

# Recovery, Resilienz und Stärkenorientierung

Von Corinna Ehlers & Karsten Giertz  
Ein Beitrag aus

## Soziale Teilhabe professionell fördern

Grundlagen und Methoden der qualifizierten Assistenz

Karsten Giertz  
Lisa Große  
Dieter Röh  
(Hg.)

Psychiatrie  
Verlag 

inklusive  
Download-  
material



# Recovery, Resilienz und Stärkenorientierung

*Corinna Ehlers und Karsten Giertz*

In der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen und ihren Angehörigen gehören seit Jahren Konzepte wie Salutogenese, Recovery, Resilienz oder Empowerment mit zu den wichtigsten Grundlagen, die unter anderem in mehreren nationalen und internationalen Leitlinien verankert sind (vgl. AMERING & SCHMOLKE 2012; DGPPN (Hg.) 2018). Gemeinsames Merkmal dieser Konzepte ist die Relativierung einer eindimensionalen medizinisch geprägten und defizitären Sichtweise auf psychische Krankheit und Gesundheit sowie der Einbezug protektiver und förderlicher psychosozialer Faktoren bei der Bewältigung von psychischen Beeinträchtigungen. Allerdings handelt es sich dabei um Konzepte, die ihren Ursprung in verschiedenen Disziplinen und Professionen haben, unterschiedliche Perspektiven auf die Situation von psychisch erkrankten Menschen vermitteln und häufig in der psychiatrischen Praxis nicht klar unterschieden oder zum Teil auch synonym verwendet werden.

Im Zuge des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) kam es mit dem Gesamtplanverfahren (§ 117 SGB IX) zu einer verbindlichen Einführung eines Verfahrens zur Ermittlung des Unterstützungsbedarfes nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Die Gesamtkonferenz (§ 119 SGB IX) ergänzt diesen Prozess als verbindliches Verfahren zur genaueren Planung der Durchführung von Sozialen Teilhabeleistungen unter Berücksichtigung des Wunsch und Wahlrechts der leistungsberechtigten Person (siehe Konrad & Dellmann in diesem Band). Bei dem Gesamtplan – der zur Steuerung, Wirkungskontrolle und Dokumentation des Teilhabeprozesses dient – sind neben den Bedarfen und Aktivitäten des Leistungsberechtigten sowie Art, Inhalt, Umfang und Dauer der zu erbringenden Leistungen, zusätzlich »die verfügbaren und aktivierbaren Selbsthilferessourcen des Leistungsberechtigten (§ 121 Absatz 3 SGB IX)« zu beachten und zu dokumentieren. Mit diesem Vorgehen wurde eine ressourcenorientierte Perspektive gesetzlich verankert.

Allerdings besteht in der Praxis sowohl aufseiten der Leistungsträger als auch aufseiten der Leistungserbringer häufig Unklarheit, wie die individuellen Ressourcen des Leistungsberechtigten systematisch ermittelt und für die Förderung

der Sozialen Teilhabe in der Praxis nachhaltig nutzbar gemacht werden können. Zwar wurden bereits vor dem BTHG in vielen Bundesländern die Ressourcen der leistungsberechtigten Personen im Rahmen von Hilfeplankonferenzen oder -plänen erfasst. Allerdings hatte dieses Vorgehen häufig keine unmittelbaren Folgen für den weiteren Unterstützungsprozess, sondern blieb oftmals nur als Dokumentationsprozess bestehen.

Im Rahmen dieses Beitrages geben die Autorin und der Autor einen Überblick über die bestehenden Konzepte von Empowerment, Recovery, Salutogenese, Resilienz, Ressourcen und Stärken sowie deren Bedeutung für die Arbeit im Kontext der psychiatrischen Versorgung. Im Mittelpunkt steht dabei der stärkenorientierte Ansatz, der in den 1980er-Jahren in der Sozialen Arbeit der USA als Gegenpol zu dem weit verbreiteten Defizit-Modell entstanden ist. Die Leitgedanken der Stärkenperspektive sind in systemisch-konstruktivistischen, personen- und lösungsorientierten Ansätzen verankert, auf deren Basis Dennis Saleebey und seine Kolleginnen und Kollegen der University of Kansas Arbeitsprinzipien und Methoden der Stärkenarbeit entwickelt haben. Durch die systematische Erfassung von Stärken und deren Verbindungen mit individuellen Bestrebungen bzw. Interessen können Ressourcen aktiviert und mobilisiert werden, die den Unterstützungsprozess positiv beeinflussen (EHLERS 2019).

## Alternative Krankheits- und Gesundheitskonzepte in der Psychiatrie

Lange Zeit prägte eine biomedizinische Sichtweise die psychiatrische Ätiologie und Genese von psychischen Erkrankungen (siehe Giertz, Große & Gahleitner in diesem Band). Nach diesem Modell bedeutet psychische Gesundheit das vollständige Ausbleiben von körperlichen krankheitsverursachenden Faktoren. Allerdings ist es der Psychiatrie bis heute nicht gelungen, eindeutige körperliche und genetische ätiologische Faktoren für die Vielzahl der klassifizierten psychischen Störungen zu identifizieren und die Dichotomie zwischen Gesundheit und Krankheit klar zu bestimmen (ebd.).

Die Folge der biomedizinischen Krankheitslogik war eine defizitäre Perspektive auf Menschen mit psychischen Erkrankungen und anderen Beeinträchtigungen. Im Nationalsozialismus kostete diese Krankheitslogik in zugespitzter Form Tausenden von Menschen das Leben (vgl. MITSCHERLICH & MIELKE 1960). Als Reaktion auf diese Entwicklung entstanden in den 1960er-Jahren in Italien (BASAGLIA 1973), Großbritannien (COOPER 1967; 1978; LAING 1960; 1967), Nordamerika (GOFFMAN

1961; 1963; SZASZ 1961; 1970) und Frankreich (FOUCAULT 1954; 1961; [1973-1974] 2003) soziale und psychiatriekritische Bewegungen, welche die menschenunwürdigen Behandlungsbedingungen in den damaligen psychiatrischen Großanstalten an den Pranger stellten und heute unter dem Etikett »Antipsychiatrie« bekannt sind. Im Zuge dieser Bewegungen kam es in vielen Ländern zur Umstrukturierung und Reformierung der psychiatrischen Versorgung. So auch in den 1970er-Jahren in Deutschland im Rahmen der Psychiatrie-Enquete (vgl. ARMBRUSTER u. a. 2015). Des Weiteren wurden alternative Theorien von psychischer Erkrankung formuliert, die gesellschaftliche Ursachen, wie soziale Ungleichheit, Etikettierung und Stigmatisierung, persönliche Entfremdungsprozesse sowie institutionelle Ursachen, in den Fokus nahmen.

