

ZKS Verlag für psychosoziale Medien



Die soziale Dimension einer chronischen Erkrankung im Kindes- und Jugendalter

Erkenntnisse aus der pädiatrischen (Neuro-)Onkologie

Kerstin Krottendorfer

Mit Zusatzmaterialien zum Download





Universität Vechta
University of Vechta

Die vorliegende Studie wurde im April 2025 vom Fachbereich Soziale Arbeit der Universität Vechta als Dissertation angenommen.



Zusatzmaterial zum Download über:
<https://zks-medien.de/anhang-zur-veroeffentlichung/>

Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Kerstin Krottendorfer

**Die soziale Dimension einer chronischen Erkrankung im Kindes- und Jugendalter.
Erkenntnisse aus der pädiatrischen (Neuro-)Onkologie**

Die automatisierte Analyse des Werks, um daraus Informationen insbesondere über Muster, Trends und Korrelationen gemäß §44b UrhG („Text und Data Mining“) zu gewinnen, ist untersagt.

© 2026 bei der Autorin. Alle Rechte vorbehalten

ISBN 978-3-69101-016-9

Wissenschaftliches Lektorat, Grafik, Layout und Satz: Ilona Oestreich

Coverbilder: © Sara Stankovic

Covergestaltung: Ilona Oestreich

ZKS Verlag für psychosoziale Medien

Albrecht-Dürer-Str. 166

97204 Höchberg

info@zks-verlag.de

www.zks-verlag.de

Inhalt

Zusammenfassung	13	
Abstract	14	
Danksagung	15	
1	Einleitung	17
2	Theoretischer Bezugsrahmen und Forschungsstand	21
2.1	Gesundheit und Krankheit	21
2.1.1	Das biopsychosoziale Modell	22
2.1.2	Konzept der „positiven Gesundheit“	26
2.1.3	Determinanten der Kinder- und Jugendgesundheit	28
2.1.3.1	Individuelle Determinanten	29
2.1.3.2	Verhältnisbezogene Determinanten	30
2.2	Klinische Sozialarbeit und das biopsychosoziale Verständnis von Gesundheit und Krankheit	34
2.2.1	Das biopsychosoziale Verständnis in der Klinischen Sozialarbeit	35
2.2.2	Die soziale Dimension aus der Perspektive der Klinischen Sozialarbeit	39
2.2.2.1	Determinierung der sozialen Dimension nach Ehrhardt (2021, 2023)	40
2.2.2.2	Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit nach Rügger (2012) und Sommerfeld et al. (2016)	42
2.3	Pädiatrische Onkologie	44
2.3.1	Tumoren des zentralen Nervensystems und deren medizinische Behandlung	45
2.3.2	Psychosoziale Standards in der pädiatrischen Onkologie	48
2.3.3	Klinische Sozialarbeit in der pädiatrischen Onkologie – Standortbestimmung, Grundprinzipien, theoretische Bezüge und Methoden	50
2.3.3.1	Eine Standortbestimmung	51
2.3.3.2	Disziplinäre Zuständigkeit und Grundprinzipien der Klinischen Sozialarbeit in der pädiatrischen Onkologie	53
2.3.3.3	Bewältigung und Krankheit	57
2.3.3.3.1	Lebensbewältigung nach Böhnisch	57

2.3.3.3.2	Bewältigungsanforderungen und Auswirkungen einer onkologischen Erkrankung des Kindes auf das Familiensystem _____	60
2.3.3.4	Soziale Unterstützung und soziale Netzwerke _____	63
2.3.3.4.1	Grundverständnis sozialer Unterstützung und sozialer Netzwerke _____	64
2.3.3.4.2	Die Bedeutung sozialer Unterstützung und sozialer Netzwerke in der pädiatrischen Onkologie _____	68
2.3.3.5	Soziale Diagnostik _____	71
2.3.3.5.1	Das Verständnis Sozialer Diagnostik _____	71
2.3.3.5.2	Soziale Diagnostik im Bereich somatoformer Erkrankung mit Fokus auf Kinder- und Jugendheilkunde _____	73
2.3.3.5.3	Studienlage Sozialer Diagnostik in der pädiatrischen Onkologie _____	76
2.3.4	Studienlage zur sozialen Dimension in der pädiatrischen Onkologie _____	77
2.3.4.1	Kindergarten, Schule, Ausbildung und Beruf _____	78
2.3.4.2	Wohnen und Mobilität _____	79
2.3.4.3	Arbeit und Beschäftigung der Eltern _____	80
2.3.4.4	Finanzielle Dimension _____	82
2.3.4.5	Soziokulturelle Dimension _____	86
2.3.4.6	Covid-19-Pandemie und ihre Auswirkungen _____	88
2.4	Zwischenfazit und Anknüpfungspunkte für die Studie _____	89

3	Method(olog)ische Rahmung und Forschungsprozess _____	93
3.1	Mixed-Methods-Design _____	93
3.2	Fragestellung _____	95
3.3	Institution und Stichprobe _____	96
3.4	Quantitativer Forschungsteil _____	98
3.4.1	Erhebungsinstrumente _____	99
3.4.1.1	Soziales Diagnostikverfahren für die Klinische Soziale Arbeit in der Pädiatrischen Onkologie (DISAPO) _____	99
3.4.1.2	Ressourcen- und Belastungsprofil der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie (RB-P-POH) _____	101
3.4.1.3	Familien- und Belastungsfragebogen (FaBel) _____	102
3.4.1.4	Medizinische Daten _____	102
3.4.2	Methoden der quantitativen Datenauswertung _____	103
3.5	Qualitativer Forschungsteil _____	105
3.5.1	Dokumentenanalyse _____	105

