhalte
Pädagogische Fachkraft	<ul style="list-style-type: none"> • Qualifikationen zu Bewegung und Inklusion • regelmäßige Weiterbildung (formelle und informelle) • Zusammenarbeit mit Eltern • personelle Ressourcen (z. B. Dolmetscher*innen, Assistenzkräfte) • (Selbst-)Reflexion • wertschätzende Haltung
Teilhabe und Partizipation	<ul style="list-style-type: none"> • Menschen (mit Behinderungen) als Expert*innen für ihren Bildungsweg • demokratische Prozesse in allen Dimensionen (z. B. Spielauswahl, Raumgestaltung) schaffen • Kritik der Kinder Raum geben, ernst nehmen und Verbesserungen gemeinsam durchführen
Sozialform und Beziehungsgestaltung	<ul style="list-style-type: none"> • unterschiedliche Sozialformen (z. B. Kleingruppen oder Partnersysteme) einbeziehen • Kooperative Spielformen fokussieren • falls Vergleichs- bzw. Wettkampfspiele durchgeführt werden, erfolgt eine Aufteilung in möglichst gleich starke Gruppen • bei den Gruppen- und Aufgabenverteilungen werden individuelle Stärken berücksichtigt • bewegungsorientierte Beziehungsdimensionen füreinander, Nebeneinander, Miteinander und Gegeneinander – je nach Entwicklungsstand der Kinder – einsetzen (Sherborne 1990, Mirbek 2017)
Materialien & Hilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassen der Materialien (unterschiedliche Ausführungen eines Spielgerätes, Nutzung verschiedener Materialien z. B. zur Entschleunigung bzw. Entstandardisierung des Spiels) • Nutzen von Hilfsmitteln (z. B. Rollstuhl) • Anpassen von Mobiliar für die Räumlichkeiten
Regeln und Aufgabenstellungen	<ul style="list-style-type: none"> • Regeln und Aufgabenstellungen können für sehr bewegungs(un)kompetente Kinder vereinfacht oder erweitert werden (gleichwertige Konkurrenz:tinnen) • Anpassen von Material (z. B. kleinere Tore, andere Zielfelder) • Strukturierung des Bewegungsraums (z. B. Spielfeld in unterschiedliche Zonen einteilen) • Binnendifferenzierung mit vielen Lösungs- bzw. Experimentiermöglichkeiten
Kommunikation und Sprache	<ul style="list-style-type: none"> • leicht verständliche Sprache • Unterstützte Kommunikation (z. B. Talker) • sprachliche Begleitung von Handlungen • Visualisierungen (z. B. Piktogramme) • akustische Signale
Bewegungsraum und Bewegungsumfeld	<ul style="list-style-type: none"> • Raum und Umfeld werden entsprechend den Bedürfnissen der Adressat:innen (z. B. Aktivitäten, Entspannung, Klarheit/Struktur, Rückzugsmöglichkeiten) gestaltet • Barrierenanalyse (z. B. Beleuchtung, Geräuschkulisse, mobile Hindernisse, bauliche Maßnahmen) im Innen- und Außenraum durchführen
Reflexion und Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • gemeinsame Reflexion und Evaluation • gemeinsame Barrierenanalyse über noch vorhandene Teilhabeeinschränkungen • nicht-verbale Methoden für die Reflexion und Evaluation zur Verfügung stehen (z. B. Bildkarten) • Hilfestellungen ermöglichen (z. B. Inklusionsassistent*innen)

Bildung, Sprachförderung, naturpädagogische Angebote, Erlebnispädagogik, Heilpädagogische Rhythmik) in der Pädagogik (der frühen Kindheit)" (Birk & Mirbek angenommen) dienen. Die einzelnen Dimensionen des AiD^M werden in der nebenstehenden Tabelle mit den dazugehörigen Inhalten dargestellt.

Dies ist die erste Publikation, die AiD^M in die (Klinische) Sozialarbeit transferiert. Durch dieses Modell können u. a. Bewegungs- und Sportangebote für heterogene Gruppen gestaltet werden. Hierbei wird insbesondere die Zielgruppe Menschen mit Behinderungen fokussiert. Das Modell kann im inklusiven Setting (für Menschen mit und ohne Behinderungen) sowie im separativen Kontext (ausschließlich Menschen mit Behinderungen) angewandt werden. Es ist eines der wenigen Modelle, das die Teilhabe und Partizipation von allen Menschen fokussiert, konkrete Dimensionen benennt, in denen Handlungsbedarfe vorliegen, sowie Anregungen für Reflexion und Anpassungen gibt. Dazu gehört u. a., dass die Angebote mit den Adressat*innen reflektiert sowie evaluiert werden und dabei alle Adressat*innen, unabhängig von ihren (kommunikativen) Einschränkungen die Möglichkeit erhalten ihre Erfahrungen zu schildern und „im Rahmen einer Barrierenanalyse über noch vorhandene Teilhabebeeinträchtigungen berichten, welche beispielsweise die Räumlichkeiten oder die verwendeten Materialien sowie die genutzten Sozialformen, Regeln oder Aufgabstellungen betreffen" (Birk & Mirbek 2021a, S. 55).

Für die Reflexion bzw. Evaluation oder die Barrierenanalysen ist es wichtig alters- und entwicklungsgerechte Methoden zu nutzen, die auch bei bestehenden (z. B. körperlichen oder sprachlichen) Einschränkungen verwendet werden können, sodass jede Rückmeldung und Meinung aufgenommen werden kann. Dafür sollten u. a. „nicht-verbale Methoden für die Reflexion und Evaluation zur Verfügung stehen (z. B. Bildkarten, das Anbringen von Klebepunkten, Gesten/

Zeigen) sowie Hilfestellungen gegeben werden (z. B. Inklusionsassistent*innen, Hilfsmittel)" (ebd.).

Ein weiterer wichtiger Punkt hierbei ist die Qualifikation bzw. die Weiterbildung der Fachkräfte, zu der zum einen erweiterte Kompetenzen zu Inklusion und Bewegung/Sport gehören. Zum anderen ist hier auch die Möglichkeit der Weiterqualifizierung im Bereich der Rehabilitationssports zu nennen, durch welche eine Möglichkeit zur Abrechnung der Bewegungsstunden mit den Krankenkassen geschaffen wird.

