



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Arbeitsfelder der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit

GESOH01



Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.

Stephan Dettmers
Karlheinz Ortman

**Arbeitsfelder der
gesundheitsbezogenen
Sozialen Arbeit**

GESOH01



Prof. Dr. phil. Stephan Dettmers M. A.

(geb. 1967). Nach einer Ausbildung zum examinierten Krankenpfleger, studierte Stephan Dettmers Sozialpädagogik und Sozialarbeit an der Fachhochschule Kiel. Im Anschluss folgte eine Leitungstätigkeit im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein sowie ein Masterstudium der Klinischen Sozialarbeit an der Alice Salomon Hochschule Berlin und Fachhochschule Coburg. Danach promovierte er in medizinischer Soziologie an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Seit 2015 ist er als Hochschullehrer für Klinische Sozialarbeit und Sozialmedizin an der Fachhochschule Kiel tätig. Außerdem ist Stephan Dettmers erster Bundesvorsitzender der Deutschen Vereinigung für

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG).



Prof. Dr. phil. Karlheinz Ortmann

(geb. 1953). Nach einem Studium der Sozialpädagogik an der Fachhochschule Ostfriesland arbeitete er langjährig am Institut für Soziale Medizin der Freien Universität Berlin und am Zentrum für Gesundheitswissenschaften der Charité Berlin. 1998 promovierte er an der Freien Universität in Soziologie. Seit 2002 ist er Professor für Gesundheitsorientierte Soziale Arbeit an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin sowie Leiter des Instituts für Soziale Gesundheit.

Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf die zukünftige Gestaltung und den Inhalt der Seiten haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

Arbeitsfelder der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Grundlagen und Perspektiven gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit	3
1.1 Definition und Gegenstand der Sozialen Arbeit	3
1.2 Definition und Gegenstand der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit	4
1.3 Zur theoretischen Grundlegung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit	6
1.3.1 Das biopsychosoziale Modell	7
1.3.2 Das salutogenetische Modell	7
1.3.3 Das Konzept der Gesundheitsförderung	8
1.3.4 Das Konzept der Sozialen Unterstützung	9
1.3.5 Das ökosoziale Paradigma	10
1.4 Wissen und Können in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit	11
1.4.1 Qualifizierung und Qualifikation	11
1.4.2 Handlungskonzepte und Methoden	11
1.5 Perspektiven der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit	13
Zusammenfassung	16
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	16
2 Prävention und Gesundheitsförderung	17
2.1 Prävention	17
2.2 Gesundheitsförderung	20
Zusammenfassung	22
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	22
3 Akutversorgung	23
3.1 Ambulante Akutversorgung	24
3.2 Somatische Akutkrankenhäuser	28
3.3 Psychiatrische Akutversorgung	34
3.4 Selbsthilfe	36
Zusammenfassung	37
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	38
4 Rehabilitation	39
4.1 Rehabilitationsformen und -ziele	39
4.2 Relevanz für die Soziale Arbeit	42
Zusammenfassung	48
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	48

5	Pflege	49
5.1	Ambulante Pflegeeinrichtungen	50
5.2	Stationäre Pflegeeinrichtungen	52
5.3	Selbsthilfe	54
	Zusammenfassung	56
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	57
6	Palliativ- und Hospizversorgung	58
6.1	Palliativversorgung	58
6.2	Hospizversorgung	62
	Zusammenfassung	68
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	68
	Schlussbetrachtung	69
	Anhang	
A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen	71
B.	Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung	72
C.	Abkürzungsverzeichnis	75
D.	Glossar	77
E.	Literaturverzeichnis	81
F.	Rechtsquellenverzeichnis	88
G.	Abbildungsverzeichnis	90
H.	Tabellenverzeichnis	91
I.	Sachwortverzeichnis	92
J.	Einsendeaufgabe	95

Einleitung

Liebe Studierende,

das vorliegende Heft hat die Aufgabenfelder der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit in Deutschland zum Gegenstand. Es soll Sie einerseits grundlegend über die Funktionen und Aufgaben von SozialarbeiterInnen in Fragen von Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit informieren und andererseits Ihre Aufmerksamkeit auf Fragen nach der Bedeutung sozialer Faktoren für die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung lenken. Je nachdem, wie die Antworten auf diese Fragen ausfallen, entscheidet sich, ob in den Feldern der Gesundheitsversorgung mehr oder weniger Soziale Arbeit zum Einsatz kommt.