3.5.2	Inhaltliche qualitative strukturierende Inhaltsanalyse _____	107
3.6	Ethische Aspekte und Datenschutz _____	110
3.7	Reflexion des Forschungsprozesses und Limitationen _____	112
3.7.1	Reflexion zum Forschungsdesign _____	112
3.7.2	Rollenreflexion – ich als Forscherin _____	115
3.7.3	Einflüsse und Maßnahmen während der Covid-19-Pandemie _____	116
4	Darstellung der quantitativen Forschungsergebnisse _____	119
4.1	Ergebnisse der Querschnittstudie _____	119
4.1.1	Medizinische Aspekte zur Beschreibung der Stichprobe _____	119
4.1.2	Anamnestische Beschreibung der sozialen Dimension zu Behandlungsbeginn _____	124
4.1.2.1	Daten zum Erstgespräch _____	124
4.1.2.2	Aufenthalt, Sprache und Versicherung _____	125
4.1.2.3	Familiäre und soziale Situation _____	127
4.1.2.4	Erwerbstätigkeit und Finanzen _____	130
4.1.2.5	Wohnen und Mobilität _____	134
4.1.2.6	Vorhandene Leistungsansprüche _____	136
4.1.3	Diagnostizierung der sozialen Dimension _____	137
4.1.3.1	Beschreibung der sozialen Dimension _____	137
4.1.3.2	Soziale Lebenslagen _____	142
4.1.3.3	Medizinische Aspekte und die sozialen Dimensionen _____	144
4.1.4	Darstellung der klinisch-sozialarbeiterischen Interventionen _____	147
4.2	Ergebnisse der Längsschnittstudie _____	152
4.2.1	Darstellung der Erhebungszeitpunkte _____	152
4.2.2	Medizinische Aspekte zur Beschreibung der Stichprobe _____	153
4.2.3	Anamnestische Beschreibung der sozialen Dimension zu Behandlungsbeginn und im Behandlungsverlauf _____	158
4.2.3.1	Daten zum Erstgespräch _____	158
4.2.3.2	Aufenthalt, Sprache und Versicherung _____	159
4.2.3.3	Familiäre und soziale Situation _____	161
4.2.3.4	Erwerbstätigkeit und Finanzen _____	164
4.2.3.5	Wohnen und Mobilität _____	169
4.2.3.6	Vorhandene Leistungsansprüche _____	171
4.2.4	Diagnostizierung der sozialen Dimension _____	174

4.2.5	Ergebnisse vom Ressourcen- und Belastungsprofil (RB-P)	176
4.2.6	Ergebnisse des Familien- und Belastungsfragebogens (FaBel)	178
4.2.7	Zusammenhänge zwischen den Erhebungsinstrumenten (FaBel, RB-P, DISAPO)	179
5	Darstellung der qualitativen Forschungsergebnisse	181
5.1	Einleitung	181
5.1.1	Kapitel Aufbau	181
5.1.2	Übergreifende Analyseergebnisse	181
5.2	Interdisziplinarität	185
5.2.1	Gesamtanalyse	185
5.2.2	Fallbeschreibung Familie Spitz	188
5.2.3	Zusammenfassung	189
5.3	Familiensituation, soziale Beziehungen und Netzwerke	189
5.3.1	Gesamtanalyse	189
5.3.2	Fallbeschreibung Familie Tipper	194
5.3.3	Zusammenfassung	195
5.4	Wohnungsbezogene Themen und Transfer(leistungen)	196
5.4.1	Gesamtanalyse	196
5.4.2	Fallbeschreibung Familie Kolesnik und Familie Mirwais	201
5.4.2.1	Familie Kolesnik	201
5.4.2.2	Familie Mirwais	203
5.4.3	Zusammenfassung	204
5.5	Grundsichernde Themen/Transfer(leistungen)	205
5.5.1	Gesamtanalyse	205
5.5.2	Fallbeschreibung Familie Mirwais	207
5.5.3	Zusammenfassung	209
5.6	Familienbezogene Themen/Transfer(leistungen)	209
5.6.1	Gesamtanalyse	209
5.6.2	Fallbeschreibung Familie Demir	211
5.6.3	Zusammenfassung	212
5.7	Erkrankungsbezogene Themen/Transfer(leistungen)	212
5.7.1	Gesamtanalyse	212
5.7.2	Fallbeschreibung Familie Ahmad	216
5.7.3	Zusammenfassung	217

5.8	Aufenthaltsspezifische Aspekte	218
5.8.1	Gesamtanalyse	218
5.8.2	Fallbeschreibung Familie Kolesnik und Familie Kainz	221
5.8.2.1	Fallbeschreibung Familie Kolesnik	221
5.8.2.2	Fallbeschreibung Familie Kainz	222
5.8.3	Zusammenfassung	223
5.9	Bildungswesen	224
5.9.1	Gesamtanalyse	224
5.9.2	Fallbeschreibung Familie Awil	227
5.9.3	Zusammenfassung	228
5.10	Arbeit und Beschäftigung	229
5.10.1	Gesamtanalyse	229
5.10.2	Fallbeschreibung Familie Hader	234
5.10.3	Zusammenfassung	236
5.11	Versicherung	236
5.11.1	Gesamtanalyse	236
5.11.2	Fallbeschreibung Familie Binder	238
5.11.3	Zusammenfassung	239
5.12	Mobilität	239
5.12.1	Gesamtanalyse	239
5.12.2	Fallbeschreibung Familie Awil	241
5.12.3	Zusammenfassung	242
5.13	Soziokulturelle Aspekte	243
5.13.1	Gesamtanalyse	243
5.13.2	Fallbeschreibung Familie Puno	245
5.13.3	Zusammenfassung	246
5.14	Extramurale Institutionen und Netzwerke	246
5.14.1	Gesamtanalyse	246
5.14.2	Fallbeschreibung Familie Puno	249
5.14.3	Zusammenfassung	251
5.15	Covid-19-Pandemie	251
5.15.1	Gesamtanalyse	251
5.15.2	Fallbeschreibung Familie Bock	254
5.15.3	Zusammenfassung	255

5.16	Individuelle(s) körperliche(s) und psychische(s) Wohlbefinden/ Gesundheit	256
5.16.1	Gesamtanalyse	256
5.16.2	Fallbeschreibung Familie Sadiku	259
5.16.3	Zusammenfassung	260

6 Zusammenführung der empirischen Ergebnisse sowie Diskussion und Interpretation unter Einbezug der Theorie _____ **263**

6.1	Einleitung	263
6.2	Erkrankungsbezogene Dimension	263
6.2.1	Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse und Schlussfolgerungen	263
6.2.2	Diskussion der empirischen Ergebnisse in Verbindung mit der Theorie	267
6.3	Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung	269
6.3.1	Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse und Schlussfolgerungen	269
6.3.2	Diskussion der empirischen Ergebnisse in Verbindung mit der Theorie	277
6.4	Wohnspezifischer Bereich und Mobilität	284
6.4.1	Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse und Schlussfolgerungen	284
6.4.2	Diskussion der empirischen Ergebnisse in Verbindung mit der Theorie	291
6.5	Finanzieller Bereich	295
6.5.1	Zusammenführung und Schlussfolgerungen der empirischen Ergebnisse	295
6.5.2	Diskussion der empirischen Ergebnisse in Verbindung mit der Theorie	302
6.6	Aufenthaltspezifischer und kultureller Bereich	Fehler! Textmarke nicht definiert.
6.6.1	Zusammenführung und Schlussfolgerungen der empirischen Ergebnisse	308
6.6.2	Diskussion der empirischen Ergebnisse in Verbindung mit der Theorie	312
6.7	Kinderbetreuung, Bildungswesen und Beruf	317
6.7.1	Zusammenführung und Schlussfolgerungen der empirischen Ergebnisse	317
6.7.2	Diskussion und Interpretation der empirischen Ergebnisse in Verbindung mit der Theorie	319
6.8	Arbeitsbezogener Bereich	323
6.8.1	Zusammenführung und Schlussfolgerungen der empirischen Ergebnisse	323
6.8.2	Diskussion der empirischen Ergebnisse in Verbindung mit der Theorie	327
6.9	Versicherungsbezogener Bereich	331
6.9.1	Zusammenführung und Schlussfolgerungen der empirischen Ergebnisse	331