Mit der UN-Behindertenrechtskonvention, die 2009 in Deutschland ratifiziert wurde, verbesserte sich – zumindest formal – die rechtliche Situation von psychisch erkrankten Menschen. Damit verpflichtete sich die Bundesregierung unter anderem, die psychiatrische Versorgung den menschenrechtlichen Anforderungen anzupassen und alle notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, um die volle soziale Teilhabe von behinderten Menschen in der Gesellschaft zu ermöglichen. In diesem sozialpolitischen Kontext etablierten sich mehrere alternative Ansätze und Konzepte zur Beschreibung von psychischer Gesundheit und Krankheit, von denen hier die wichtigsten kurz erläutert werden.

**Empowerment** Für den Empowerment-Begriff liegen viele Übersetzungen vor. Häufig wird Empowerment mit »Selbstbefähigung«, »Selbstbemächtigung« oder »Stärkung von Eigenmacht und Autonomie« übersetzt (HERRIGER 2020). Entstanden ist das Konzept aus der Bürgerrechtsbewegung und den Emanzipationsbewegungen Ende des 19. Jahrhunderts in den USA und wurde schließlich von der Gemeinwesenarbeit aufgegriffen (RAPPAPORT 1981). Von dort kommt dem Begriff eher eine politische Bedeutung zu, die das kritische Reflektieren und Verändern von gesellschaftlichen Machtverhältnissen und der Situation von diskriminierten Minderheiten umfasst. In der Literatur lassen sich vielfältige Definitionsansätze finden. Ausgehend von den bestehenden Ansätzen formuliert Herriger eine Beschreibung des Empowerments als »Mut machende Prozesse der Selbstbemächtigung, in denen Menschen in Situationen des Mangels, der Benachteiligung oder der gesellschaftlichen Ausgrenzung beginnen, ihre Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen, in denen sie sich ihrer Fähigkeiten bewusst werden, eigene Kräfte entwickeln und ihre individuellen und kollektiven Ressourcen zu einer selbstbestimmten Lebensführung nutzen lernen. Empowerment – auf eine kurze Formel gebracht – zielt auf die (Wieder-)Herstellung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Alltags.« (HERRIGER 2020, S. 20).

Durch Empowerment steigt der Selbstwert der Menschen, sie gewinnen aktive Gestaltungskraft und erfahren soziale Anerkennung. Der Rückgriff auf diese Erfahrungen macht es Menschen möglich, sich weniger ihrer Umwelt oder belastenden Lebenssituationen ausgesetzt zu sehen. Einer Übersichtsarbeit von WALLERSTEIN (2006) zufolge wirken sich Selbstwirksamkeitserfahrung und Bemächtigungsprozesse positiv auf zahlreiche gesundheitliche Bereiche, wie z. B. Wohlbefinden, Symptomverbesserung, Lebensqualität aus. Mehrere Forschungsarbeiten zeigen, dass durch die Einbeziehung der Perspektive von Nutzerinnen und Nutzern des psychiatrischen und medizinischen Gesundheitssystems eine Verbesserung des Zugangs und der Qualität von Leistungen sowie eine Zunahme der Patientinnen- und Patientenzufriedenheit erreicht werden kann (vgl. CRAWFORD u. a. 2002). Darüber hinaus wird auch die Entwicklung und Implementierung von neuen innovativen Behandlungs- und Versorgungsansätzen gefördert. In einigen Ländern ist die aktive Teilnahme von Nutzerinnen und Nutzern bei Planungs- und Entwicklungsprozessen im Gesundheitswesen sogar gesetzlich vorgeschrieben (Russo 2012). In der Psychiatrie beeinflusste die Empowerment-Bewegung die Selbsthilfe, sozialpolitische Interessensvertretungen, kritische Forschungsinitiativen oder führte zu selbstorganisierten Dienstleistungen (vgl. RUSSO & SWEENEY 2016).

**Resilienz** Auch der Begriff »Resilienz« kommt aus dem Englischen (»resilience«) und bedeutet »Spannkraft«, »Widerstandsfähigkeit« oder »Elastizität« (FRÖHLICH-GILDHOFF & RÖNNAU-BÖSE 2019). In der Forschung liegt bis heute keine einheitliche Definition von Resilienz vor (LINDERT u. a. 2018). Im Allgemeinen wird darunter eine Widerstandskraft gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken verstanden, wobei die Resilienz immer aus einem Wechselspiel zwischen Risiko- und Schutzfaktoren entsteht und das Resultat der Bewältigung von Hochrisikosituationen durch Schutzfaktoren ist (FRÖHLICH-GILDHOFF & RÖNNAU-BÖSE 2019; RÖNNAU-BÖSE & FRÖHLICH-GILDHOFF 2015). Dabei handelt es sich nicht um eine stabile Einheit, sondern um eine variable Größe, die sich aus einem dynamischen Interaktionsprozess zwischen Individuum und Umwelt entwickelt, abhängig von Erfahrung ist und in der Lebensspanne sowie in situativen Kontexten unterschiedlich ausfallen kann.