Der Beschreibung der Aufgabenfelder ist deshalb ein Kapitel zu den Grundlagen und Perspektiven der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit vorangestellt. Darin wird sowohl das fachliche Potenzial der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit begründet und skizziert, als auch die Positionierung des Faches und der Profession in den Feldern und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung problematisiert. Schließlich mündet das Kapitel in Vorschlägen zu den möglichen Stärkungen und der Weiterentwicklung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit.

Die Kapitel 2 bis 6 haben dann die Beschreibung der Aufgaben der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit in verschiedenen gesundheitsrelevanten Handlungsfeldern und Institutionen zum Gegenstand. Die Handlungsfelder gliedern sich in die folgenden Themenbereiche:

- **Prävention und Gesundheitsförderung** (Kapitel 2). Darin geht es um Strategien zur Vermeidung von Krankheitsentwicklung und Reduzierung von Risikofaktoren sowie der Förderung von Lebensweisen und -lagen, die Gesundheit ermöglichen.
- **Akutversorgung** (Kapitel 3). Hier liegt der Schwerpunkt auf der Behandlung und Beratung bei aktuell stattfindenden gesundheitlichen Einschränkungen mit körperlichen, psychischen und sozialen Folgen für erkrankte Menschen.
- **Rehabilitation** (Kapitel 4). In diesem Kapitel geht es darum, dass PatientInnen durch multiprofessionelle Unterstützung wieder eine bessere gesundheitliche Perspektive für die eigene Teilhabe erlangen.
- **Pflegeversorgung** (Kapitel 5). Hier geht es um die Versorgung und Unterstützung von PatientInnen mit dauerhaften Einschränkungen von körperlichen, psychischen und sozialen Funktionen.
- **Palliativ- und Hospizversorgung** (Kapitel 6). In diesem letzten Kapitel geht es um die Versorgung und Unterstützung von schwerst erkrankten Menschen mit einer stark eingegrenzten Lebenserwartung.

Neben rechtlichen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen werden in den Handlungsfeldern Grundlagen und Ziele jeweils vorgestellt, um anschließend anhand einzelner Institutionen die konkreten Aufgaben und das fachliche Profil der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit zu beleuchten. Trotz vielfältiger Praxisfelder und unterschiedlicher Beratungszugänge zeigen sich gemeinsame Zugänge gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit durch die Nutzung gleicher theoretischer Begründungen und methodischer Kompetenz zur Erschließung von sozialrechtlich bestimmten Anspruchsvoraussetzungen für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Aber auch die Einbin-

dung der Unterstützungsmöglichkeiten in den sozialen Netzwerken von erkrankten Personen spielt für die Soziale Arbeit eine zentrale Rolle. Insgesamt werden in diesem Studienheft komplexe Anforderungen an SozialarbeiterInnen in den vorgestellten Handlungsfeldern durch die Rahmenbedingungen und professionellen Handlungsnotwendigkeiten aufgrund der Krankheitsbetroffenheit von Menschen thematisiert.

1 Grundlagen und Perspektiven gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit

Nach Bearbeitung dieses Kapitels kennen Sie die wesentlichen theoretischen Grundlagen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit und können begründen, warum die Soziale Arbeit einen eigenständigen und wichtigen Beitrag im Feld der Gesundheitsversorgung leisten kann. Sie sind informiert über das spezifische Repertoire des Wissens und Könnens in der Sozialen Arbeit und können die sich daraus ergebenden Perspektiven für die Weiterentwicklung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit benennen.

Das Anliegen dieses Kapitels besteht darin, zu den theoretischen Grundlagen und den Perspektiven der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit zu informieren. So kann erkannt werden, was die Disziplin und die Profession Soziale Arbeit in den Feldern der Gesundheitsversorgung zu leisten vermögen. Zugleich wird auf dieser Basis nachvollziehbar, dass soziale Faktoren im Zusammenhang mit der Entstehung und Behandlung von Krankheiten von großer Bedeutung sind, aber in der praktischen Versorgung und Unterstützung von erkrankten, behinderten und pflegebedürftigen Menschen eine eher untergeordnete Rolle spielen. So kommt es auch, dass die Soziale Arbeit in den Feldern der Gesundheitsversorgung nicht immer angemessen präsent ist, obwohl sozialepidemiologische Befunde keinen Zweifel daran lassen, dass soziale Faktoren die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung in Deutschland in erheblichem Maße beeinflussen.