Rehabilitationssport in der Klinischen Sozialarbeit

Rehabilitationssportangebote sind ausschließlich für Menschen mit Behinderungen bzw. chronischen Erkrankungen gedacht. Bewegung als Medium eignet sich gut in der Rehabilitation für Menschen mit Beeinträchtigungen bzw. chronischen Erkrankungen (BZgA 2016, S. 37). Hier gibt es verschiedene fachliche Schwerpunkte, welche u. a. in Orthopädie, Innere Medizin, Sensorik, Neurologie, Geistige Behinderung, Psychiatrie, Breiten- und Leistungssport gegliedert sind (Loose 2010, S. 164). Weiterbildungen hierzu können bei den Behindertensportverbänden bzw. den jeweiligen Landessportverbänden absolviert werden.

Häufig erhalten Adressat*innen keine Überweisung für bewegungstherapeutische Verfahren wie Ergotherapie oder Physiotherapie mehr, sondern der Arzt stellt „eine Verordnung für eine Rehabilitationsmaßnahme aus. Der Rehabilitationssport ist eine ärztliche Verordnung, die außerhalb des Heilmittelkataloges Gültigkeit hat und aus diesem Grund häufig als akzeptable Alternative von ärztlicher Seite gesehen wird" (ebd., S. 164).

Die Klinische Sportsozialarbeit kann durch den Rehabilitationssport mit der Krankenkasse abrechnen, dennoch wird diese Möglichkeit bislang kaum bis gar nicht genutzt, obwohl diese eine große Chance für die Finanzierung der Angebote bietet. Dies könnte den Sportangeboten für Menschen mit Behinderungen in der Sozialen Arbeit

Auftrieb gehen und zu einer weiteren Verbreitung der Angebote und einer besseren und breiten Zugänglichkeit für die Zielgruppe beitragen.

Abschließende Betrachtung

Insgesamt kann man feststellen, dass Menschen mit Behinderungen bislang in der (Klinischen) Sportsozialarbeit kaum thematisiert werden. Das AiD^M stellt dabei ein Modell dar, welches die Partizipation insbesondere von Menschen mit Behinderungen fokussiert, damit sie an den Angeboten gleichberechtigt mit Menschen ohne Behinderungen teilhaben können. Wichtig ist hierbei, nicht lediglich das Mitmachen durch die Bereitstellung von Hilfsmitteln oder die Reduktion von Aufgaben oder Anforderungen bzw. die Abschaffung bzw. Reduktion von Barrieren zu ermöglichen, sondern eine gleichberechtigte Teilhabe zu erreichen, bei welcher die Herausforderungen und Wünsche der Menschen mit Behinderungen beispielsweise im Rahmen von Barrierenanalysen oder Reflexionen bzw. Evaluationen aufgenommen werden und beispielsweise durch Entstandardisierungen von Spielen oder Sportmaterialien herausfordernde und freudvolle Spielsituationen für alle Teilnehmenden entstehen. Eine gute Grundlage für die Sportsozialarbeit ist hierbei, dass bewegungsorientierte Verfahren in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen, v. a. im Bereich der frühkindlichen Förderung und des Rehabilitationssports, bereits sehr gut anerkannt sind und hier einzig die sozialpädagogische Orientierung fehlt, sodass hier lediglich eine Zusammenführung von Sportsozialarbeit und der Zielgruppe der Menschen mit Behinderungen erforderlich ist und nicht erst um die Anerkennung der Wirksamkeit von bewegungs- oder sportbezogenen Angeboten für diese Zielgruppe geworben werden muss. Im Bereich des Rehabilitationssport können klinische Sportsozialarbeiter*innen die Chance nutzen und einerseits passende Angebote für Menschen mit Behinderungen anbieten sowie andererseits Angebote der Sportsozialarbeit mit der Krankenkasse abrechnen und somit die Finanzierung der Angebote sichern.

→ Literatur S. 10

Literatur:

Birk, F. F.; Mirbek, S. (2021a): **Inklusive Bildung und Bewegung in der frühen Kindheit. Wege zu einer bewegungsorientierten Bildung für alle.** In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik, 27 (1), S. 50–56.

Birk, F. F.; Mirbek, S. (2021b): **Naturbezogene Sportsozialarbeit.** In: Sozialmagazin, 45 (1), S. 56–62.

Birk, F. F.; Mirbek, S. (angenommen): **Adaptiv-inklusives Didaktik-Modell (AiDM) – Bewegungsförderung inklusiv.** In: Praxis der Psychomotorik.

Breuer, C. (2002): **Das System der Sozialen Arbeit im organisierten Sport.** Köln: Sport & Sport.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2016): **Nationale Empfehlungen**

für Bewegung und Bewegungsförderung. Köln: Eigenverlag.

GKV-Spitzenverband (2017): **Durchführung einer Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Behinderung.** Berlin: Eigenverlag.

GKV-Spitzenverband (2021): **Leitfaden Prävention.** Online verfügbar: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/2021_Leitfaden_Praevention_komplett_P210177_barrierefrei3.pdf (09.11.2022)

Knab, E. (1999): **Sport in der Heimerziehung.** Frankfurt: Europäischer Verlag der Wissenschaften.

Loose, A.-C. (2010): **Rehabilitationssport für Menschen mit geistiger Behinderung.**

In: Praxis der Psychomotorik, 35 (3), S. 164–170.

Löwenstein, H.; Ott, C. (2017): **Der Pragmatismus in Erlebnispädagogik und sportbezogener Sozialer Arbeit. Traditionslinien und Perspektiven handlungsorientierten Lernens.** In: Soziale Arbeit. Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete, 66 (3), S. 299–305.

Löwenstein, H.; Steffens, B.; Kunsmann, J. (2020): **Sportsozialarbeit. Konzepte, Strukturen, Praxis.** Stuttgart: Kohlhammer.