6.9.2	Diskussion der empirischen Ergebnisse in Verbindung mit der Theorie	___ 334
6.10	Covid-19-Pandemie	_____ 336
6.10.1	Zusammenführung und Schlussfolgerungen der empirischen Ergebnisse	_ 336
6.10.2	Diskussion der empirischen Ergebnisse in Verbindung mit der Theorie	___ 339
6.11	Gesundheit und Wohlbefinden im Familiensystem	_____ 341
6.11.1	Zusammenführung und Schlussfolgerungen der empirischen Ergebnisse	_ 341
6.11.2	Diskussion der empirischen Ergebnisse in Verbindung mit der Theorie	___ 344
6.12	Übergreifende Schlussfolgerungen und Modellvorschlag für die soziale Dimension in der pädiatrischen Onkologie	_____ 348
7	Übergreifende Implikationen für Praxis und Forschung	_ 355
7.1	Implikationen für die Praxis	_____ 355
7.1.1	Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung	_____ 355
7.1.2	Sozioökonomische Bereiche	_____ 358
7.1.3	Sozioökologische Bereiche	_____ 364
7.1.4	Kulturelle Bereiche	_____ 364
7.1.5	Soziale Diagnostik	_____ 365
7.2	Implikationen für die Forschung	_____ 366
7.2.1	Soziale Dimension	_____ 366
7.2.2	Biopsychosozialer Fokus	_____ 371
8	Zusammenfassung und Ausblick	_____ 373
9	Literaturverzeichnis	_____ 375
10	Abkürzungs-, Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	_____ 405
10.1	Abkürzungsverzeichnis	_____ 405
10.2	Abbildungsverzeichnis	_____ 412
10.3	Tabellenverzeichnis	_____ 414

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie befasst sich mit der sozialen Dimension von chronisch erkrankten Kindern bzw. Jugendlichen und deren Familien am Beispiel der pädiatrischen (Neuro-)Onkologie. Im Interesse steht, welche Bereiche der sozialen Dimension aufgrund der Erkrankung betroffen sind, wie sich diese im Behandlungsverlauf verändern und welche Einflüsse die medizinischen Aspekte haben. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird ein Mixed-Methods-Design genutzt. Für die quantitativen Studienteile (Querschnittstudie, Längsschnittstudie) kommt das „Soziale Diagnostikverfahren für die Klinische Soziale Arbeit in der pädiatrischen Onkologie“ (DISAPO) bei Behandlungsbeginn sowie während des Behandlungsverlaufs zum Einsatz, und es werden medizinische Daten erhoben. In der Längsschnittstudie werden zwei zusätzliche Erhebungsverfahren (Ressourcen- und Belastungsprofil, Familien- und Belastungsfragebogen) eingesetzt. Die Auswertung erfolgt mittels deskriptiver und inferenzstatistischer Methoden. Der qualitative Studienteil beinhaltet eine Dokumentenanalyse (Dokumentation der Klinischen Sozialarbeit), die mittels der inhaltlichen qualitativen strukturierenden Inhaltsanalyse ausgewertet wird.

Anhand der Ergebnisse dieser Studie kristallisieren sich fünf Bereiche der sozialen Dimension heraus, die von der onkologischen Erkrankung betroffen sind und in einem Modell dargestellt werden: die sozioökonomischen, sozioökologischen, kulturellen und strukturellen Bereiche sowie der Bereich sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung. Weitere Kernergebnisse sind der enge Zusammenhang innerhalb der Bereiche der sozialen Dimension, ihre wechselseitige Beeinflussung und ihr dynamisches Verhalten zum Behandlungsverlauf. Auf die einzelnen Bereiche der sozialen Dimension wirken zudem erkrankungsbezogene Aspekte ein: Erstdiagnose bzw. Rezidiv, Vorerkrankung, Prognose, Alter, Tumorprädispositionssyndrom, Auslandsbehandlung, Behandlungsdauer, Krankheits- bzw. Behandlungsverlauf. Die Bereiche der sozialen und erkrankungsbezogenen Dimension wiederum beeinflussen die psychische Dimension, sodass eine Einordnung in das biopsychosoziale Modell erfolgen kann.

Die Ergebnisse dieser Studie stärken die Determinierung der sozialen Dimension bei chronisch erkrankten Kindern bzw. Jugendlichen sowie deren Familien am Beispiel der pädiatrischen Onkologie und bedeuten damit eine Annäherung an eine gleichrangige Betrachtung von Praxis und Forschung im Rahmen des biopsychosozialen Modells. Dies bietet einerseits Klinischen Sozialarbeitenden in der Praxis die Möglichkeit, auf Basis des Modells die Versorgung zu spezifizieren sowie die Notwendigkeit der Behandlung der sozialen Dimension gegenüber anderen Professionen – z.B. der Institution und den Kostenträgern – zu stärken. Andererseits ermöglicht es eine Basis für weitere Forschungstätigkeit zur sozialen Dimension im Handlungsfeld somatoformer chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter.

Abstract

This study examines the social dimension of chronically ill children and adolescents and their families, using the example of pediatric (neuro)oncology. The focus is on determining which areas of the social dimension are affected by the illness, how these change during the course of treatment, and the impact of medical aspects. A mixed-methods design was used to answer the research question. For the quantitative study components (cross-sectional study, longitudinal study), the "Social Diagnostic Procedure for Clinical Social Work in Pediatric Oncology" was used at the beginning and during the course of treatment, and medical data were then collected. Two additional survey methods (resource and stress profile, family and stress questionnaire) were used in the longitudinal study. Descriptive and inference statistical methods were applied. The qualitative component of the study includes a document analysis (clinical social work documentation), which was evaluated using qualitative structuring content analysis.

Based on the results of this study, we have identified and modeled five domains of the social dimension that are affected by the oncological disease: the socio-economic, socio-ecological, cultural and structural domains as well as the domains of social networks and social support. Other key findings include the close interrelationships among the domains of the social dimension, their mutual influence, and their dynamic relationship with the course of treatment. A number of disease-related aspects also have an impact on the individual areas of the social dimension; these include initial diagnosis or recurrence, pre-existing conditions, prognosis, age, tumor predisposition syndrome, treatment abroad, duration of treatment, and disease or treatment course. The social and disease-related dimensions, in turn, influence the psychological dimension, allowing for their integration into the biopsychosocial model.