1.1 Definition und Gegenstand der Sozialen Arbeit

Im ersten Schritt gilt es zu klären, was Soziale Arbeit ist und was Gegenstand des Faches und der Profession ist. Die internationale Definition von Sozialer Arbeit der International Federation of Social Work (IFSW) aus dem Jahr 2014 bildet weltweit die gemeinsame Grundlage der Disziplin und Profession. Die deutsche Version der Definition ist in einem Abstimmungsprozess zwischen dem Fachbereichstag Soziale Arbeit (FBTS)¹ und dem Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. (DBSH)² verhandelt und 2016 veröffentlicht worden. Die Definition lautet:

Definition 1.1: Soziale Arbeit

„Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohl-

1. „Der Fachbereichstag Soziale Arbeit (FBTS) ist die nationale Repräsentanz der Fachbereiche bzw. Fakultäten Soziale Arbeit der staatlichen und kirchlichen Hochschulen in der Bundesrepublik Deutschland. Er bündelt als übergeordnetes, kollegiales Organ der akademischen Selbstverwaltung die fachlichen, organisatorischen und bildungspolitischen Aktivitäten von etwa 80 Standorten“ (Fachbereichstag Soziale Arbeit, o.J.).
2. „Der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) ist der größte deutsche Berufs- und Fachverband für Soziale Arbeit und damit die berufsständische Vertretung der Sozialarbeiter_innen und Sozialpädagog_innen“ (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V., o.J.).

ergehen verbessern, dabei bindet sie Strukturen ein. Diese Definition kann auf nationaler und/oder regionaler Ebene weiter ausgeführt werden.“ (Fachbereichstag Soziale Arbeit und Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V., 2016)

Die Bestimmung des Gegenstands der Sozialen Arbeit kann an dieser Stelle nur kurz dargestellt werden, es erscheint uns aber wichtig, um die grundlegende Ausrichtung der Sozialen Arbeit zu verdeutlichen. Engelke et al. (2009, S. 54 ff.) zeichnen den von verschiedenen Autoren und Disziplinen geführten Diskurs über den Gegenstandsbereich nach und präsentieren eine Kurzformel, die auf den Aussagen zum Gegenstandsbereich der Sozialen Arbeit gemäß der International Federation of Social Workers (IFSW) und des Fachausschusses Theorie- und Wissenschaftsentwicklung Sozialer Arbeit des Fachbereichstags Soziale Arbeit in Deutschland basiert. Danach ist der Gegenstand Sozialer Arbeit das „Verhindern und Bewältigen sozialer Probleme“ (Engelke et al., 2009, S. 267).

Das Soziale, in dem Problemstellungen und deren Lösungen gleichermaßen enthalten sind, stellt sich als ein vielschichtiger, komplexer und diffuser Gegenstand dar, der schwer zu fassen ist, weil er sich in ständigem Wandel befindet und unterschiedlichste Formen annehmen kann. Das Soziale vollzieht sich in den Alltags- und Lebenssituationen, die die Menschen im Rahmen ihrer individuellen Begrenzungen und Möglichkeiten handelnd ausgestalten und die seit jeher im Mittelpunkt sozialarbeiterischen Denkens und Handelns stehen. Um diesen Gegenstand herum hat sich die Soziale Arbeit als Disziplin und Profession auf unterschiedliche Weise entwickelt und nach Antworten auf soziale Problemlagen gesucht, die auf unterschiedlichste Art (z. B. Gewalt, Armut, Einsamkeit, Beziehungskonflikte) in Erscheinung treten (vgl. Ortmann et al., 2017, S. 32).



Übung 1.1:

Besuchen Sie die Internetseiten des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit und der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Recherchieren Sie die zentralen Aussagen über die Profession Soziale Arbeit hinsichtlich ihres Selbstverständnisses.

1.2 Definition und Gegenstand der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit

Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ist ein Teilgebiet der Sozialen Arbeit. Sie bezieht sich auf die gleichen Grundlagen und wendet die gleichen Methoden an wie die allgemeine Soziale Arbeit. Der Unterschied besteht darin, dass gesundheitsbezogen arbeitende SozialarbeiterInnen ausdrücklich die Gesundheit und Krankheit(en) in den Blick nehmen und ihre Interventionen als gezielten Beitrag zur Förderung und Sicherung von Gesundheit sowie zur Versorgung und Unterstützung erkrankter, behinderter und pflegebedürftiger Menschen verstehen.

Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ist ein Teilgebiet der Sozialen Arbeit und leistet einen eigenständigen Beitrag

- zur Förderung und Sicherung von Gesundheit,
- zur Heilung und Linderung von Krankheit,
- zur Versorgung und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen und
- zur Versorgung und Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen.

Ihr Gegenstand sind die gesundheitsförderlichen sozialen Ressourcen und die sozialen Problemanteile von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit.



Der Terminus *gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* beinhaltet sowohl die „klassische“ Soziale Arbeit im Gesundheitswesen als auch die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im Sozialwesen, die sich als Gesundheitsarbeit verstehen lässt, obwohl Gesundheit dort nicht explizit als Gegenstand und Ziel genannt wird (vgl. Ortmann; Waller, 2005, S. 1).

In beiden Feldern geht es primär um die Förderung von sozialer Teilhabe an der Gesellschaft und Gemeinschaft. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist primär krankheitsorientiert und zielt darauf ab, das mit Krankheit verbundene Risiko einer sozialen, beruflichen und finanziellen Benachteiligung zu vermeiden bzw. abzumildern. Darüber hinaus soll die Bearbeitung sozialer Probleme den Heilungsverlauf fördern. Primäres Ziel der Sozialen Arbeit als Gesundheitsarbeit im Sozialwesen ist dagegen die Förderung von Gesundheit und die Verhinderung bzw. Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Probleme. Als Gesundheitsarbeit erweitert sie den Blick von den traditionell im Mittelpunkt der Sozialen Arbeit stehenden sozialen Problemen der Klienten auf die damit eng verbundenen Probleme von Gesundheit und Krankheit.

Die Förderung sozialer Teilhabe im Kontext von Gesundheit und Krankheit muss Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit berücksichtigen, die seit langem bekannt und empirisch belegt sind.

Definition 1.2: Soziale Ungleichheit

Der Begriff soziale Ungleichheit kennzeichnet gravierende Unterschiede in der Verteilung und Zugänglichkeit sozialer Ressourcen in der Gesellschaft. Die Kluft zwischen Arm und Reich etwa oder Unterschiede in den Bildungsabschlüssen sowie zwischen den Erwerbseinkommen der Menschen sind Beispiele für einzelne Bereiche sozialer Ungleichheit. Im Extremfall kann der fehlende Zugang zu sozialen Ressourcen die Teilhabe am Leben in Gesellschaft und Gemeinschaft gefährden, beschränken oder sogar ausschließen.

Arbeits- und Wohnungslosigkeit sind Beispiele für dauerhafte oder vorübergehende Exklusion aus zentralen sozialen Lebensbereichen. So hat das Robert Koch-Institut (RKI) 2005 eine Expertise vorgelegt, in der Wirkungszusammenhänge zwischen sozialen Faktoren und Gesundheit/Krankheit aus den Themenfeldern Einkommensungleichheit, Bildung, Arbeitswelt, Arbeitslosigkeit, Alleinerziehende, höheres Lebensalter und Migration nachgewiesen werden (vgl. RKI, 2005, S. 21 ff.). Die ebenfalls vom RKI durchgeführte Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland (KiGGS) weist zusammengefasst deutlich aus, dass Kinder und Jugendliche aus der Gruppe mit niedrigem Sozialstatus ein erhöhtes Risiko für einen beeinträchtigten allgemeinen Gesundheitszu-

stand und für psychische Auffälligkeiten aufweisen (vgl. RKI, 2015, S. 4 ff.). Dass umgekehrt auch Krankheit zu sozialen Benachteiligungen führen kann, zeigt sich beispielhaft an der seit Jahren dramatisch steigenden Zahl von Menschen, die psychisch erkranken. Psychische Erkrankungen sind mittlerweile

„die häufigste Ursache für krankheitsbedingte Frühberentungen. (...) Im Vergleich zu anderen Diagnosegruppen treten Berentungsfälle wegen ‚Psychischer und Verhaltensstörungen‘ deutlich früher ein; das Durchschnittsalter liegt bei 48,1 Jahren.“ (Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt, 2015)