Tiemann, H. (2016): **Konzepte, Modelle und Strategien für den inklusiven Sportunterricht – internationale und nationale Entwicklungen und Zusammenhänge.** Online verfügbar: www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/382/303 (09.11.2022)

Bestandsaufnahme von Sport und Bewegung in psychosozialen Einrichtungen im Bezirk Oberbayern

Rainer Schliermann & Saskia Richter

Die Psychosozialen Therapien bilden die dritte „Grundsäule“ der psychiatrischen Versorgung in Deutschland neben der Psychotherapie und Somatotherapie (Becker et al. 2016). In der Praxis sind sie meist in Kombination vorzufinden, um eine umfassende Versorgung gewährleisten zu können. Die Behandlung und Rehabilitation von psychisch erkrankten Menschen umfassen verschiedene Schwerpunkte. Grundlegende Ziele sind dabei die seelische und körperliche Stabilisierung, Motivations- und Ressourcenaktivierung bzw. -förderung und Entwicklung von Fähigkeiten (Jäckel 2010). Obgleich es eine klare Definition des Begriffs „psychosoziale Therapie“ nicht gibt, lassen sich darunter Maßnahmen subsumieren, die das Umfeld – in Bezug auf Wohnen, Sozialkontakte und Arbeit – so miteinbeziehen und -gestalten, dass eine bestmögliche Wirkung auf die Betroffenen erzielt werden kann. Ebenso werden Sozial- und Kommunikationsfähigkeiten sowie sinnvolle Kompetenzen vermittelt, um den Klient*innen eine bessere Kontrolle über ihren Alltag zu ermöglichen (Müller 1972 zitiert

Bei den Zielen von Sport- und Bewegungsangeboten steht die Gesundheitsförderung im Fokus: körperliche Fitness und Beweglichkeit, Gewichtsreduktion, Verbesserung der körperlichen Wahrnehmung und der psychischen Gesundheit.

nach Becker et al. 2016). Dabei geht es weniger darum, das Symptom selbst zu verbessern, als um die funktionelle Verbesserung der Alltagsbewältigung (Becker et al. 2016; Rössler & Haker 2003). In das weite Feld der psychosozialen Therapien bzw. Interventionen sind auch Bewegung und Sport einzuordnen (für umfassendere Informationen siehe Becker 2005).

Die darzustellende empirische Studie fokussierte auf Nutzer*innen des sogenannten „Betreuten Wohnens“ gemäß SGB IX bzw. SGB XII. Dabei wurde sich an den Klient*innen und deren individuellen Bedürfnissen sowie Lebenslagen orientiert. Daher steht ein personenzentrierter, individueller Ansatz der Versorgung im Vordergrund (Klein 2011; Psychiatrienetzt 2020). Bisher gab es noch keine vergleichbare Erhebung im vorliegenden Kontext des Betreuten Wohnens in psychosozialen Einrichtungen. Demnach ist die Studie explorativ angelegt und untersucht korrespondierende Fragestellungen:

- Welche Ziele werden mit den Sport- und Bewegungsangeboten verfolgt?
- Wie lassen sich die Sport- und Bewegungsangebote charakterisieren?
- Welche infrastrukturellen, personellen und monetären Ressourcen stehen für Sport- und Bewegungsangebote zur Verfügung?
- Auf welchen wissenschaftlichen Erkenntnissen fußen die Sport- und Bewegungsangebote?

Studie zur Bestandsaufnahme von Sport und Bewegung in psychosozialen Einrichtungen in Oberbayern

Stichprobe: Die nicht-probabilistische Gelegenheitsstichprobe adressierte ambulante und stationäre (=außerklinische) psychosoziale Einrichtungen bzw. die für Bewegung und Sport in psychosozialen Einrichtungen des Bezirks Oberbayerns Verantwortlichen. Es war der Anspruch, möglichst viele entsprechende Einrichtungen einzubeziehen, wobei kein vollständiges Register der Einrichtungen vorlag. Im ambulanten Bereich wurde der Fokus auf (Therapeutische) Wohngemeinschaften, Betreutes Einzelwohnen – sowohl in der eigenen Wohnung als auch in der Wohnung des jeweiligen Trägers – und Betreutes Wohnen in Familien gelegt. Im stationären Bereich wurden stationäre Übergangswie Langzeiteinrichtungen inkludiert. Diese bestehen aus Menschen mit psychischer Erkrankung oder Behinderung, ebenso mit sogenannten Doppeldiagnosen (Suchterkrankung und psychischer Erkrankung), Personen mit Suchterkrankungen sowie mit geistiger und/oder körperlicher und/oder Sinnesbeeinträchtigung. Es konnten 241 Einrichtungen aus ambulanten und stationären Settings ausfindig gemacht werden, wobei auch solche ohne entsprechende Bewegungs- und Sportangebote explizit zur Mitarbeit aufgefordert wurden. An der Studie nahmen 209 Einrichtungen teil, denen ein standardisierter Online-Fragebogen über die Plattform SoSci Survey via E-Mail zugänglich gemacht wurde. Schließlich beantworteten 142 Einrichtungen den Fragebogen (Rücklaufquote: 142/209 = 68 %).

Messinstrument: Der standardisierter Online-Fragebogen orientiert sich an Rösler (2020) und wird auf die vorliegende Zielgruppe angepasst. Der Fragebogen basiert auf den gängigen wissenschaftlichen Qualitätsstandards zur Fragebogenkonstruktion (z. B. Schnell, Hill & Esser, 2018) und wurde an 10 Testpersonen (9 Studierende der Sozialen Arbeit; 1 promovierter Sportwissenschaftler) pre-getestet. Die Endform besteht aus 28 Fragen unterteilt in die 9 Themenschwerpunkte

Tabelle 1: Bewegung und Sport mit Fokus auf spezifische Therapieverfahren

(Mehrfachantworten möglich; n=63) Quelle: Eigene Darstellung

		N	Anteil der Fälle
spezifische Therapieverfahren	Entspannungsverfahren (autogenes Training/progressive Muskelentspannung usw.)	34	54,0 %
	Fernöstliche Verfahren (Chi Gong, Tai-Chi, Yoga usw.)	25	39,7 %
	Körperwahrnehmungsverfahren	23	36,5 %
	Tanztherapie	7	11,1 %
	Emotionsregulation	5	7,9 %
	Therapie mit Kampfkünsten	3	4,8 %
	Erlebnistherapie	12	19,0 %
	Es werden keine spezifischen Sport- und Bewegungstherapieverfahren angeboten	13	20,6 %
	Andere Angebote	18	28,6 %
Gesamt		140	222,2 %

Einrichtungsdaten, Eingliederung von Sport und Bewegung und Personelle Ausstattung, Teilnehmerzahlen, Inhaltlicher Schwerpunkt der Tätigkeit, Dauer und Häufigkeit der Sport- und Bewegungsangebote, Raum- und Geräteausrüstung, Frage zu Freizeitsportgruppen, Stellenwert der Sport- und Bewegungsangebote und Persönliche Daten (Richter, 2021).