The results of this study strengthen the determination of the social dimension in chronically ill children and adolescents and their families using the example of pediatric oncology, bringing us closer to an equal consideration of practice and research within the framework of the biopsychosocial model. This offers clinical social workers the practical opportunity to specify care based on the model and reinforce the need to address the social dimension vis-a-vis other professions – e.g. the institution and the funding agencies. In addition, it provides a basis for further research into the social dimension in the field of somatoform chronic illness in childhood and adolescence.

Danksagung

Zunächst möchte ich meinen Dank an die Patient:innen und deren Familien aussprechen, die sich dazu bereit erklärt und die Zeit genommen haben, an der Studie mitzuwirken. Danke sagen möchte ich weiterhin der Kinderkrebshilfe Wien-NÖ-Bgld, dem Verein NF Kinder und der Forschungsgesellschaft für cerebrale Tumoren, die eine klinisch-sozialarbeiterische Beratung und Behandlung an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde der Medizinischen Universität Wien durch ihre Finanzierung von personellen Ressourcen überhaupt ermöglichten.

Weiterhin möchte ich mich bei meinen beiden Betreuerinnen Univ.-Prof.in Dr.in rer.pol. Yvette Völschow und Prof.in Dr.in Silke Birgitta Gahleitner bedanken, die mich während des ganzen Zeitraums der Bearbeitung begleitet und beraten haben. Ebenso danke ich all den Forschenden, Promovierenden und Professor:innen, die ich in diesem Zeitraum durch diverse Kongresse, Tagungen, Arbeitsgruppen kennenlernen durfte: Ihr Input und Austausch hat mich in meiner Arbeit inspiriert und motiviert. Stellvertretend dafür möchte ich Lisa Große, Bianca Nagel und Maite Gabriel erwähnen, die für mich eine große emotionale und fachliche Unterstützung waren und mir stets zur Seite standen.

Danken möchte ich außerdem dem gesamten neuroonkologischen Team sowie dem Team der Klinischen Sozialarbeit der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde der Medizinischen Universität Wien, die mich beratend und unterstützend begleitet haben, allen voran Dr.in Ulrike Leiss, die für mich ein Vorbild und eine Mentorin ist, mich zu dieser Arbeit motiviert und in allen Belangen gefördert hat.

Mein Dank gilt auch meiner Familie und meinen Freund:innen, die mein Ziel, diese Arbeit zu verfassen, durch Ermutigung und Verständnis mitgetragen haben.

Abschließend möchte ich meinem Partner ein großes Dankeschön aussprechen, der mich über die Jahre der Promotion ermutigt, begleitet und gestärkt hat. Sein Rückhalt und seine Unterstützung in jeglichen Belangen haben es mir ermöglicht, mich über diesen langen Zeitraum auf meine Forschungsarbeit konzentrieren und sie abzuschließen zu können.

1 Einleitung

In Österreich leben 1.77 Millionen Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (Turuski, 2025, o.S.). Davon haben ca. 390.000 eine chronische oder seltene Erkrankung und demzufolge im Alltag mit gesundheitlichen Einschränkungen zu kämpfen (Österreichische Liga, o.J.; vgl. auch Felder-Puig et al., 2023). In Österreich und anderen westlichen Ländern nimmt die Zahl der Kinder/Jugendlichen mit chronischen Krankheiten zu (Griebler et al., 2016, S. 1, Reinhardt & Petermann, 2010; Schlack et al., 2008). Weiterhin findet eine „Verschiebung ... von den akuten zu den chronischen Krankheiten und von den somatischen zu den psychischen Störungen“ (Reinhardt & Petermann, 2010, S. 14) statt, was unter dem Begriff der neuen Morbidität zusammengefasst wird (ebd.). Zu chronischen Erkrankungen zählen z.B. Asthma, juvenile Diabetes, rheumatologische Erkrankungen, Allergien, Herzerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, onkologische Erkrankungen (Österreichische Liga, o.J.; Schmidt & Thyen, 2008, S. 585). Die verschiedenen Erkrankungen bilden eine große Heterogenität ab, daher sind die Verläufe sehr unterschiedlich (Schmidt & Thyen, 2008, S. 585). Aus diesem Grund wird der Fokus in dieser Arbeit auf ein einzelnes Erkrankungsbild gelegt: die onkologische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter.

In Österreich erkranken pro Jahr etwa 300 Kinder bis zum 18. Lebensjahr an einer onkologischen Erkrankung (Hackl & Ihle, 2024, S. 28). Die Erkrankung versetzt das gesamte Familiensystem in einen Ausnahmezustand und bringt emotionale, psychische, soziale und körperliche Herausforderungen mit sich (Wiener & Salzmann, 2016, S. 979). Daher ist neben der medizinischen Behandlung die psychosoziale Begleitung der gesamten Patient:innenfamilie unabdingbar (Schröder et al., 2008/2019, S. 8f.). Die Grundlage für die psychosoziale Begleitung bieten die internationalen Standards von Wiener et al. (2015) sowie für den deutschsprachigen Raum die S3-Leitlinie „Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie“ (AWMF-Register Nr. 025/002; Schröder et al., 2008/2019) der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (PSAPOH). Hier werden 15 evidenzbasierte Standards „Psychosocial Standards of Care Project for Childhood Cancer“ (PSCPCC; Wiener et al., 2015) und in der S3-Leitlinie die Struktur- und Rahmenbedingungen, psychosoziale Diagnostik, Belastungsfaktoren und Ressourcen, Indikationen und Interventionen sowie Dokumentation beschrieben (Schröder et al., 2008/2019). Darin sind auch die Berufsgruppen für eine notwendige psychosoziale Versorgung erfasst, darunter die Soziale Arbeit (ebd., S. 18). Neben diesen beiden Grundwerken geben einige andere Publikationen (APOSW, 2009; Bösel et al., 2024; Cincotta et al., 2024; Good-

enough et al., 2008; Middleton, 2022; Verulava et al., 2019; Walzl, 2014) einen spezifischeren Blick in die Soziale Arbeit in der pädiatrischen Onkologie inklusiven den disziplinären Zuständigkeiten und den Tätigkeitsbereichen.