Entwickelt wurde das Resilienz-Konzept überwiegend aus den Erkenntnissen von entwicklungspsychologischen Langzeitstudien. Die bekannteste und älteste ist die Kauai-Studie der Psychologin Emmy WERNER (2020a). Zusammen mit Ruth Smith untersuchte sie seit den 1950er-Jahren über 40 Jahre resiliente und nicht-resiliente Lebensläufe von 698 Kindern aus Kauai. Etwa 30 Prozent der Kinder wiesen schwere Risikoverläufe auf. Davon waren 129 Kinder von negativen Entwicklungen betroffen und 72 Kinder entwickelten sich trotz der beeinträchtigten

Entwicklungsbedingungen positiv. Als protektive Faktoren stellte WERNER Faktoren wie verlässliche Bezugspersonen, flexible Bewältigungsfähigkeiten oder stabile soziale Unterstützung durch den Familienzusammenhalt fest (ebd.). Auch wenn das genaue Wechselspiel der protektiven Faktoren aufgrund von forschungsmethodischen Herausforderungen bis heute umstritten ist (vgl. LINDERT u. a. 2018), konnten die von WERNER identifizierten sozialen Faktoren wie Beziehung oder soziale Unterstützung in mehreren Studien aus anderen Ländern und Kulturkreisen repliziert werden (vgl. WERNER 2020b). Darüber hinaus lassen sich auf der personellen Ebene sechs Kompetenzen finden, um Krisensituationen und Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Dazu gehören nach FRÖHLICH-GILDHOFF (2020, S. 5ff.):

- Angemessene Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Selbststeuerung
- Selbstwirksamkeit
- Soziale Kompetenz
- Problemlösekompetenz
- Allgemeine Bewältigungskompetenz
- Sinnfindung und Zielanpassung

Während in der früheren Forschung häufig die personellen Faktoren betont wurden, fokussieren neuere Ansätze auch soziale und umweltbedingte Faktoren wie Nachbarschaft, soziales Kapital und Sozialraum im Hinblick auf die Förderung von Resilienz (ebd.).

**Salutogenese** Ausgehend von Untersuchungen zur emotionalen Gesundheit von israelischen Frauen entwickelte der Soziologe und Gesundheitswissenschaftler Aaron Antonovsky in den späten 1970er-Jahren das Salutogenese-Modell. Ausgangspunkt bildete die Frage, warum ein kleiner Teil der israelischen Frauen angesichts der traumatischen Belastungen durch den Holocaust und der Konzentrationslager eine relativ gute psychische Gesundheit aufwies (ANTONOVSKY 1987). Beeindruckt von diesen Beobachtungen widmete sich Antonovsky in seiner Forschung den protektiven und gesundheitsfördernden Faktoren bei Menschen, die mit körperlichen und psychischen Stressoren konfrontiert werden. Als Abgrenzung zur Pathogenese führte er den Begriff Salutogenese (von lat. »salus«, dt. »Gesundheit« oder »Wohlbefinden« und »genesis« Entstehung) ein und wandte das Konzept der Entropie auf Gesundheit an, das besagt, dass der Organismus ständig körperlichen, biochemischen oder psychosozialen Stressoren ausgesetzt ist, die seine Gesundheit beeinträchtigen und irgendwann auch erschöpfen können. Krankheit ist demzufolge kein unnormales Ereignis und Gesundheit kein absoluter Zustand.

Die zentrale Aufgabe des Organismus besteht darin, die Stressoren durch adaptive Kräfte (z. B. Bewältigungsfertigkeiten, äußere und persönliche Ressourcen,

Flexibilität bei der Anpassung an äußere Bedingungen) zu bewältigen, um eine Spannungsreduktion herbeizuführen und die Gesundheit aufrechtzuerhalten (ebd.). Zu den wichtigsten Einflussgrößen zählen individuelle psychologische Faktoren, wie das Kohärenzgefühl, worunter ANTONOVSKY eine »globale Orientierung« versteht, »die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat« (ebd., S. 12). Dieses Vertrauen zeichnet sich durch drei Komponenten aus:

- **Verstehbarkeit:** Anforderungen aus der inneren oder äußeren Erlebniswelt sind im Verlaufe des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar,
- **Handhabbarkeit:** Bewusstsein für die eigenen Bewältigungsmechanismen und einen Zugang zu wichtigen Ressourcen, um den Anforderungen gerecht zu werden und
- **Sinnhaftigkeit:** Anforderungen als Herausforderungen wahrnehmen, deren Überwindung Investition und Engagement verdienen (ebd., S. 36).

Eine Übersicht zum aktuellen Forschungs- und Anwendungsstand des Salutogenese-Modells findet sich in MAGISTRETTI (Hg.) (2019).

**Recovery** Das Recovery-Konzept zählt in der Psychiatrie zu dem am weitesten verbreiteten Konzept (AMERING & SCHMOLKE 2012). Der Begriff bedeutet so viel wie »Genesung« oder »Widererlangung von Genesung«. Es handelt sich um einen Ansatz der von Psychiatrieerfahrenen in den 1990er-Jahren als Gegenentwurf zum Konzept der »chronisch psychischen Erkrankung« und dem damit einhergehenden therapeutischen Pessimismus eingeführt wurde. Allgemein beinhaltet das Konzept zentrale Haltungs- und Handlungselemente für die sozialpsychiatrische Praxis, die sich nach KNUF (2016) wie folgt zusammenfassen lassen:

- Im Recoveryansatz wird Genesung in den Mittelpunkt der psychiatrischen Arbeit gerückt, wobei Genesung nicht als Symptommfreiheit verstanden wird, sondern ein Weg hin zu einem freudvolleren und zufriedeneren Leben. Recovery stellt einen Prozess der Auseinandersetzung des Betroffenen mit sich selbst und seiner Erkrankung dar, der dazu führt, dass die Person trotz ihrer psychischen Probleme in der Lage ist, ein hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen. Recovery ist mehr als »nur« die Bewältigung von Symptomen, auch bedeutet es nicht unbedingt vollständige »Heilung«, denn in den meisten Fällen besteht die Erkrankung bzw. Verletzlichkeit fort, der Betroffene führt aber trotzdem ein zufriedenes Leben. Es geht also darum, den negativen Einfluss einer psychischen Erkrankung zu überwinden, obwohl sie weiterhin anhält (ebd., S. 12-13). «