Die Ergebnisse aus der Sozialepidemiologie hinsichtlich der Gesundheitssituation und Gesundheitsversorgung armer Bevölkerungsgruppen lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- „Menschen in Armut haben einen schlechteren Gesundheitszustand und eine höhere Sterblichkeit als nicht-arme Bevölkerungsgruppen. Dies gilt für fast alle körperlichen und psychischen Erkrankungen (Ausnahmen sind z.B. Allergien und Brustkrebs).
- Menschen in Armut zeigen ein riskanteres Gesundheitsverhalten (hinsichtlich Rauchen, Ernährung, Bewegung etc.) und beteiligen sich seltener an Vorsorgeuntersuchungen.
- Menschen in Armut nehmen die Angebote des Gesundheitswesens unterschiedlich wahr: während soziale Randgruppen wie z.B. Wohnungslose kaum erreicht werden, nehmen andere Armutgruppen die hausärztliche und die stationäre Versorgung eher häufiger wahr.
- Wohnbezirke mit einem hohen Anteil armer Bevölkerungsgruppen sind mit Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung häufig unterversorgt.“ (Ortmann; Waller, 2005, S. 5.)

Es zeigt sich, dass die soziale Ungleichheit unmittelbar Einfluss nehmen kann auf die gesundheitlichen Chancen von Menschen. Daher stellt sich die Frage, welche Beiträge Soziale Arbeit leisten kann, um die problematischen sozialen und gesundheitlichen Folgen für betroffene Menschen zu mildern oder die Verhältnisse für Menschen in prekären Lebenssituationen zu verbessern.

1.3 Zur theoretischen Grundlegung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und die Gesundheitsarbeit im Sozialwesen benötigen eine – teils identische, teils unterschiedliche – theoretische Basis, um zu einer qualifizierten und sozialarbeitsspezifischen Handlungskompetenz zu gelangen und diese erfolgreich umzusetzen. Dazu sind insbesondere Anleihen aus der Sozialmedizin und der Gesundheitswissenschaft erforderlich. Da sich die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in ihrem disziplinären und professionellen Kern nicht von der allgemeinen Sozialen Arbeit unterscheidet, wird auf eine Auflistung sozialarbeitsspezifischer Grundlagen verzichtet. Vorgestellt werden stattdessen einige grundlegende Modelle und Konzepte, die für die Praxis der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit von erheblicher Relevanz sind: das biopsychosoziale Modell, das salutogenetische Modell, das Konzept der Gesundheitsförderung, das Konzept der sozialen Unterstützung und das ökosoziale Paradigma. Diese Modelle und Konzepte werden im Folgenden genauer erläutert.

1.3.1 Das biopsychosoziale Modell

Als eine Art Gegenentwurf zum biomedizinischen Modell kann das biopsychosoziale Modell (Uexküll; Wesiack, 1996) verstanden werden. Im Kern fasst dieses Modell Menschen als biopsychosoziale Einheiten auf. Gesundheitliche Problemlagen lassen sich nach physiologischen, psychischen und sozialen Systemebenen zuordnen, die miteinander kommunizieren und durch Auf- und Abwärtsbewegungen untrennbar biopsychosozial verwoben sind. Physiologische Vorgänge können psychosozial wirken und psychosoziale Vorgänge physiologisch. Nach diesem Modell sind die somatischen, psychischen und sozialen Aspekte von Krankheit potenziell gleichrangig. Krankheit ist grundsätzlich biopsychosozial zu verstehen.

Diese komplexe Sicht- und Verstehensweise hat erhebliche Konsequenzen für die Diagnostik und Behandlung von Krankheiten, an der nach diesem Modell neben Ärzten auch psychosoziale Berufsgruppen zu beteiligen sind. Entsprechend ist nach diesem Modell eine integrative Versorgung und Behandlung anzustreben, die dem bio-psycho-sozialen Wirkungsgefüge gesundheitlicher Problemlagen Rechnung trägt. Dies wiederum wird Auswirkungen auf Ausbildungen, Berufs- und Tätigkeitsprofile professioneller AkteurInnen im Gesundheitssystem haben und zu strukturellen Änderungen im Gesundheitssystem führen.

1.3.2 Das salutogenetische Modell

Ausgangspunkt dieses Modells ist nicht die Frage, wie Krankheiten entstehen, sondern warum Menschen trotz einer Vielzahl von gefährdenden und belastenden Faktoren in der biochemischen, physikalischen und sozialen Umwelt gesund bleiben und/oder gesundheitliche Problemlagen erfolgreich bearbeiten und ausgleichen können (vgl. Ortman; Waller, 2005, S. 8).