Die vorliegende Arbeit orientiert sich am Fachdiskurs der Klinischen Sozialarbeit als gesundheitsbezogene Fachsozialarbeit (Pauls 2004/2013b; Kröger et al., 2023), die u.a. die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit im Fokus hat (Ehrhardt, 2021, 2023; Friedli & Straubhaar, 2024; Liel, 2019; Rügger, 2012; Sommerfeld, 2020; Sommerfeld et al., 2016). Differenzierte Ausführungen zur sozialen Dimension existieren bisher z.B. im Bereich Psychiatrie/Sucht mit den Publikationen von Rügger (2012), Sommerfeld et al. (2016) und Ehrhardt (2021, 2023). Im Handlungsfeld der pädiatrischen Onkologie wurden zwar einige Forschungen zu Auswirkungen der onkologischen Erkrankungen bezüglich der einzelnen Bereiche soziale Dimension veröffentlicht (Bhatia, 2011; Devine et al., 2022; Gupta et al., 2014; Khalid et al., 2019; Pelletier & Bona, 2015; Tarnasky et al., 2021), doch eine konkrete Versorgungsforschung zur ganzheitlichen Darstellung der sozialen Dimension in der pädiatrischen Onkologie findet bisher wenig Beachtung (Roick et al., 2020, S. 2). Diese unzureichende Determinierung der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit ist nicht nur in diesem Handlungsfeld vorhanden, sondern wird im Fachdiskurs der Klinischen Sozialarbeit generell als lückenhaft betrachtet (Liel, 2019; Ehrhardt, 2023, S. 6f.; Sommerfeld et al., 2016, S. 97–99). Sommerfeld et al. (2016) stellen resümierend fest, dass erst bei ausreichender Determinierung die soziale Dimension im Rahmen des biopsychosozialen Modells gleichrangig betrachtet werden kann (ebd., S. 97–99), aktuell wird sie in die Versorgung von Adressat:innen noch unzureichend einbezogen (Richter & Hurrelmann, 2023, S. 11). Ein möglicher Ansatzpunkt besteht darin, dieses Bewusstsein durch Forschungstätigkeit zur sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit weiter voranzubringen.

Die Erfassung der sozialen Dimension in Kombination mit diesem spezifischen Handlungsfeld sowie mit den Auswirkungen auf das gesamte Familiensystem ist komplex. Soziale Diagnostik legt den Fokus auf die Erfassung der sozialen Dimension (Rügger & Friedli, 2023, S. 14) und behält dabei die Schnittstellen zur körperlichen und psychischen Dimension im Blick (Gahleitner et al., 2014, S. 145f.; Gahleitner & Pauls, 2013, S. 61), die bei der Determinierung der sozialen Dimension einen wichtigen Beitrag leisten können (Ehrhardt, 2021; Sommerfeld et al., 2016, S. 126–129). Im Bereich der Pädiatrie existieren aktuell drei konkrete soziale Diagnostikverfahren, die speziell für die Kinder- und Jugendheilkunde entwickelt wurden (Hosek, 2012; NKF, 2008; Krottendorfer, 2017c), zur Studienlage Sozialer Diagnostik speziell in der pädiatrischen Onkologie

hingegen nur zwei Publikationen einer Autor:innengruppe (Haunberger et al., 2019, 2020). Die fehlende Thematisierung der Sozialen Diagnostik bildet sich auch in der S3-Leitlinie ab, die im Kapitel zur psychosozialen Diagnostik hauptsächlich psychologisch-orientierte Verfahren anführt (Schröder et al., 2008/2019, S. 26–34).

Vor diesem Hintergrund hat die vorliegende Arbeit zum Ziel, am Beispiel der pädiatrischen Onkologie eine Ausformulierung der sozialen Dimension für somatoforme chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter mit Unterstützung Sozialer Diagnostik vorzunehmen. Dafür lassen sich folgende Forschungsfragen ableiten:

Welche Bereiche der sozialen Dimension sind aufgrund der onkologischen Erkrankung des Kindes betroffen, wie und warum verändern sie sich im Behandlungsverlauf, und welchen Einfluss nehmen die medizinischen Aspekte auf die soziale Dimension?

Für eine mehrperspektivische Beantwortung der Forschungsfragen und eine umfassende Betrachtung der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit bei onkologisch erkrankten Kindern/Jugendlichen und deren Familien liegt der Studie ein Mixed-Methods-Design (convergent design, vgl. Creswell & Plano Clark, 2007/2018) zugrunde, das in drei Studienteile gegliedert wird. *Studienteil I* umfasst eine quantitative Studie im Querschnitt ($n=160$), *Studienteil II* im Längsschnitt ($n=34$). Grundlage für die Datenerhebung ist das „Soziale Diagnostikverfahren für die Klinische Soziale Arbeit in der pädiatrischen Onkologie“ (DISAPO; Krottendorfer, 2017c), das bei Diagnosestellung zum Einsatz kommt. Ergänzend dazu werden medizinische Daten zu Behandlungsbeginn und -ende erhoben. In der Längsschnittstudie werden DISAPO und medizinische Daten zu drei weiteren Erhebungszeitpunkten sowie weitere Erhebungsverfahren (RB-P: Ressourcen- und Belastungsprofil, FaBel: Familien- und Belastungsfragebogen) eingesetzt. Die quantitative Auswertung erfolgt mittels deskriptiver und inferenzstatistischer Methoden mit dem Programm „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS). *Studienteil III* besteht in einer Dokumentenanalyse (Dokumentation der Klinischen Sozialarbeit), die nach der qualitativen strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2012/2022) ausgewertet wird ($n=34$).

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in acht Kapitel. In *Kapitel 1* erfolgt eine theoretische Einbettung des Forschungsvorhabens. In *Kapitel 2* schließen sich eine allgemeine theoretische Einführung in das Thema Gesundheit und Krankheit sowie eine vertiefende Darstellung aus der Perspektive der Klinischen Sozialarbeit mit spezifischer Betrachtung der sozialen Dimension an. Nach einer Einführung in das Handlungsfeld der pädiatrischen Onkologie werden medizinische und psychosoziale Grundlagen ausge-