Datenauswertung: Die Daten wurden mittels SPSS, Version 27 vornehmlich deskriptivstatistisch mittels Häufigkeitsauszählungen (f), arithmetische Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) ausgewertet.

Ergebnisse

Ziele: Die Ziele, die durch den Einsatz von Sport- und Bewegungsangeboten in den einzelnen Einrichtungen verfolgt werden, lassen sich kategorisieren. Im Fokus steht die Gesundheitsförderung, konkretisiert als Aufbau bzw. Erhalt körperlicher Fitness und Beweglichkeit sowie Gewichtsreduktion (n=37). Auch die Verbesserung der eigenen körperlichen Wahrnehmung (n=20) und der psychischen Gesundheit (n=19) werden als wichtig erachtet. Hinsichtlich der Entwicklung psychosozialer Kompetenzen werden gruppenbezogene Phänomene im Sinne einer gestärkten Sozialkompetenz

und „Gruppenstärkung“ als bedeutsam erachtet (n=15). Unter motivationspsychologischer Perspektive wird mit Bewegung und Sport ein Mittel der allgemeinen Aktivierung und Motivierung hinsichtlich einer sinnvollen Freizeitgestaltung inkl. Tagesstrukturierung assoziiert (n=14). Ebenso wird der Faktor Spaß und Freude an Sport und Bewegung (n=7) als ein wesentliches Ziel betont. Eher selten werden Selbstwirksamkeitserfahrungen (n=2), Stärkung des Selbstwertes (n=6) sowie Erhalt der Selbstständigkeit (n=1) durch die Befragten genannt.

Charakterisierung der Sport- und Bewegungsangebote:

Insgesamt gaben 70,6 Prozent der Befragten an, Sport- und Bewegungsprogramme in ihrer Einrichtung anzubieten. Hiervon werden bei 20,7 Prozent der Einrichtungen diese für ambulante und stationäre Klient*innen gemeinsam durchgeführt. Nachfolgend wird sich auf die Einrichtungen bezogen, die Bewegung und Sport anbieten. Im Durchschnitt nehmen 29,1 Prozent (SD=27,05) der betreuten Klient*innen der Einrichtungen an den Sport- und Bewegungsangeboten teil, wobei durchschnittlich 6.83 Teilnehmer*innen (SD=2.46) konkret in den einzelnen Übungs- bzw. Trainingseinheiten aktiv sind (Minimal-

Tabelle 2: Bewegung und Sport mit Fokus auf Körperliche Aktivität als relativ-intensives Bewegungsverhalten

(Mehrfachantworten möglich; n=63) Quelle: Eigene Darstellung

		N	Prozent der Fälle
Sport- und Bewegungsangebote	Klettern/Bouldern	10	15,9 %
	Funktionstraining	12	19,0 %
	Ausdauertraining	20	31,7 %
	Krafttraining	16	25,4 %
	Gymnastik	29	46,0 %
	Reiten	6	9,5 %
	Schwimmen	19	30,2 %
	Sportspiele (Mannschafts- und Rückschlagspiele, z. B. Badminton, Tischtennis ...)	26	41,3 %
	Kleine Spiele (z. B. Entspannungsspiele, Fangspiele mit dem Ball, Laufspiele ...)	19	30,2 %
	Andere Spiele/Sport- und Bewegungsangebote	34	54,0 %
Gesamt		191	303,2 %

Tabelle 3: Personal nach Berufsgruppenzugehörigkeit

(Mehrfachantworten möglich; n=63) Quelle: Eigene Darstellung

	N	%
Sozialarbeiter*in/Sozialpädagog*in	54	23,9 %
Ergotherapeut*in	27	21,8 %
Psycholog*in	18	6,3 %
Motopädagog*in/Mototherapeut*in	6	0,7 %
Andere	24	16,9 %
Gesamt	129	69,6 %

Tabelle 4: Finanzierung der Sport- und Bewegungsangebote

Quelle: Eigene Darstellung

	N
Bezirk Oberbayern (Tagessätze bzw. tagesstrukturierende Maßnahmen)	34
Einrichtungsbudget (refinanziert durch Kostenträger)	10
Entgelt/Fachleistung	10
Keine gesonderte Finanzierung	6
Spendenfinanzierung	4
Keine Kosten für Sport- und Bewegungsangebote	2
Honorar/Aufwandspauschale	2
Pflegesatzfinanzierung	2
Eigenbeiträge der Klient*innen (z. B. Eintritt Schwimmbad)	1

größe: 1 Teilnehmer*in; Maximalgröße: 15 Teilnehmer*innen).

In Tabelle 1 sind die durchgeführten Bewegungs- und Sportangebote im Kontext einer therapeutischen Umsetzung aufgelistet. Es wird ersichtlich, dass vor allem Entspannungsverfahren genutzt werden.

In Tabelle 2 (S.12) finden sich die realisierten Sport- und Bewegungsangebote mit Fokus auf ein engeres Sportverständnis bzw. Körperliche Aktivität als Steigerung des Energieumsatzes durch mehr oder weniger stark ausgeprägte Bewegungen (Hollmann & Strüder 2009, S. 128). Es wird deutlich, dass vor allem Gymnastik, Rückschlagspiele, Lauf- und Fangspiele, Ausdauertraining und Krafttraining angeboten werden. Die jeweiligen Bewegungs- und Sportangebote dauern im Durchschnitt 57 Minuten (SD=29.19; Range:15-180 Minuten). Ein geringer Teil der befragten Einrichtungen (24,6 %) kooperiert mit Freizeit- und Sportvereinen der Gemeinde, deren Angebote „gelegentlich aktiv“ durch die Klient*innen genutzt werden.

Ressourcen: Die infrastrukturellen, personellen und monetären Ressourcen der Einrichtungen hinsichtlich der Durchführung von Bewegungs- und Sportprogrammen ergeben ein differenziertes Bild.

Raumausstattung: Insgesamt verfügen 12,1 Prozent der Einrichtungen über einen Fitnessraum, 9,3 Prozent über einen Sportplatz und 8,4 Prozent können einen Gymnastikraum nutzen. Eine Reithalle ist bei 6,5 Prozent verfügbar und 5,6 Prozent der Einrichtungen verfügen über einen Trimm-Dich-Pfad. Weiterhin werden vereinzelt Schwimmbäder oder Therapieräume für die Nutzung der Bewegungs- und Sportangebote erwähnt. Als vorteilhaft werden außerdem Sporträume mit 100 bis 150 m² angesehen. Die infrastrukturelle Unzufriedenheit bezieht sich vor allem auf das Fehlen geeigneter Sporträume/hallen, deren anderweitigen Belegung, ungenügende Lüftungsmöglichkeiten oder auf bei schlechtem Wetter nicht nutzbare Außenbereiche.