In dem von Antonovsky (1997) entwickelten Modell wird davon ausgegangen, dass es keine klare Grenzlinie zwischen Gesundheit und Krankheit gibt, sondern ein Kontinuum mit den beiden Endpunkten Gesundheit und Krankheit. Wo sich Personen auf diesem Kontinuum verorten – ob sie eher gesund oder eher krank sind – ist als Ergebnis interaktiver Prozesse zwischen belastenden Faktoren (*Stressoren*) und schützenden Faktoren (*Widerstandsressourcen*) im Kontext ihrer Lebenserfahrungen und -situationen zu verstehen. Als zentrale Widerstandsressource gilt das sogenannte Kohärenzgefühl (*sense of coherence*), das aus drei Komponenten besteht:

- „Gefühl von Verstehbarkeit (*sense of comprehensibility*)

Diese Komponente beschreibt die Erwartung eines Menschen, Anregungen und Anforderungen als geordnete, strukturierte Informationen verarbeiten zu können, die nachvollziehbar und erklärlich sind.

- Gefühl von Bewältigbarkeit (*sense of manageability*)

Diese Komponente beschreibt die Überzeugung eines Menschen, dass Anforderungen und Herausforderungen lösbar sind, weil geeignete Ressourcen zur Verfügung stehen, um ihnen zu begegnen. Hierzu kann auch der Glaube gehören, im entscheidenden Moment von anderen Menschen Hilfe und Unterstützung zur Bewältigung eines Problems zu erhalten.

- Gefühl von Sinnhaftigkeit (*sense of meaningfulness*)

Diese Komponente beschreibt das Ausmaß, in dem das eigene Leben als sinnvoll und wertvoll wahrgenommen wird, so dass Menschen Energie in die weitere Gestaltung ihres Lebensverlaufes investieren.

Je mehr es einer Person gelingt, die Welt als zusammenhängend, in sich stimmig und sinnvoll zu erleben und Krisen zu meistern, desto mehr Gesundheit und Gesundheit wird möglich.“ (Ortmann; Waller, 2005, S. 9)

1.3.3 Das Konzept der Gesundheitsförderung

Die Gesundheitswissenschaften nutzen bereits einige der vorgestellten Modelle, insbesondere das Modell der Salutogenese, um ihre besondere Ausrichtung auf Fragen zu Gesundheit (im Gegensatz zur Medizin, die sich primär mit Fragen zu Krankheit beschäftigt) zu unterstreichen. An dieser Stelle soll insbesondere auf die Ottawa Charta der WHO von 1986 aufmerksam gemacht werden, auf die sich auch die neuen Gesundheitswissenschaften (*New Public Health*) in ihrem Kern beziehen (vgl. WHO, 1986). Diese Charta, aus der sich alle Konzepte zur Gesundheitsförderung ableiten, ist im Wesentlichen als ein *soziales Konzept* für mehr Gesundheit zu verstehen.

In der Ottawa Charta gelten Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Selbsthilfe des Einzelnen und sozialer Systeme, Partizipation und politische Einflussnahme als Schlüssel für Gesundheit. Gesundheitsförderung bezieht sich danach auf alle Lebensbereiche der Menschen sowie alle Politikbereiche und -ebenen in der Gesellschaft. Gesundheitsförderung ist damit nicht die alleinige Sache von Gesundheitsexperten und der Gesundheitspolitik, sondern ein Thema für jeden (vgl. Waller, 2002).

Hinweis:

Weiterführende Informationen zu dem Thema finden Sie in der folgenden Publikation:

Waller, H. (2002). *Gesundheitswissenschaft*. 3. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.



Übung 1.2:

Vertiefen Sie Ihr Wissen zur Prävention und Gesundheitsförderung und überlegen Sie sich in Ihrer Rolle als Studierende mögliche Ansatzpunkte seitens der Hochschule zur Berücksichtigung Ihrer gesundheitlichen Situation als Studierende.