führt, mit einer genaueren Betrachtung der S3-Leitlinie der PSAPOH (Schröder et al., 2008/2019). Es folgt eine Spezifizierung auf die klinisch-sozialarbeiterische Perspektive mit Fokus auf die Lebensbewältigung nach Böhnisch (2016/2023a), auf soziale Netzwerke und soziale Unterstützung sowie Soziale Diagnostik unter Berücksichtigung der Verknüpfung zum Handlungsfeld. Den Abschluss des Kapitels bildet die aktuelle Studienlage zu einzelnen Bereichen der sozialen Dimension der pädiatrischen Onkologie. In *Kapitel 3* erfolgen die metho(dol)ogische Rahmung und eine detaillierte Beschreibung des Mixed-Methods-Designs. Dafür werden die drei Studienteile umfassend dargestellt und die konkreten Erhebungsverfahren und Auswertungsmethoden beschrieben. In *Kapitel 4* werden die quantitativen Ergebnisse der Quer- und Längsschnittstudie (Studienteil I und II) ausgeführt. *Kapitel 5* stellt die qualitativen Ergebnisse entlang des Kodiersystems dar. Die Unterkapitel zu den einzelnen Kategorien (Kap. 5.2 bis 5.16) gliedern sich in die Gesamtanalyse entlang der Hauptkategorien (5.x.1), eine vertiefende Fallbeschreibung (5.x.2) und eine pointierte Zusammenfassung der Hauptaussagen (5.x.3). In *Kapitel 6* werden die qualitativen und quantitativen Ergebnisse der drei Studienteile zusammengeführt (6.x.1) sowie in Verbindung mit den theoretischen Ausführungen (Kap. 2) interpretiert und diskutiert (6.x.2). Als Abschluss des Kapitels werden die zentralen Ergebnisse der Studie in einem Modellentwurf zur sozialen Dimension in der pädiatrischen Onkologie dargestellt. *Kapitel 7* formuliert Implikationen für Praxis und Forschung, die handlungsleitend sind für konkrete Maßnahmen und Vorgehensweisen in der klinischen Versorgung von Patient:innen und deren Familien sowie für weitere Forschungsarbeiten. Die Arbeit schließt in *Kapitel 8* mit einer Zusammenfassung und einem Ausblick.

Der Anhang zur vorliegenden Studie umfasst zusätzliche Materialien, auf die im Text vielfach verwiesen wird. Er findet sich als Download-Datei unter dem auf der Impressumseite angegebenen Link.

2 Theoretischer Bezugsrahmen und Forschungsstand

2.1 Gesundheit und Krankheit

„Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO, 1946/2020, S. 1). Diese Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Gesundheit hat bereits eine Gültigkeit von fast 80 Jahren, berücksichtigte schon damals das biopsychosoziale Verständnis und ebnete den Weg für eine ganzheitliche Betrachtung von Gesundheit (Roch & Hampel, 2022, S. 263). Zwar wird die Definition nach wie vor häufig rezipiert (Eijk et al., 2021, S. 3), doch werden zunehmend Erweiterungen gefordert (Huber et al., 2011, S. 1–3; Hurrelmann & Richter, 1988/2013, S. 117–120; Roch & Hampel, 2022, S. 264). Die Definition der WHO (1946/2020) fokussierte damals vor allem ansteckende Infektionskrankheiten. Durch die zunehmend bessere Diagnostik und Technologie fand in den letzten Jahrzehnten eine deutliche Verschiebung zu chronischen Erkrankungen statt, weshalb der Begriff des „vollständigen Wohlergehens“ als überholt gilt (Huber et al., 2011, S. 1) bzw. es durch die Formulierung „Zustand“ (im Original: „state“) den Anschein hat, als gäbe es kein Kontinuum, sondern nur zwei statische Endpunkte, nämlich Gesundheit und Krankheit (Hurrelmann & Richter, 1988/2013, S. 117–120). Bisher konnte jedoch noch keine allgemein verbindliche erweiterte Definition gefunden werden, die dem aktuellen Diskurs entspricht (ebd., S. 119f.). Einen ersten Versuch unternahm Hurrelmann und Richter (1988/2013): „*Gesundheit* bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet“ (ebd., S. 147; Hervorh. i. Orig.). In dieser Sichtweise ist Gesundheit zu verstehen als ein ständiger, lebensbegleitender Balanceakt zwischen Risiko- und Schutzfaktoren. Ist er erfolgreich, so führt dies nicht nur zu subjektivem Wohlgefühl, sondern auch zum Ausschöpfen der eigenen Möglichkeiten und zur Teilhabe an der Gesellschaft (ebd.).

Diese differenzierte Definition rückt die Risiko- und Schutzfaktoren von Gesundheit/Krankheit und der sozialen Teilhabe in den Fokus, sodass sie für die vorliegende Forschungsarbeit mit dem Handlungsfeld der pädiatrischen Onkologie geeigneter erscheint als die WHO-Definition (s.o.) und daher den Ausführungen zugrunde gelegt wird.

Abgesehen vom Diskurs über die Definitionen stellt sich die Frage, wie Gesundheit gefördert bzw. durch welche Faktoren sie beeinflusst werden kann. Einen Erklärungsbeitrag leisten Theorien und Modellen (Roch & Hampel, 2022, S. 263): von Gesellschafts- über Public-Health- und Lerntheorien bis hin zu Bewältigungstheorien (Hurler & Richter, 1988/2013, S. 66–112). Als bedeutsame Theorien und Modelle für den Bereich der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie bzw. für chronische Gesundheitsprobleme in der Pädiatrie werden für diese Forschungsarbeit das biopsychosoziale Modell (Kap. 2.1.1), das neue dynamische Konzept der „positiven Gesundheit“ (Kap. 2.1.2) und die Determinanten der Kinder- und Jugendgesundheit (Kap. 2.1.3) ausgeführt, die eine ganzheitliche Betrachtung unter Einbezug der Lebenswelt und der sozialen Faktoren ermöglichen.

2.1.1 Das biopsychosoziale Modell

Als eines der bedeutendsten Modelle für die Betrachtung von Gesundheit und Krankheit ist das *biopsychosoziale Modell (BPS)* anzuführen, als eine Erweiterung des biomedizinischen Modells (Roch & Hampel, 2022, S. 264–265). Egger (2005) beschreibt das BPS-Modell als „das gegenwärtig kohärenteste, kompakteste und auch bedeutendste Theoriekonzept, innerhalb dessen der Mensch in Gesundheit und Krankheit erklärbar und verstehbar wird“ (S. 4). Als wichtigster Wegbereiter gilt der Psychiater Georg L. Engel (ebd., S. 3). Er kritisierte in den 1970er-Jahren, dass sich das biomedizinische Modell bei der Entstehung von Erkrankungen an rein körperlichen Faktoren orientiert und kein Bezug zu sozialen, psychologischen und verhaltensbezogenen Dimensionen von Krankheit hergestellt wird (Engel, 1977, S. 130). Daher formulierte er die Notwendigkeit, den biomedizinischen Ansatz um psychosoziale Ebenen auszuweiten (ebd., S. 131). Zugrunde liegt dabei die systemtheoretische Perspektive (ebd., S. 134f.), die davon ausgeht, dass ein Mensch aus vielen Subsystemen besteht. Diese können nicht separat bestehen, sondern befinden sich in ständiger Wechselbeziehung und gegenseitiger Beeinflussung. Gemeint sind nicht nur die Beziehungen innerhalb der körperlichen (z.B. Organsystem, Zellen, Gewebe), psychischen (z.B. Verhalten, Gefühle) und sozialen (z.B. Familie, Gesellschaft, Staat) Ebenen, sondern auch die Beziehungen innerhalb der drei Ebenen (Engel, 1980, S. 536–538). Die Grenzen zwischen gesund und krank können nicht klar getrennt werden, da sie durch kulturelle, soziale und psychologische Aspekte beeinflusst werden (Engel, 1977, S. 132). Daraus lässt sich ableiten, dass im BPS-Modell Gesundheit und Krankheit nicht als dichotomer Zustand, sondern als ein Kontinuum gesehen wird (vgl. auch die Kap. 2.1 und 2.1.2) und die

Individuen eine aktive Rolle dabei einnehmen können, auf Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung einzuwirken (Roch & Hampel, 2022, S. 265).