Geräteausstattung: Die ihre Geräteausstattung als negativ eingeschätzten Einrichtungen wünschen sich folgende Sportgeräte: leichte Hanteln, Gymnastikmatten, Elektronik wie Bluetooth-Lautsprecher und Musikanlagen, Sport-Regenjacken, Yoga-Zubehör, Bälle, Seile und Leihräder.

Personelle Ressourcen: Die personelle Ausstattung in den Einrichtungen mit Sport- und Bewegungsprogrammen wird in Tabelle 3 dargestellt:

Das für Bewegung und Sport zuständige Personal verfügt in 22,4 Prozent der Einrichtungen über sportspezifische Zusatzqualifikationen bzw. Weiterbildungen o. Ä. wie etwa Yoga-Ausbildungen, Erlebnispädagog*innen-Ausbildung, orthopädische Zusatzausbildung, Shiatsu/Qigong, Tanztherapie, pädagogisches Klettern.

Monetäre Ressourcen: In Tabelle 4 lässt sich die Finanzierung der angebotenen Bewegungs- und Sportprogramme nachvollziehen. Es wird die besondere Bedeutung des Bezirk Oberbayern als Kostenträger erkennbar.

Wissenschaftliche Erkenntnisbasis: Hinsichtlich eines evidenzbasierten Vorgehens bei der Gestaltung von Bewegungs- und Sportangeboten gaben 30 Prozent an, dies durch die Rezeption anerkannter Standards der Trainings- und Ernährungslehre, psychodynamische, verhaltenstherapeutische, tanztherapeutische und traumatherapeutische Theoriekonzepte sowie freizeit-, erlebnis- tierpädagogische Ansätze zu tun. Die Mehrheit allerdings (81 %) verneinte, sich bei der Umsetzung von Bewegungs- und Sportangeboten an konkrete Erkenntnisse, Literatur, empirische Studien bzw. Wirkungsstudien zu orientieren.

Diejenigen mit entsprechender Orientierung (19 %) nannten die Integrative Therapie nach Petzold und Leitner, Schwimmen nach der Halliwick-Methode, verschiedene Wirkungsstudien zum Laufen und der Neurobiologie, Erkenntnisse über den Sport gegen Bluthochdruck, Diabetes, Osteoporose, Arteriosklerose und Depressionen,

Bezüge auf Erkenntnisse aus Erlebnis-, Musik- und Bewegungspädagogik sowie auf Veröffentlichungen in Gesundheitszeitschriften, Büchern und dem Internet als entsprechende Informationsquellen. Auch Studien zur Meditation, Progressiven Muskelentspannung (PMR) sowie Erkenntnisse über Tabata und „High Intensity Interval Training“ (HIIT) werden genannt.

Diskussion

Ziele: Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem die Förderung sozialer Teilhabe, eine sinnvolle Tagesstrukturierung bzw. Gestaltung der Freizeit, verbesserte Körperwahrnehmung, Stärkung des Selbstbewusstseins sowie allgemein eine Gesundheitsförderung als bedeutsame Ziele von Bewegungs- und Sportprogrammen angesehen werden. Dies deckt sich mit Aussagen von Längle et al. (2000). Somit wird ein erkennbar stärkerer Fokus auf die Förderung psychosozialer Kompetenzen bzw. Faktoren gelegt als auf die biomedizinisch-physische Leistungsfähig-

katho

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences



ANZEIGE

MASTERSTUDIENGANG Soziale Arbeit

Sie wollen Ihr Wissen und Ihre Handlungskompetenzen aus dem Bachelorstudium der Sozialen Arbeit vertiefen, sich auf ein Arbeitsfeld spezialisieren und hier komplexen Fragestellungen nachgehen? Die Katho bietet Soziale Arbeit (M.A.) an allen vier Standorten an, setzt aber fünf inhaltliche bzw. arbeitsfeldbezogene Schwerpunkte:

Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit (Aachen)

Bildung und Teilhabe (Aachen)

Innovationsmanagement in der Sozialen Arbeit (Köln)

Inklusive Kinder- und Jugendhilfe sozialräumlich gestalten (Münster)

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (Paderborn)

Gleich in welchem Schwerpunkt – Sie erweitern Ihre Kompetenzen in Methoden empirischer Sozialforschung und lernen, innovative Methoden für Praxisfelder zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Das Studium ist praxisnah, handlungsorientiert und befähigt Sie zur Leitung von Organisationen. Der Masterabschluss berechtigt zur Promotion und zur Tätigkeit im höheren Dienst.

Bewerbungszeitraum: jährlich vom 1. Dezember bis 31. Mai

Weitere Informationen unter [katho-nrw.de/soziale-arbeit-ma](https://www.katho-nrw.de/soziale-arbeit-ma)

keit bzw. Gesunderhaltung. Es stellt sich die Frage, ob diese Schwerpunktsetzung im Lichte von bei Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig festzustellenden somatischen Begleiterkrankungen bzw. reduzierter körperlicher Leistungsfähigkeit nicht um eine Förderung körperlicher Fitness und Leistungsfähigkeit erweitert werden müsste (siehe etwa die Situation von Menschen mit Schizophrenie, Firth et al. 2015).