Bis heute liegen keine einheitlichen Definitionsansätze zum Recovery-Konzept vor. Im Rahmen eines internationalen Übersichtsartikels des schottischen Recovery-Netzwerkes konnten folgende Elemente für Recovery zusammengetragen werden (BRADSTREET 2004, S. 5 ff.):

- Hoffnung
- Bedeutung von Sinn im eigenen Leben
- Potenzial zur Veränderung
- Kontrolle
- Aktive Teilnahme und Partizipation in der psychiatrischen Versorgung
- Ganzheitlicher und integrativer biopsychosozialer Ansatz
- Einbeziehung der sozialen und persönlichen Umwelt
- Optimistischer und realistischer Ansatz
- Kreativer Umgang mit Risiken

In Ländern wie Neuseeland, Kanada, Schottland oder den USA wurde das Recovery-Konzept in das Gesundheits- und Sozialsystem fest verankert (AMERING & SCHMOLKE 2012). In Deutschland etablierte sich die Idee von Recovery vor allem durch die EX-IN-Bewegung und dialogische Veranstaltungen, an denen sich neben psychiatrischen Expertinnen und Experten, Psychiatrieerfahrenen auch Angehörige beteiligten (UTSCHAKOWSKI u. a. 2016).

Obwohl das Empowerment-Konzept aus der Sozialen Arbeit und Gemeinwesenarbeit, das Salutogenese-Modell aus der Soziologie, das Resilienz-Modell aus der Entwicklungspsychologie und das Recovery-Konzept aus der Bewegung von Psychiatrieerfahrenen entstanden ist, weisen alle genannten Modelle und Konzepte eine Reihe von Gemeinsamkeiten auf. Allen gemeinsam ist die implizite oder explizite biopsychosoziale Perspektive auf Gesundheit und Krankheit sowie die Fokussierung und Mobilisierung von protektiven und psychosozialen Faktoren als generelle Widerstandressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten.

Darüber hinaus gehören die subjektive Sinngebung, das Fördern von Selbstwirksamkeitserfahrungen zur Herstellung von Kontrolle, die Anerkennung der subjektiven Bedeutung von Erkrankung, die demokratische Einbindung der Klientinnen und Klienten in den Unterstützungsprozess sowie die Vermittlung von Hoffnung zu den zentralen Basisvariablen bei der Bewältigung und Genesung. Dies setzt aufseiten der Unterstützenden Neugier in der Begegnung mit psychisch belasteten Menschen, die Notwendigkeit einer partizipativen Beziehungsgestaltung, das Unterlassen von Bevormundung sowie biografische Beratungsansätze voraus, um die subjektive Verstehbarkeit, Selbstwirksamkeitserfahrungen und Selbstermächtigung zu fördern.

# Stärken- und Ressourcenorientierung

Ein weiterer Ansatz, der vor allem in der Sozialen Arbeit der USA entstanden und mittlerweile international etabliert ist, ist der stärkenorientierte Ansatz. Hierin sind wichtige Aspekte aus den beschriebenen vorherigen Ansätzen beinhaltet. Aufgrund seiner praktischen Relevanz für die Praxis der qualifizierten Assistenz und die nachhaltige Arbeit mit Ressourcen soll dieser Ansatz hier näher vorgestellt werden.

Seit gut 30 Jahren stellt die Stärkenperspektive einen konkreten Orientierungsrahmen mit einem Methodenpool für die Praxis der Sozialen Arbeit dar (vgl. hierzu z. B. CHAPIN 2011; MENDENHALL & CARNEY 2020; RAPP & GOSCHA 2012; SALEEBEY 2013b). In Abkehr zu vielen herkömmlichen Ansätzen, die sich an Defiziten orientieren, werden in der Stärkenarbeit Möglichkeiten, Stärken und Ressourcen in den Mittelpunkt gestellt. Die Arbeit findet überwiegend in der Lebenswelt der Klientinnen und Klienten statt und die Menschen werden als Expertinnen und Experten für ihre Lebenswelt gesehen, die Lösungen für ihre Situation finden können.

Zu den grundlegenden Arbeitsprinzipien der Stärkenperspektive zählen (vgl. RAPP & GOSCHA 2012, S. 52ff.; SALEEBEY 2013a, S. 17ff.):

- Alle Menschen haben Stärken und der Arbeitsfokus liegt auf den individuellen Stärken.
- Klientinnen und Klienten haben das Recht auf Selbstbestimmung und sind Direktorinnen und Direktoren des Hilfeprozesses.
- Stärkenarbeit beruht auf Beziehungsarbeit.
- Stärkenarbeit findet in der Lebenswelt der Klientinnen und Klienten statt und berücksichtigt die Ressourcen des Sozialraumes.

Durch die Stärkenarbeit bieten sich Möglichkeiten, Resilienz und Recovery-Prozesse zu unterstützen. Stärkenarbeit ist die Grundlage für die Stärkung von Selbstwirksamkeit sowie die Verbesserung von persönlichem Wohlbefinden. Konzeptionell ist die Stärkenarbeit in unterschiedlichen Handlungsansätzen wie beispielsweise im stärkenorientierten Case Management (z. B. EHLERS u. a. 2017; RAPP & Goscha 2012;) oder in der Sozialraumarbeit (vgl. z. B. FRÜCHTEL u. a. 2010; siehe auch Röh in diesem Band) verankert. Unterschiedliche Instrumente, wie die Stärkenkarte oder der Persönliche Entwicklungsplan (siehe hierzu EHLERS 2019), sind hilfreich, um Stärken, Ressourcen und Ziele der Klientinnen und Klienten zu erfassen.

Unabhängig von den Arbeitsfeldern und Handlungsansätzen unterstützt folgendes Modell dabei, im Arbeitsalltag immer wieder den Fokus auf die Stärken der Menschen, ihr Wohlbefinden und Dinge, die funktionieren, zu legen. Das Modell der Stärkenarbeit (vgl. EHLERS 2019) besteht aus den drei Elementen:

- Einnehmen des Stärkenblicks (Wahrnehmen),
- Erkunden und Entfalten von Stärken und
- Fokussieren, Ziele formulieren und umsetzen.