Nicht zuletzt mit dieser Charta ist hoffähig geworden, dass sich Gesundheit und Krankheit nicht mehr auf (patho)physiologisch-biochemische Vorgänge reduzieren lassen und/oder als private Angelegenheiten zu verstehen sind. Vielmehr werden diese jetzt als eine soziale Aufgabe begriffen, die alle Politik- und Gesellschaftsbereiche durchwirkt. Gesundheit wird wesentlich in sozialen Bezügen gefördert, gesichert oder bedroht. Die Ottawa Charta steht ferner für einen Perspektivwandel, weil der primäre Zugang zu den Fragestellungen nicht mehr pathogenetisch, sondern salutogenetisch ist. Die Charta ist eine Absage an mehr oder weniger erfolglose medizinische Konzepte einer risikofaktorenorientierten Gesundheitserziehung, mit denen die Menschen zu mehr Gesundheit „überredet“ werden sollen. Das neue Konzept der Gesundheitsförderung sieht gesund-

heitsschädigende und gesundheitsfördernde, psychologisch zu betrachtende Verhaltens- und soziologisch zu betrachtende Lebensweisen nicht mehr allein als individuelle (private) Entscheidungen, sondern vor allem in ihrer Verflechtung mit sozialen, kulturellen, ökonomischen und ökologischen Bedingungen und Zusammenhängen. Die Verbindungslinien zwischen den Themen bzw. Fragestellungen der Gesundheitswissenschaften und der Sozialen Arbeit liegen auf der Hand. Allerdings ist zu beklagen, dass sich beide Fächer gegenseitig noch zu wenig wahrnehmen und keine Allianz bilden (vgl. Ortman; Schaub, 2003).

1.3.4 Das Konzept der Sozialen Unterstützung

In der empirischen sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Forschungsliteratur finden sich zahlreiche Belege dafür, dass soziale Belastungssituationen – soziale Stressoren –, geringe oder fehlende soziale Integration und mangelnde soziale Unterstützung (*Social Support*) krankheitsförderlich wirken. Umgekehrt wirken soziale Ressourcen – in Form von Hilfe und Unterstützung, die aus den sozialen Netzwerken der Menschen stammen – wie ein psychosoziales Immunsystem und können für Gesundheit sorgen. Im Mittelpunkt dieser Forschungen stehen die Unterstützungsleistungen sozialer Netze. Als solche gelten Familien, Freunde und Nachbarschaften ebenso wie kulturelle Gemeinschaften, in denen Menschen sich zusammenfinden. In solchen Netzwerken werden in Beziehungen und in Gegenseitigkeit unterschiedlichste Formen und Leistungen sozialer Unterstützung erschlossen und wirksam. Dazu gehören beispielsweise: *Informationen* (etwa über Hilfemöglichkeiten), *Beratungen* (bei Problemen und Entscheidungsfindungen), *Pflege* (etwa bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit), *lebenspraktische Hilfen* (z. B. Reparaturen, Betreuung von Kindern), *materielle Hilfen* (etwa finanzielle Unterstützung, Sachleistungen) und *Geselligkeit* (z. B. gemeinsame Unternehmungen, Gespräche, Zugehörigkeit zu Vereinen). In Beziehungen, die durch Gegenseitigkeit gekennzeichnet sind, entstehen zudem Gefühle der Zugehörigkeit, der persönlichen Wertschätzung, von Geborgenheit und Orientierung. Auch soziale Kompetenzen werden in solchen Beziehungen erworben (vgl. Ortman; Waller, 2005, S. 9).

Schwarzer und Leppin (1990) fassen soziale Unterstützung, die sie als sozialen Rückhalt bezeichnen, als ein mehrdimensionales Konstrukt wie folgt zusammen:

- emotionale Unterstützung

Diese bezieht sich insbesondere auf Aspekte der allgemeinen Verwirklichung einer positiven Sozialbeziehung; die allgemeine Wertschätzung und Sympathie, die einem vom/oder von anderen entgegengebracht werden (*esteem support*); das Gefühl der Zugehörigkeit (*belonging*), das einem jemand vermittelt, sowie den konkreten Versuch eines Freundes, Trost zu spenden.

- Zusammensein/positiver sozialer Kontakt

Diese Unterstützungsform entsteht im Erleben von Gemeinsamkeiten (in der Freizeit, Kino, Feste, Sport, Arbeit, etc.). Daraus ergeben sich ein positiver Ausgleich gegenüber den Belastungen des Alltags und ein generelles Gefühl der Zusammengehörigkeit.