Charakterisierung Sport- und Bewegungsangebote: Zwar bieten 70 Prozent der befragten Einrichtungen Bewegungs- und Sportangebote an, faktisch nutzen diese jedoch durchschnittlich nur 29 Prozent der betreuten Klient*innen. Der Befund ist im Einklang mit Studien zu Bewegungs- und Sportinterventionen bei psychischen Erkrankungen

generell (Firth et al. 2016; Glowacki et al. 2017; Krämer et al. 2014; Rebar & Taylor 2017) und verdeutlicht auch für das vorliegende Betreuungssetting vor allem die motivationale und volitionale Herausforderung, Klient*innen zu (regelmäßigem) Bewegungs- und Sportverhalten zu bringen. Die Angebotsstruktur der Bewegungs- und Sportprogramme ist vielfältig und umfasst sowohl schwerpunktmäßig stärker therapeutisch ausgerichtete als auch stärker sportiv orientierte Umsetzungen. Therapeutisch wird besonders auf Entspannung (häufig fernöstliche Techniken) und Körperwahrnehmung gesetzt. Im sportiven Kontext wird Gymnastik, Ausdauertraining, Schwimmen oder Krafttraining adressiert. Im Sinne eines evidenzbasierten Vorgehens weisen Oertel-Knöchel und Hänsel (2016) auf Grundlage

von Literaturanalysen darauf hin, dass die Trainingsintensität und -frequenz bei der Programmgestaltung im Vordergrund stehen sollte und weniger die Art der ausgeführten körperlichen Aktivität. Auch internationale systematische Reviews und Metaanalysen verdeutlichen ein bestimmtes Mindestmaß an körperlicher Aktivität in einer bestimmten Trainingsfrequenz über einen bestimmten Zeitraum – angereichert mit motivationsförderlicher flankierender Maßnahmen – als Voraussetzung erhoffter psychosozialer und physisch-somatischer Trainingswirkungen (z. B. Eggermont et al. 2006; Jayakody et al. 2014; Morres et al. 2019). Außerdem ist die für die Allgemeinbevölkerung hinreichend belegte essenzielle Bedeutung einer angemessenen ausgeprägten Kardiorespiratorischen Fitness (CRF) für die physische

Literatur:

Becker, T. (Hg.) (2005): **Behandlungsleitlinie Psychosoziale Therapien**. In: Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, / Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hg.). Darmstadt: Steinkopff.

Becker, T.; Weinmann, S.; Gühne, U.; Riedel-Heller, S. G. (2016): **Psychosoziale Therapien**. Springer Medizin.

Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (2021): **Was ist Sporttherapie und was ist Bewegungstherapie?** Online verfügbar: <https://dvgs.de/de/presse/sport-und-bewegungstherapie.html> (23.08.2021)

Dunn, A. L.; Trivedi, M. H.; Kampert, J. B.; Clark, C. G.; Chambliss, H. O. (2005): **Exercise treatment for depression: efficacy and dose response**. In: American Journal of Preventive Medicine, 28(1), S. 1–8.

Eggermont, L.; Swaab, D.; Luiten, P.; Scherder, E. (2006): **Exercise, cognition and Alzheimer's disease: more is not necessarily better**. In: Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 30(4), S. 562–575.

Firth, J.; Carney, R.; Jerome, L.; Elliott, R.; French, P.; Yung, A. R. (2016): **The effects and determinants of exercise participation in first-episode psychosis: a qualitative study**. In: BMC Psychiatry, 16, S. 36.

Firth, J.; Cotter, J.; Elliott, R.; French, P.; Yung, A. R. (2015): **A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients**. In: Psychological Medicine, 45(7), S. 1343–1361.

Glowacki, K.; Duncan, M. J.; Gainforth, H.; Faulkner, G. (2017): **Barriers and facilitators to physical activity and exercise among adults with depression: A scoping review**. In: Mental Health and Physical Activity, 13, S. 108–119.

Hollmann, W.; Strüder, H.K. (2009): **Sportmedizin. Grundlagen für körperliche Aktivität, Training und Präventivmedizin**. Stuttgart: Schattauer.

Hölter, G. (Hg.). (2011): **Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und An-**

wendung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Huber, G.; Broocks, A.; Meyer, T. (2008): **Bewegung und seelische Gesundheit**. In: PID – Psychotherapie im Dialog, 9(04), S. 357–364.

Jäckel, D. (2010): **Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen**. [initiiert von der BAG RPK, Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation Psychisch Kranker Menschen] (1. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verl. Online verfügbar: www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-88414-512-8 (19.04.2023)

Jayakody, K.; Gunadasa, S.; Hosker, C. (2014): **Exercise for anxiety disorders: systematic review**. In: British Journal of Sports Medicine, 48, S. 187–196.

Klein, R. (2011): **Vor- und Nachteile unterschiedlicher Wohnformen**. In: Rosemann, M.; Konrad, M. (Hg.): Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung (1. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 58–69.

Kodama, S.; Saito, K.; Tanaka, S.; Maki, M.; Yachi, Y.; Asumi, M.; Sugawara, A.; Totsuka, K.; Shimano, H.; Ohashi, Y.; Yamada, N.; Sone, H. (2009): **Cardiorespiratory fitness as a quantitative predictor of all-cause mortality and cardiovascular events in healthy men and women: a meta-analysis**. In: JAMA, 301(19), S. 2024–2035.

Krämer, L. V.; Helmes, A. W.; Seelig, H.; Fuchs, R.; Bengel, J. (2014): **Correlates of reduced exercise behaviour in depression: the role of motivational and volitional deficits**. In: Psychology & Health, 29(10), 1206–1225.

Längle, G.; Siemßen, G.; Hornberger, S. (2000): **Die Rolle des Sports in der Behandlung und Rehabilitation schizophrener Patienten**. In: Die Rehabilitation, 39(5), S. 276–282.

Morres, I.; Hatzigeorgiadis, A.; Stathi, A.; Comoutos, N.; Arpin-Cribbie, C.; Krommidas, C. (2019): **Aerobic exercise for adult patients with major depressive disorder in mental health services: A systematic review and meta analysis**. In: Depress Anxiety, 36(1), S. 39–53.

Müller, C. (1972): **Psychotherapie und Soziotherapie der endogenen Psychosen**. In: Psychiatrie der

Gegenwart. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 291–342.

Oertel-Knöchel, V.; Hänsel, F. (Hg.) (2016): **Aktiv für die Psyche. Sport und Bewegungsinterventionen bei psychisch kranken Menschen** (1. Aufl. 2016). Heidelberg: Springer Science and Business Media.

Psychiatrienetz (2020): **Betreutes Wohnen**. Online verfügbar: www.psychiatrie.de/gemeindepsychiatrie/alltagshilfen/betreutes-wohnen.html (03.09.2021)

Rebar, A. L.; Taylor, A. (2017): **Physical activity and mental health; it is more than just a prescription**. In: Mental Health and Physical Activity, 13, S. 77–82.

Richter, S. (2021): **Bestandsaufnahme von Sport und Bewegung in psychosozialen Einrichtungen im Bezirk Oberbayern. Eine bezirksweite Befragung mit dem Fokus auf Wohnen und Betreuung in der sozialpsychiatrischen Versorgung**. Bachelorarbeit. Regensburg: Ostbayerische Technische Hochschule (OTH) Regensburg.