In einem ersten Schritt geht es in der Stärkenarbeit darum, die Stärkenbrille aufzusetzen. Sowohl Fachkräfte, Auszubildende, (informelle) Unterstützerinnen und Unterstützer als auch die Menschen, mit denen sie arbeiten, sollten bereit sein, eine Stärkenperspektive einzunehmen und gegebenenfalls ihre Sicht auf die Dinge zu verändern. In der Stärkenarbeit geht es um einen Perspektivwechsel mit einer Ausrichtung auf Stärken und Ressourcen, da wir im Alltag automatisch immer wieder in den Problemerkennen- und Problemlösungsmodus gehen. Um einen Stärkenblick einnehmen zu können, sind eine gewisse Achtsamkeit und Aufmerksamkeit erforderlich (vgl. NIEMIEC 2014). Denn sowohl eigene Stärken als auch die Stärken anderer Menschen werden nicht immer klar als solche erkannt und benannt. Teilweise sind Stärken in einem bestimmten Umfeld bzw. Kontext schwer zu erkennen. SALEEBEY (2013b, S. 109) betont daher, dass es wichtig ist, aufmerksam zuzuhören und die Geschichten der Klientinnen und Klienten zu würdigen. Denn durch Zuhören und Beobachten können wir Stärken von Menschen kennenlernen.

In einem zweiten Schritt werden Stärken erkundet und entfaltet. Hierzu wird mit den Klientinnen und Klienten überlegt, wie Stärken im Alltag vermehrt zum Einsatz kommen können.

In einem dritten Schritt unterstützt eine stärkenfokussierte Ziellarbeit, die konkrete und praktische Umsetzung der expliziten Veränderungswünsche zu planen. In der Ziellarbeit geht es darum, motivationale Ziele zu formulieren und Ressourcen für Veränderungen zu aktivieren (vgl. hierzu z. B. BRUGGMANN 2014 und STORCH & KRAUSE 2017).

In der Stärkenarbeit ist es hilfreich, die Begriffe »Stärken« und »Ressourcen« zu differenzieren. Beide Begriffe sind vieldeutig und werden oftmals synonym verwendet. Für eine fachlich fundierte Stärkenarbeit ist jedoch angezeigt zu unterscheiden: Während Stärken als Kraftquellen gesehen werden, die den Menschen innewohnen und deren Motivation beeinflussen, sind Ressourcen Hilfsmittel.

**Stärken** lassen sich in drei wesentlichen Bereichen ausmachen: Charakterstärken (Werte), Bedürfnisse (Brauchen und Wollen) und Fähigkeiten (Können). Dazu zählen nach SALEEBEY (2013b, S. 102ff.) auch Erfahrungen mit schwierigen Situationen und Herausforderungen wie Krankheiten, Trennungen oder dem Verlust eines Arbeitsplatzes, die Menschen auf ihrem Lebensweg gesammelt haben. Stärken sind also durch persönliche oder kulturelle Umstände geprägt. Zu den persönlichen Stärken können auch Träume und Vorstellungen über das angestrebte Leben zählen. Stärken hängen immer vom Kontext ab und werden subjektiv wahrgenommen.

Das heißt, in einer bestimmten Situation wird eine Stärke vielleicht gar nicht als solche erkannt. Nehmen wir zum Beispiel die Fähigkeit des divergenten Denkens. Menschen mit dieser Fähigkeit sind in der Lage, schnell kreative Lösungen für ein Problem zu finden. Divergentes Denken bedeutet, unterschiedliche Perspektiven zu berücksichtigen und steht im Gegensatz zu den linearen Denkprozessen des konvergenten Denkens. Auf den Kontext Schule übertragen heißt das: Hier geht es überwiegend um sachliches, logisches, also konvergentes Denken. Kinder mit einem ausgeprägten divergenten Denken haben es oftmals schwerer, denn sie können ihre Fähigkeit (Stärke) nicht in allen Fächern einbringen. Im Kontext der psychosozialen Arbeit mit Menschen brauchen Fachkräfte die Fähigkeit, mit mehrdeutigen Situationen umgehen zu können und schnell unterschiedliche Lösungswege zu erkennen. In solchen Situationen kann die Fähigkeit, divergent zu denken, als Stärke zur Geltung kommen. In den persönlichen Stärken verbinden sich Werte, Charakterstärken, Fähigkeiten und Bedürfnisse. Stärken werden als innere Antriebskraft gesehen.

**Ressourcen** sind Dinge, Umstände, andere Menschen, die zur Lebenswelt oder zum Sozialraum eines Menschen gehören. Hierzu zählen beispielsweise unterstützende Familienangehörige, Freundinnen und Freunde sowie Bekannte. Eine Ressource im Sozialraum kann beispielsweise ein Verein oder das Fitness-Studio sein. Aber auch potenzielle Ressourcen im Sozialraum können berücksichtigt werden. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen oder die Volkshochschule, die im Bezirk ihr Angebot hat. Als Ressourcen können auch materielle Mittel der Klientinnen und Klienten berücksichtigt werden: Der Besitz eines Handys, eines Computers, die Wohnung, ein Auto, Bücher oder Gegenstände, die von besonderer Bedeutung sind, stellen Ressourcen dar.

#### ABBILDUNG 1 Übersicht Stärken und Ressourcen

##### Stärken

- Charakterstärken  
(vgl. Peterson & Seligman 2004; Niemiec 2018)
- Bedürfnisse  
(vgl. Storch & Krause 2017)
- Talente & Fähigkeiten  
(vgl. z. B. Gardner 2008 und Rath 2007)

##### Ressourcen

- Materielle Ressourcen  
(Einkommen, Gegenstände)
- Soziale private Ressourcen  
(Unterstützende in der Familie, im Freundeskreis)
- Soziale öffentliche Ressourcen  
(Vereine, Beratungsstellen)
- Persönliche Ressourcen  
(eigene Fähigkeiten oder Charakterstärken,  
die eingesetzt werden)

(vgl. z. B. BUTTNER 2018; HAYE & KLEVE, 2011)

Stärken und Ressourcen stehen in einem wechselseitigen Verhältnis zueinander und beziehen sich aufeinander (vgl. Abbildung 1). Denn persönliche Stärken als innere Antriebskräfte ermöglichen es, Ressourcen (und somit z. B. auch persönliche Fähigkeiten), die für Veränderungsprozesse wichtig sind, zu aktivieren.