Mittlerweile wird das BPS-Modell in unterschiedlichen Beiträgen und Konzepten als Grundlage für weitere Ausführungen und Differenzierungen herangezogen, die hier kurz ausgeführt werden sollen. So betonen Hermann und Jacoby (2009) bezüglich chronischer Krankheiten (z.B. Epilepsie) die Notwendigkeit, psychosoziale Faktoren in die medizinische Behandlung einzubeziehen, und stellen die psychologischen und sozialen Bedingungen als die Basis für die medizinische Behandlung dar (Abb. 1).

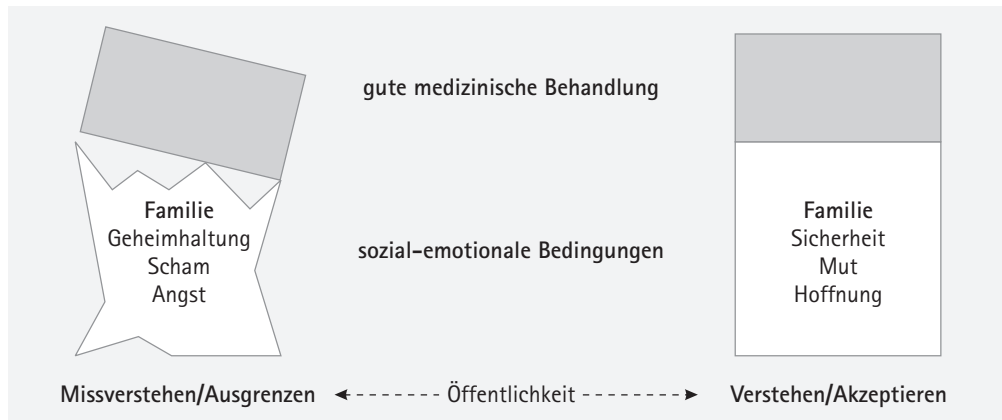


Abbildung 1: Biopsychosoziale Betrachtung (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Lennox, 1960, S. 925; vgl. auch Hermann & Jacoby, 2009, S. 8)

Als weitere Vertiefung des BPS-Modells stellt Egger (2005, 2020) am Beispiel der Psychosomatik die *Simultandiagnostik und -therapie* vor, die ein ganzheitliches Konzept in der Behandlung des Individuums inklusive deren Lebensumwelt beinhaltet (Egger, 2005, S. 11) (Abb. 2). Ausgangspunkt ist der:die erkrankte Patient:in inklusive der Umwelt. Von hier aus verlaufen parallel die diagnostischen Prozesse (Simultandiagnostik) der verschiedenen Professionen (somatische, psychologische und Soziale Diagnostik) und werden für den weiteren Behandlungsplan im Team zusammengeführt. Darauf aufbauend werden organbiologische und psychologische Therapien sowie soziale Beratung und Unterstützung (Simultantherapie) eingeleitet (ebd., S. 10–12).

Eine weitere Konkretisierung des BPS-Modells ist die *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF – International Classification of Functioning, disability and health)* der WHO (2001/2005), eine Ergänzung zur Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprob-

leme (ICD) (ebd., S. 4). Die ICF bietet eine einheitliche Sprache zur Beschreibung von Gesundheit, dem damit zusammenhängenden Zustand sowie den Auswirkungen unter Einbezug der Lebenswelt (ebd., S. 9). Sie klassifiziert die Aspekte der Gesundheit in Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung (Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten, Partizipation (Teilhabe) und Komponenten der Kontextfaktoren (personenbezogene Faktoren, Umweltfaktoren) (Abb. 3). Diese Komponenten werden wiederum in zahlreiche Domänen unterteilt (ebd., S. 13f.) und stehen in ständiger Wechselwirkung miteinander sowie mit dem Individuum mit seinem Gesundheitsproblem (ebd., S. 23f.).

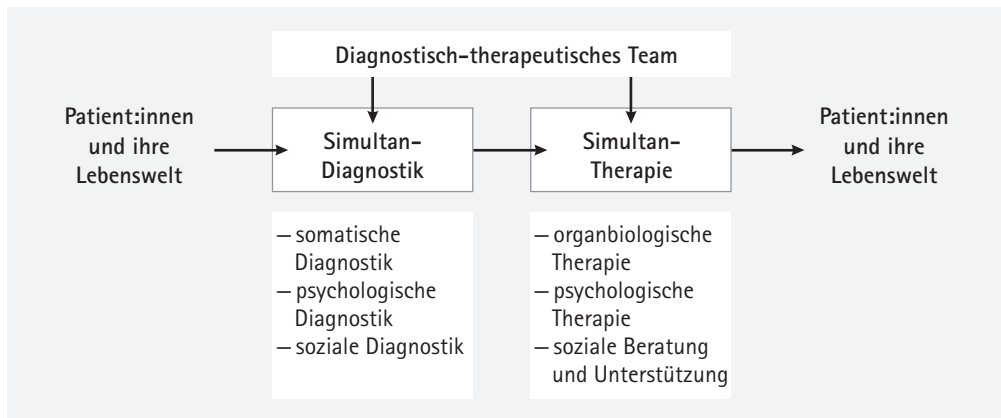


Abbildung 2: „Simultandiagnostik“ und „Simultantherapie“ im diagnostisch-therapeutischen Team (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Egger, 2005, S. 11)

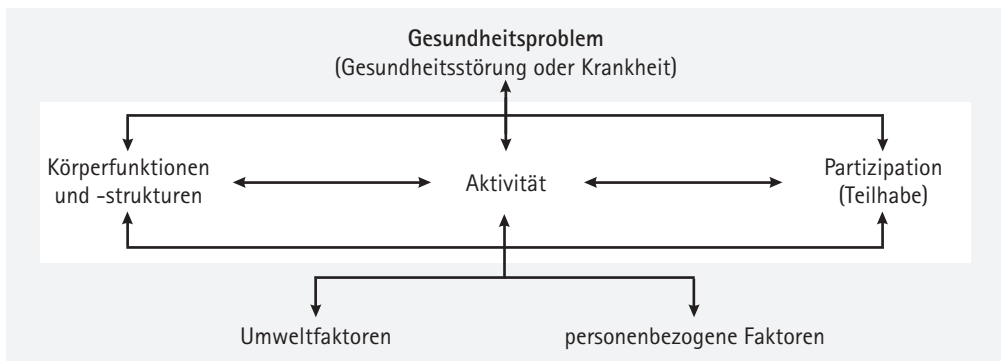


Abbildung 3: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF. Aus: „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF“ von World Health Organization (WHO), S. 23. Copyright 2005 bei WHO.