Rösel, N. (2020): **Status Quo der Sport- und Bewegungstherapie in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in Deutschland. Eine bundesweite Befragung unter Berücksichtigung der aktuellen berufspolitischen Situation der Bewegungstherapie**. Masterarbeit. Köln: Deutsche Sporthochschule Köln.

Rössler, W.; Haker, H. (2003): **Conceptualizing psychosocial interventions**. In: Current Opinion in Psychiatry, 16(6), S. 709–712.

Schnell, R.; Hill, P. B.; Esser, E. (2018): **Methoden der empirischen Sozialforschung** (De Gruyter Studium, 11., überarbeitete Auflage). Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg.

Wolf, S.; Zeibig, J.-M.; Hautzinger, M. (2020): **Psychische Gesundheit durch Bewegung. ImPuls – ein sport- und bewegungstherapeutisches Programm für Menschen mit psychischen Erkrankungen** (1. Auflage).

Gesundheit (Kodama et al. 2009) beachtenswert, die sich nur bei relativ intensiver körperlicher Anstrengung entwickeln lässt. Es bleibt offen, inwiefern letztgenannte Aspekte im untersuchten Setting optimal umgesetzt wurden bzw. werden können.

Personelle, monetäre und materielle Ressourcen: Die personellen Ressourcen der Sport- und Bewegungsprogramme sind sehr unterschiedlich. Hauptsächlich führen Sozialpädagog*innen und Ergotherapeut*innen die Angebote durch, wobei nur 17 Einrichtungen von sportspezifischen Zusatzqualifikationen, Studienschwerpunkten oder entsprechenden Weiterbildungen berichten. Insofern erhärtet sich die oben genannte Vermutung, dass Bewegung und Sport in einer für die Förderung von psychosozialer und insbesondere somatischer Gesundheit nicht auf angemessene Art und Weise vermittelt werden können. Das impliziert, neben

Studiengängen bzw. Berufsbildern der Sozialen Arbeit auch stärker sport- und bewegungswissenschaftliche in der Praxis zu berücksichtigen oder zumindest entsprechende Fachkenntnisse zu rezipieren. Im Sinne einer evidenzbasierten Vorgehensweise müssen die Sport- und Bewegungsprogramme auf entsprechende theoretische und vor allem empirische (Wirkungs-)Studien fußen (Wolf 2020), was allerdings nur bei einem sehr geringen Anteil der Befragten erfolgt. Insofern besteht hier dringender Handlungsbedarf, will man die ohnehin beschränkten monetären Ressourcen optimal nutzen und Bewegung und Sport als effektives Mittel der Gesundheitsförderung einsetzen.

Limitationen

Die erhaltenen Ergebnisse müssen unter verschiedenen forschungsmethodischen Gesichtspunkten relativiert werden. Da die Grundgesamtheit aller psychosozialer Einrichtungen des

Bezirks Oberbayerns nicht exakt bestimmt und die umgesetzte Gelegenheitsstichprobe nicht alle beabsichtigten Einrichtungen erreichen konnte, sind verzerrte Resultate nicht auszuschließen. Auch die Unkenntnis über die tatsächlich den Fragebogen Beantwortenden ist bei der Bewertung der Güte der Ergebnisse zu berücksichtigen. Jedoch konnte insgesamt eine relativ hohe Rücklaufquote der angefragten Einrichtungen erreicht werden und aufgrund der wissenschaftlich sorgfältig durchgeführten Befragung bieten die Ergebnisse wichtige Anhaltspunkte zur Rolle von Bewegung und Sport in psychosozialen Einrichtungen sowohl für den praktischen als auch wissenschaftlichen Kontext. In letztgenannter Perspektive sollten weitere Studien initiiert werden, um vor allem die Qualität der angebotenen Bewegungs- und Sportprogramme im Sinne von Wirkungsstudien näher in den Blick zu nehmen.

Rezension

Soziale Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen

Erklärungsmodelle, Interventionen und Kooperationen

Häusliche Gewalt bildet ein weltweites und nicht selten auftretendes Phänomen. In den einleitenden Worten zum Buch „Soziale Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen. Erklärungsmodelle, Interventionen und Kooperationen“ konstatiert die Autorin Juliane Wahren, dass in Deutschland ein Viertel aller Frauen einmal im Leben von körperlicher und/oder sexueller Gewalt in der Partnerschaft betroffen ist – in Bezug auf psychische Gewalterfahrungen liegen die Zahlen nochmals höher. Prof.in Dr.in Juliane Wahren, die sich in ihrer neu erschienenen Monografie mit ebenjenem Thema auseinandersetzt, versteht darunter „jede Form der Verletzung zwischen (Ex-)Partner*innen, die zielgerichtet erfolgt“ (S. 9), wobei über 80 Prozent der Betroffenen Frauen sind.

Juliane Wahren (2022):

„Soziale Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen. Erklärungsmodelle, Interventionen und Kooperationen“.

Stuttgart: Kohlhammer. 215 Seiten. ISBN 978-3170357372. 34,- EUR.

Das vorliegende Fachbuch verbindet das Phänomen der häuslichen Gewalt mit professionstheoretischen Bezügen der Sozialen Arbeit und ist bestrebt, sowohl für angehende Sozialarbeiter*innen als auch Praktiker*innen der Sozialen Arbeit ein Bewusstsein über das soziale Problem der häuslichen Gewalt bzw. gewaltbetroffener Frauen zu schaffen. Vor dem Hintergrund ihrer eigenen Praxiserfahrungen in diesem Kontext und so bestehender Kontakte

zu Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, hat Juliane Wahren im Rahmen ihrer Dissertation (2016) zu „Neue[n] Wegen der Gesundheitsförderung“ für gewaltbetroffene Frauen empirisch geforscht. Das so verdichtete (Praxis-)Wissen bzw. die darin erhobene Empirie in Form von pseudonymisierten Gesprächsausschnitten bereichern die aktuell herausgegebene Monografie.

Diese Publikation „Soziale Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen“ gliedert sich in neun Kapitel und fokussiert einleitend theoretische Grundlagen. So werden Entstehungsbedingungen, Arten, Ausmaß sowie Folgen, gesellschaftliche Reaktionen, mögliche Hilfesuchverhalten, Copingstrategien und „protektive“ Faktoren von häuslicher Gewalt in den Blick genommen (Kapitel 1). Gleichmaßen werden Dynamiken thematisiert, die sich mit den Schwierigkeiten befassen, sich aus einer gewaltgeprägten Beziehung zu lösen.