## Stärkenorientierte Gesprächsführung

Methodisch lassen sich Stärken und Ressourcen auf unterschiedliche Art und Weise erkunden. In der fallbezogenen Arbeit gibt es eine Vielzahl an kreativen Methoden (z. B. DOOSE 2020, FRIEDRICH 2012, MÖBIUS & FRIEDRICH 2010), die an spezifische Zielgruppen angepasst werden können. Die Basis für die Stärkenarbeit ist eine Gesprächsführung, die durch eine multiperspektivische und lösungsorientierte Haltung geprägt ist und mit offenen sowie stärken- und ressourcenorientierten Fragen arbeitet. Es gilt herauszufinden, was für Klientinnen und Klienten funktioniert und was ihnen Spaß macht und Energie gibt, um hierauf einen Fokus zu legen.

In einem Stärkeninterview werden Stärken und Ressourcen in den drei zeitlichen Dimensionen: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft berücksichtigt. Nach BISWAS-DIENER (2010, S. 27) eignet sich folgendes Fragen-Set für eine Basis-Stärken-erkundung von Fähigkeiten und Bestrebungen:

- »Was haben Sie in letzter Zeit getan, das Sie glücklich und zufrieden gemacht hat?«
- »Was macht Ihnen zurzeit Freude?«
- »Was wünschen Sie sich für Ihre Zukunft?«

Wichtig ist, dass alle Einschätzungen ohne voreilige Bewertungen erfolgen sollten, um die subjektive Sicht der Klientinnen und Klienten zu wahren. Durch zirkuläres Fragen kann zur Erkundung von Charakterstärken neben einer Selbsteinschätzung auch ein anderer Blickwinkel eröffnet und in das Gespräch einbezogen werden. Insbesondere bei Menschen, die Schwierigkeiten haben, ihre Stärken zu benennen, können zirkuläre Fragen (z. B. »Was würde dein/e beste/r Freundin oder Freund als deine Stärken bezeichnen?«) hilfreich sein.

Der folgende Fragenkatalog nach SALEEBEY (2013b, S. 107f.) bietet ein Repertoire an Fragen, die je nach Gesprächssituation zum Einsatz kommen können.

**Fragenkatalog** (nach Saleebey 2013b)**Überlebensfragen:**

- » Wie ist es Ihnen gelungen, trotz aller Herausforderungen in Ihrem Leben so weit zu kommen? «
- » Welche Einstellung hat Ihnen geholfen, mit Schwierigkeiten umzugehen? «
- » Was haben Sie während Ihrer Bemühungen und Anstrengungen, Problemlagen zu bewältigen, über sich selbst und Ihre Umwelt gelernt? «
- » Welche Fähigkeiten haben Sie im Umgang mit den Schwierigkeiten erworben? «

**Wertschätzungs- und Selbstwertfragen:**

- » Welche positiven Dinge äußern andere über Sie? «
- » Worauf sind Sie in Ihrem Leben stolz? «
- » Welche Dinge tun Sie gern? «
- » Was begeistert Sie? «

**Unterstützungsfragen:**

- » Welche Menschen haben Ihnen Verständnis entgegengebracht? «
- » Wer hat Ihnen schon mal Unterstützung angeboten? «
- » Auf welche Menschen können Sie sich verlassen?«, »Was geben Ihnen diese Menschen? «
- » Welche Institutionen, Einrichtungen oder Gruppen waren in der Vergangenheit hilfreich? «

**Möglichkeitsfragen:**

- » Was möchten Sie von Ihrem Leben?«, »Was sind Ihre Wünsche und Hoffnungen? «
- » Was macht Ihnen Spaß? «
- » Wie kann ich Ihnen dabei helfen, die für die Umsetzung dieser Wünsche notwendigen Fähigkeiten (wieder) zu erlangen? «

**Perspektivfragen:**

- » Was können Sie aus Ihrer Situation machen? «
- » Welchen Sinn ergeben die positiven (oder negativen) Erfahrungen, die Sie gerade in Ihrer Situation sammeln, für Sie? «
- » Wie erklären Sie sich diese Erfahrungen selbst? Oder einem guten Freund, einer guten Freundin? «

Mithilfe der Stärken- und Ressourcenkarte  können die Gesprächsergebnisse gut dokumentiert werden. Gleichzeitig stellt dieses Instrument mit seiner Matrix auch eine gute Erinnerungshilfe für die Erfassung der unterschiedlichen Bereiche dar.

Für eine stärkenfokussierte Zielarbeit, wie sie auch im BTHG (§ 117 SGB IX) angestrebt wird, ist eine Verknüpfung von Stärken und Zielen erforderlich. Stärkenfokussierte Ziele sind persönlich bedeutsam und beschreiben einen gewünschten Zustand in der Zukunft. Handlungsschritte, die für die Zielerreichung erforderlich sind, können in Form von sogenannten SMARRTS-Zielen (spezifisch, messbar, akzeptabel, realistisch, ressourcenorientiert, terminiert und stärkenorientiert) formuliert werden (vgl. EHLERS 2019). Stärkenfokussierte Ziele sind für alle Veränderungsprozesse hilfreich, bei denen die Bestrebungen von Menschen im Mittelpunkt stehen und die ein möglichst selbstmotiviertes Handeln erreichen wollen.

## Bedeutung der Stärkenarbeit für Klientinnen und Klienten

Sowohl die Stärkenperspektive als auch das Konzept der Salutogenese legen den Fokus auf die positiven Aspekte einer Lebenssituation, die Aktivierung von Ressourcen und die Befähigung der Menschen. Im Sinne der Salutogenese wird in der Stärkenarbeit versucht, für Klientinnen und Klienten einen Rahmen zu schaffen, in dem sich Kohärenzgefühle einstellen können und sich ihr Wohlbefinden verbessert. Beiden Ansätzen liegt das Vertrauen zugrunde, dass die Klientinnen und Klienten trotz Belastungen und Einschränkungen ihren Lebensalltag gestalten können. Indem ihre Stärken und Ressourcen (Schutzfaktoren) erfasst und gefördert werden, wird die Resilienz (Widerstandsfähigkeit) der Menschen gestärkt.