Als zentraler Begriff wird in der ICF die „funktionale Gesundheit“ verwendet. Unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren gilt das Individuum als funktional gesund,

- wenn die körperlichen und mentalen Funktionen sowie die Körperstrukturen einer gesunden Person entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und Körperstrukturen);
- wenn alles gemacht werden kann, was auch von einer Person ohne gesundheitliche Problemen erwartet wird (Konzept der Aktivität);
- wenn die Person ihr Dasein in den Lebensbereichen so entfalten kann, wie eine Person ohne Gesundheitsproblem (Konzept der Partizipation) (ebd., S. 4).

Um die Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen abzubilden, wurde die *International Classification of Functioning, disability and health: Children & Youth version (ICF-CY; WHO, 2007)* entwickelt. Zusätzliche Kategorien sollten die Beschreibung von kleineren Kindern ermöglichen (Kraus de Camargo, 2013, S. 269). Beim Umgang mit der ICF-CY muss berücksichtigt werden, dass die Entwicklung von Kindern eine hohe Schwankungsbreite hat und unterschiedlich verlaufen kann. Größere Unterschiede können auf Probleme oder Störungen hinweisen, die direkt beim Kind bzw. dem:der Jugendlichen oder auch in deren Lebensumwelt liegen können. Daher ist es wesentlich, die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen im Wechselspiel mit dem familiären und sozialen Umfeld sowie der sächlichen Umgebung zu betrachten (ebd., S. 268). Da chronisch erkrankte Kinder und Jugendliche in der Praxis oftmals von vielen Professionen betreut werden, erweist sich die Anwendung der ICF als hilfreich, um individuelle und ganzheitliche Behandlungspläne zu erstellen sowie eine gemeinsame Sprache und ein Verständnis zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen zu schaffen (ebd., S. 275; Schröder & Göttgens, 2014, S. 187f.).

Als Erweiterung des BPS-Modells ist das *Wellness-Model* von Ragin (2018/2024) zu sehen, das zusätzlich die wahrgenommene Lebensqualität und Spiritualität berücksichtigt. Als Spiritualität wird die individuelle Sichtweise auf den Sinn des Lebens (kann, aber muss nicht religiös sein) sowie die Beeinflussung des Wohlbefindens durch die eigenen Werte verstanden. Begründet wird das Modell durch Belege, die eine positive Auswirkung von Spiritualität und Glaube auf Stress oder Gesundheitsverhalten (z.B. Verzicht auf Alkohol oder Tabak) nachweisen. Die subjektive Lebensqualität umfasst die individuelle Wahrnehmung des eigenen Lebens und die Funktionsfähigkeit (ebd., S. 14f.). Beispielsweise kann die subjektive Lebensqualität trotz einer chronischen Krankheit hoch oder bei einem physisch guten Gesundheitszustand schlecht sein (Roch & Hampel, 2022, S. 268f.).

Die genannten Beispiele sind nur eine geringe Auswahl an Modellen und Konzepten für die vertiefende Darstellung des biopsychosozialen Modells. Resümierend lässt sich feststellen, dass der Paradigmenwechsel zum holistischen biopsychosozialen Modell in der Praxis noch nicht stattgefunden hat, auch wenn auf theoretischer Ebene die Umsetzung des BPS-Modells beschrieben wird (Egger, 2005, S. 3). Im Mittelpunkt der Behandlung der Patient:innen stehen weiterhin die biologischen Aspekte, während die psychologische und soziale Ebene als „Add-ons“ betrachtet werden (Roch & Hampel, 2022, S. 266). Richter und Hurrelmann (2016/2023) zufolge ist sogar „die Einbindung einer explizit ‚sozialen‘ Perspektive ... selten“ (S. 10). Wie der Einbezug der sozialen Dimension aus Sicht der Klinischen Sozialarbeit betrachtet und in der Folge gestärkt werden kann, wird im Kapitel 2.2 näher ausgeführt.

2.1.2 Konzept der „positiven Gesundheit“

Aufgrund der oben angeführten Schwächen (vgl. Kap. 2.1) der WHO-Definition (WHO, 1946/2020) entwickelten Huber et al. (2011) ein dynamisches Konzept der „positiven Gesundheit“. Dabei wird Gesundheit definiert „als die Fähigkeit mit sozialen, körperlichen und emotionalen Herausforderungen umzugehen und selbstbestimmt mit ihnen zu leben“ (ebd., S. 1; zit. nach u. übers. v. Huber et al., 2021/2023, S. 36) definiert. Dieses Konzept vermeidet eine Fokussierung auf Erkrankung und Symptome und lenkt stattdessen den Blick darauf, mit den Herausforderungen des Lebens umgehen zu lernen (Huber, o.J., zit. nach Institute for Positive Health [IPH], o.J., o.S.). Dabei wird zwischen sechs Dimensionen unterschieden: Körperfunktion, mentale Funktionen und Wahrnehmung, Partizipation (soziale und gesellschaftliche Teilhabe), spirituelle/existenzielle Dimension, Lebensqualität und tägliches Leben (Alltagsfunktionen) (Huber et al., 2016, S. 4; Roch & Hampel, 2022, S. 270).

Die Körperfunktionen des Konzepts der positiven Gesundheit entsprechen im BPS-Modell der biologischen Ebene, mentale Funktionen und Wahrnehmung der psychischen Ebene (BPS), soziale und gesellschaftliche Teilhabe der sozialen Ebene (BPS) (vgl. Kap. 2.1.1) (Roch & Hampel, 2022, S. 270–272). Über das BPS-Modell hinaus gehen die spirituelle/existenzielle Dimension, die Lebensqualität (wie auch im Wellness-Modell; vgl. Kap. 2.1.1) und die Alltagsfunktion. Die Dimension der spirituellen/existenziellen Dimension inkludiert im Gegensatz zum Wellness-Modell auch das „Streben nach Zielen, Zukunftsperspektiven und Akzeptanz“ (ebd., S. 270). Die Alltagsfunktion ist vergleichbar mit der Komponente Partizipation/Teilhabe der ICF und umfasst die Aktivität im Alltag und die Gesundheitskompetenz (Verstehen von Krankheit und die Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit) (ebd., S. 271).