Hervorzuheben ist, dass die Autorin bereits in diesem ersten Kapitel die theoretischen Erkenntnisse durch Beispielzitate aus den Interviews ihrer eigenen qualitativen Studie mit gewaltbetroffenen Frauen veranschaulicht, sodass die Publikation von Anfang an einen Anwendungsbezug und eine Praxisorientierung nicht vernachlässigt. Daran anschließend wendet sich das zweite Kapitel der Sozialen Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen zu. Im Kern werden hier spezifische Arbeitsprinzipien, Hilfeformen und -angebote sowie Aufgabenbereiche und Rollen der Sozialen Arbeit vorgestellt und auf die konkrete Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen übertragen.

Weiterführend stellt die Autorin sowohl handlungstheoretische und methodische Hintergründe wie Sozio- und Psychoedukation, Nähe-Distanz-Verhältnis, Selbstreflexionsfähigkeit und Parteilichkeit (Kapitel 3) als auch rechtliche Grundlagen (Kapitel 4), die für Sozialarbeiter*innen in der Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen bedeutsam werden können, ins Zentrum ihrer Betrachtungen. In Bezug auf letztere werden beispielsweise die Frauenrechtskonvention, der Zivil- und Sozialpakt, die Kinderrechtskonvention sowie rechtliche Interventions- und Schutzmöglichkeiten thematisiert. Es folgt eine Zusammenstellung weiterer Hilfebeteiligter und Kooperationspartner*innen (etwa Polizei, Jugendhilfe, Familiengericht und Staatsanwaltschaft) sowie deren Aufgaben, mit denen die Soziale Arbeit in diesem Handlungsfeld für eine umfassende Hilfeleistung in der Regel zusammenwirkt (Kapitel 5).

Anlaufstelle Gesundheitswesen

Da Opfer von häuslicher Gewalt oftmals schwerwiegende gesundheitliche Schädigungen erfahren, ist das Gesundheitswesen häufig die erste Anlaufstelle, bei der betroffene Frauen Unterstützung suchen bzw. wo ihre körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen als Folgen von häuslicher Gewalt gedeutet werden könnten. Infolgedessen widmet sich das anschließende Kapitel 6 den Akteur*innen im Gesundheitswesen als wichtige Kooperationspartner*innen der Sozialen

Arbeit, ihren Rollen und ihren Aufträgen bei der Aufdeckung eines gewaltbelasteten Lebens.

Besonders hervorzuheben sind hier die Vorschläge Juliane Wahrens zu Fort- und Weiterbildungsinhalten sowie Empfehlungen für das (sensible) Vorgehen bei häuslicher Gewalt im Gesundheitsbereich. Vor diesem Hintergrund ist die hier rezensierte Publikation auch für andere Berufsgruppen relevant und zu empfehlen, so beispielsweise für Allgemein-, Zahn- und Kinder-ärzt*innen, Chirurg*innen, Gynäkolog*innen wie Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen.

Im Anschluss betrachtet die Autorin die einschneidenden Effekte der letzten von der Coronapandemie geprägten Jahre auf das Phänomen der häuslichen Gewalt gegen Frauen. Dabei beleuchtet sie nicht nur die angestiegenen Fallzahlen, sondern auch besondere Risikofaktoren und Bedingungen, die mit der Pandemie hinzugekommen sind bzw. die diese verstärkt hat (Kapitel 7). Das siebte Kapitel endet mit daran anknüpfenden Maßnahmen und Empfehlungen zur Gewaltprävention unter Pandemiebedingungen.

Die Publikation schließt ab mit einem kurzen Fazit (Kapitel 8), in dem Juliane Wahren die Bedeutsamkeit von Sozialer Arbeit, ihrer Präventionsarbeit sowie einer Stärkung protektiver Faktoren bei häuslicher Gewalt unterstreicht. Zwei Fallbeispiele zeigen die Lebenssituationen von gewaltbetroffenen Frauen exemplarisch auf (Kapitel 9). Mit ihnen wird die Vulnerabilität der Lebenssituationen von und die Komplexität der Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen besonders eindrücklich. Ein Einblick in das Vorgehen, das die Soziale Arbeit in den dargestellten Fallvignetten gewählt hat, ihre Rollenvielfalt und die in einer solchen Hilfeleistung notwendig werdenden Kooperationen, unterstreichen die Bedeutsamkeit des Beitrages für das Studium der Sozialen Arbeit und für Berufseinsteiger*innen im Handlungskontext häusliche Gewalt einmal mehr.

Darüber hinaus finden sich im Anhang zu dieser Veröffentlichung Ansprechpartner*innen, Sicherheitspläne für



gewaltbetroffene Frauen sowie eine Zusammenstellung eines Notfallkoffers und eine Information über ein potenziell rettendes Handzeichen bei häuslicher Gewalt, was der hohen Praxisorientierung der Publikation nochmals besonderen Wert verleiht.

Einführung und Praxisleitfaden

Es kann resümiert werden, dass Juliane Wahren mit der Monografie „Soziale Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen. Erklärungsmodelle, Interventionen und Kooperationen“ ein sprachlich sehr gut verständliches Lehr- und Arbeitsbuch gelungen ist, das sich einerseits insbesondere für die theoretische Einarbeitung in ebenjene Thematik und so zur Einführung im Studium der Sozialen Arbeit eignet. Andererseits gibt es auf der handlungspraktischen Ebene sowohl für Studierende in Praktikumsphasen als auch für berufseinsteigende Sozialarbeiter*innen einen nützlichen Leitfaden und wertvolles Praxiswissen für die Einzelfallarbeit an die Hand. Ausführungen zur Gestaltung von sozialer Gruppenarbeit oder zu sozialraumorientierten Angeboten in den Handlungskontexten häusliche Gewalt und/oder Gewalt gegen Frauen finden sich in dieser Publikation jedoch nicht. Darüber hinaus ließen sich perspektivisch die Ausführungen Juliane Wahrens mit einem diversitätssensiblen Fokus, beispielsweise auf Frauen mit Flucht- oder Migrationsbiografie (und damit einhergehende Unterstützungsleistungen wie Gemeindefolmetscherdienste) sowie auf weitere von Gewalt betroffene Menschen, wie etwa Lesben, intersexuelle, nichtbinäre, trans und agender Personen*, erweitern.

Monique Ritter M. A.