Wenn Menschen schwerwiegend erkranken, benötigen sie neben der Widerstandsfähigkeit auch die Fähigkeit und Möglichkeit zur Recovery (Erholungs- und Genesungsprozess). Auch hier ist die Einbeziehung von Stärken und Ressourcen förderlich und hilfreich für den persönlichen Entwicklungsprozess.

Damit Leitgedanken wie Empowerment umgesetzt werden können, Menschen Resilienz entwickeln und Genesungsprozesse in ihrem Sinne verlaufen, ist Stärkenarbeit unerlässlich. Hierfür benötigen Unterstützende und Ratsuchende einen kontinuierlichen Blick auf Dinge, die aus Sicht der Klientinnen und Klienten hilfreich sind und ihnen gelingen. So werden die Stärken und Ressourcen fokussiert und die Potenziale von Menschen entwickelt. Doch auch die Problemlagen müssen

gewürdigt werden. Hier sind es vor allem strukturelle Rahmenbedingungen, die Menschen behindern. Unterstützende sind aufgerufen, auf der Meso- und Makroebene aktiv zu werden, um diese zu verändern. In einem System, das noch immer den Blick auf Defizite und Probleme lenkt, ist die kritische Reflexion der Arbeit unerlässlich, um die Stärken und Ressourcen von Klientinnen und Klienten in Unterstützungsprozessen an erste Stelle zu setzen.

## Weiterführende Literatur

AMERING, M. & SCHMOLKE, M. (2012): *Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit*. Köln: Psychiatrie Verlag.

EHLERS, C. (2019): *Stärken neu denken. Die Kunst der stärkenfokussierten Zielarbeit in sozialen Handlungsfeldern*. Opladen, Berlin & Toronto: Barbara Budrich.

KNUF, A. (2016): *Empowerment und Recovery*. Köln: Psychiatrie Verlag.

**Dr. Corinna Ehlers** ist Sozialarbeiterin und promovierte Gesundheitswissenschaftlerin. Sie arbeitet als Professorin für »Theorien und Methoden Sozialer Arbeit mit dem Schwerpunkt Case Management« an der Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit der HAWK in Hildesheim und ist Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC). Case Management Ausbilderin (DGCC). Ihre aktuellen Arbeits- und Forschungsschwerpunkte sind: Stärkenorientierte Kooperations- und Beratungsansätze, Care und Case Management im internationalen Kontext.

**Karsten Giertz, M. A., Social Work**, promoviert an der Universitätsmedizin Greifswald zur psychosozialen Versorgung von Borderline-Patientinnen und -Patienten, ist Geschäftsführer des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. und hat mehrere Lehraufträge an verschiedenen Hochschulen. Er ist im Vorstand des European Centre of Clinical Social Work e. V. und Mitglied im Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V. sowie in den Fachgruppen Sektion Klinische Sozialarbeit und Case Management der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit.

## Literatur

- AMERING, M. & SCHMOLKE, M. (2012): Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit. Köln: Psychiatrie Verlag.
- ANTONOVSKY, A. (1987): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 1997.
- ARMBRUSTER, J.; DIETERICH, A.; HAHN, D.; RATZKE, K. (Hg.) (2015): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. Köln: Psychiatrie Verlag.
- BASAGLIA, F. (Hg.) (1973): Was ist Psychiatrie. Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1981.
- BISWAS-DIENER, R. (2010): Practicing positive psychology coaching. Assessment, activities and strategies for success. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- BRADSTREET, S. (2004): Elements of recovery: International learning and the Scottish context. SRN Discussion Paper Series. Paper 1.:  
<https://lx.iriss.org.uk/sites/default/files/resources/Elements%20of%20Recovery%20International%20learning%20and%20the%20Scottish%20context.pdf> (29.07.2021).
- BRUGGMANN, N. (2014): Motivation fördern, Bereitschaft aktivieren. In: NUSSBAUM, A. & STORCH, M. (Hg.): Ich packs! Selbstmanagement für Jugendliche. Ein Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell, S. 303–320. Bern: Huber.
- BUTTNER, P. (2018): Ressourcen. In: BUTTNER, P.; GAHLEITNER, S. B.; HOCHULI FREUND, U. RÖH, D. (Hg.): Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit, S. 76–83. Berlin: Verlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V.
- CHAPIN, R. (2011): Social Policy for Effective Practice. A Strengths Approach. 2nd edition. New York and London: Routledge.
- COOPER, D. (1967): Psychiatrie und Anti-Psychiatrie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1971.
- COOPER, D. (1978): Die Sprache der Verrücktheit: Erkundungen ins Hinterland der Revolution. Berlin, Rotbuch Verlag.
- CRAWFORD, M. J.; RUTTER, D.; MANLEY, C.; WEAVER, T.; BHUI, K.; FULOP, N. u. a. (2002): Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. British Medical Journal, 325 (30), S. 1–5.
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hg.) (2018): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin: Springer Verlag.

- DOOSE, S. (2020): »I want my dream«. Persönliche Zukunftsplanung. Neue Perspektiven und Methoden einer personenorientierten Planung mit Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Neu Ulm: AG SPAK.
- EHLERS, C. (2019): Stärken neu denken. Die Kunst der stärkenfokussierten Zielarbeit in sozialen Handlungsfeldern. Opladen, Berlin & Toronto: Barbara Budrich.
- EHLERS, C.; MÜLLER, M.; SCHUSTER, F. (2017): Stärkenorientiertes Case Management. Komplexe Fallbearbeitung in fünf Schritten. Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich.
- FOUCAULT, M. ([1973–1974] 2003): Die Macht der Psychiatrie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2015.
- FOUCAULT, M. (1954): Psychologie und Geisteskrankheit. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2017.
- FOUCAULT, M. (1961): Wahnsinn und Gesellschaft: Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2015.
- FRIEDRICH, S. (2012): Ressourcenorientierte Netzwerkmoderation, Wiesbaden: VS.
- FRÖHLICH-GILDHOFF, K. & RÖNNAU-BÖSE, M. (2019): Resilienz. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- FRÖHLICH-GILDHOFF, K. (2020): Resilienz – was ist das? Klinische Sozialarbeit, 16 (4), S. 4–8.
- FRÜCHTEL, F.; BUDDE, W.; CYPRIAN, G. (2010): Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Fieldbook: Methoden und Techniken. Wiesbaden: VS.
- GARDNER, H. (2008): Intelligenzen. Die Vielfalt des menschlichen Geistes. Stuttgart: Klett-Cotta.
- GOFFMAN, E. (1961): Asyl: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1972.
- GOFFMAN, E. (1963): Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2014.
- HAYE, B. & KLEVE, H. (2011): Systemische Schritte helfender Kommunikation. Sechs-Phasen-Modell für die Falleinschätzung und die Hilfeplanung. In: KLEVE, H.; HAYE, B.; HAMPE-GROSSER, A.; MÜLLER, M. (2011): Systemisches Case-Management, S. 103–126. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- HERRIGER, N. (2020): Empowerment in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.
- KNUF, A. (2016): Empowerment und Recovery. Köln: Psychiatrie Verlag.
- LAING, R. D. (1960): Das geteilte Selbst: Eine existentielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 1987.
- LAING, R. D. (1967): Phänomenologie der Erfahrung. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1981.

- LINDERT, J.; SCHICK, A.; KALISCH, R.; TÜSCHER, O. (2018): Verläufe von Resilienz – Beispiele aus Längsschnittstudien. *Der Nervenarzt*, 89 (7), S. 759-765.
- MAGISTRETTI, C. M. (Hg.) (2019): Salutogenese kennen und verstehen: Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung. Bern: Hogrefe Verlag.
- MENDENHALL, A. & CARNEY, M. (Hg.) (2020): *Rooted in strengths: Celebrating the strengths perspective in social work*. Lawrence: University of Kansas Libraries.
- MITSCHERLICH, A. & MIELKE, F. (1960): *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2017.
- MÖBIUS, TH. & FRIEDRICH, S. (2010): *Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich*. Wiesbaden: VS Verlag.
- NIEMIEC, R. (2014): *Mindfulness and character strengths: A practical guide to flourishing*. Göttingen: Hogrefe.
- NIEMIEC, R. (2018): *Character strengths interventions: A field guide for practitioners*. Göttingen: Hogrefe.
- PETERSON, C. & SELIGMAN, M. E. P. (2004): *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford u. a.: Oxford University Press.
- RAPP, C. & GOSCHA, R. J. (2012): *The strengths model: A recovery-oriented approach to mental health services*. New York: Oxford University Press. 3rd edition.
- RAPPAPORT, J. (1981): In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9 (1), S. 1–25.
- RATH, T. (2007): *StrengthsFinder 2.0*. New York: Gallup Press
- RÖNNAU-BÖSE, M. & FRÖHLICH-GILDHOFF, K. (2015): *Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne*. Stuttgart: Kohlhammer.
- RUSSO, J. (2012): Survivor-Controlled Research: A new foundation for thinking about psychiatry and mental health. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 13 (1). <https://doi.org/10.17169/fqs-13.1.1790>
- RUSSO, J. & SWEENEY, A. (Hg.) (2016): *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies*. Monmouth: PCCS Books
- SALEEBEY, D. (2013a): Introduction: Power in the people. In: SALEEBEY, D. (Hg.): *The strengths perspective in social work. International Edition*, S. 1–24. Boston u. a.: Pearson.
- SALEEBEY, D. (2013b): The strengths approach to practice beginnings. In: SALEEBEY, D. (Hg.): *The strengths perspective in social work. International Edition. 6th edition*, S. 97–112. Boston u. a.: Pearson.
- STORCH, M. & KRAUSE, F. (2017): *Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)*. Bern: Hogrefe.

- SZASZ, T. S. (1961): Geisteskrankheit: Ein moderner Mythos? Olten und Freiburg im Breisgau: Walter-Verlag, 1972.
- SZASZ, T. S. (1970): Psychiatrie. Die verschleierte Macht. Olten und Freiburg im Breisgau: Walter-Verlag, 1975.
- UTSCHAKOWSKI, J.; SELAFF, G.; BOCK, T.; WINTER, A. (2016): Experten aus Erfahrung: Peearbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag.
- WALLERSTEIN, N. (2006): What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report).
- WERNER, E. E. (2020a): Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: OPP, G.; FINGERLE, M.; SUESS, G. (Hg.): Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz, S. 10–21. München: Ernst Reinhardt.
- WERNER, E. E. (2020b): Resilienz: ein Überblick über internationale Längsschnittstudien. In: OPP, G.; FINGERLE, M.; SUESS, G. (Hg.): Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz, S. 82–96. München: Ernst Reinhardt.



Karsten Giertz, Lisa Große, Dieter Röh (Hg.)

## **Soziale Teilhabe professionell fördern** Grundlagen und Methoden der Unterstützung

1. Auflage 2022, 302 Seiten, 30,00 €

ISBN: 978-3-96605-100-2

## Selbstbestimmung und Eigenverantwortung in der Eingliederungshilfe stärken

Das System der Leistungen im Bereich der Teilhabe und Rehabilitation hat sich nach der Reform des SGB IX grundlegend verändert. Der neu eingeführte Begriff der qualifizierten Assistenz erfordert von den Mitarbeitenden der Eingliederungshilfe zeitgemäße fachliche Konzepte für die Beratung und Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. In diesem Buch werden Grundlagen und Methoden der Sozialen Arbeit vorgestellt, die von der Bedarfsermittlung bis zur Leistungserbringung nützlich sind. Fallbeispiele, Abbildungen und Downloadmaterialien unterstützen den Transfer von der Theorie in die Praxis.