- instrumentelle Unterstützung

Die Unterstützungsform zeigt sich in konkreten Hilfeleistungen, die je nach Schweregrad oder Aufwand entweder von nahen Verwandten, von Nachbarn oder Bekannten übernommen werden können. In Notsituationen können auch aus Bekannten gute Freunde bzw. wichtige Bezugsquellen instrumenteller Unterstützung werden. Typische Hilfeleistungen sind: jemandem Geld leihen, materielle Gegenstände schenken, im Haushalt oder beim Umzug helfen, auf die Kinder aufpassen oder Behördengänge erledigen.

- informationelle Unterstützung

Hier ist die Unterstützung immateriell und erfolgt eher als Ratschlag oder als Hinweis, der es dem Rezipienten ermöglicht, das Problem in einer neuen Perspektive zu sehen, um nach neuen Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Hierbei können vor allem Experten eine wichtige Rolle übernehmen (z.B. Ärzte, Therapeuten, Anwälte).

- Bewertungs-/Einschätzungsunterstützung

Hier wird vor allem der Rat oder das Modellverhalten von Personen gesucht, die sich in ähnlicher Lage befinden oder befunden haben oder ähnliche Einstellungen haben (vgl. Schwarzer; Leppin, 1990, S. 18 ff.).



„Gewährte oder verweigerte soziale Unterstützung kann direkt auf die Befindlichkeit der Menschen wirken (positiv und negativ). Soziale Netzwerke sind deshalb so bedeutungsvoll, weil Gesundheit und Krankheit in ihnen gelebt werden und sie eine Vielzahl unterschiedlicher Ressourcen für Gesundheit und Gesundung beinhalten.“ (Ortmann; Waller, 2005, S. 10)

1.3.5 Das ökosoziale Paradigma

Im *Life Model* von Germain und Gittermann (1999) werden sechs grundsätzliche Annahmen eines ökosozialen Ansatzes in der Sozialen Arbeit beschrieben. Zum einen geht es um die Wechselbeziehung zwischen Person und Umwelt als kontinuierlicher Prozess. Zweitens wird die Abstimmungsqualität von „Bedürfnissen, Zielen und Rechten der Menschen“ in Abgleich zu den Kontextbedingungen Umwelt, Kultur, Historie betrachtet. Hier ist von Bedeutung, inwiefern eine Anpassung zwischen Person und Umwelt gelingt bzw. ob es zu unangepassten Situationen kommt, die dysfunktionale Störungen verursachen können (vgl. Germain; Gitterman, 1999, S. 2). Im Sinne von möglichen Lebensbelastungen und -krisen und deren Folgen für die Anpassung an die veränderte Lebenssituation werden als dritter Faktor Bewältigungs- bzw. Coping-Aspekte durch individuelle und umweltbezogene Ressourcenaktivierung bei emotionalem und psychologischem Stress entwickelt (vgl. Germain; Gitterman, 1999, S. 2). Viertens ist die Funktion zwischenmenschlicher Interaktion im Abgleich zu Kompetenzen, „Selbstkonzept und Selbstwertgefühl“ sowie „Selbststeuerung“ positives Kennzeichen, wenn es um die eigene Bewertung der Beziehung zwischen Person und Umwelt geht. Mit Blick auf die Situation von Menschen bei erhöhter Vulnerabilität, negativen Erfahrungen aus der Umwelt als fünfte Perspektive und eher ungesunden Verhaltensweisen und Verhältnissen kommen Germain und Gitterman (1999, S. 3) schließlich sechstens zu den höchst individuellen Entwicklungen menschlichen Daseins. Aus der Balance geraten können sowohl die Beziehungen der Menschen untereinander als auch das ökologische Gleichgewicht der Umwelt (vgl. Lambers, 2016, S. 162).

1.4 Wissen und Können in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit

Die Praxisanforderungen in der Sozialen Arbeit sind zwar geprägt durch die Vielfältigkeit der Tätigkeitsfelder, trotzdem lassen sich grundsätzliche fachliche Zugänge und *Qualifikationsanforderungen* definieren. Dazu gehört der Qualifikationsrahmen des Fachbereichstages Sozialer Arbeit (QR SozArb 6.0) (Schäfer; Bartosch, 2016) ebenso wie ein spezifisches Qualifikationskonzept gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit (QGSA) (vgl. Dettmers, 2015).

1.4.1 Qualifizierung und Qualifikation

Mit der Einführung von Qualifikationsrahmen ist die bildungspolitische Idee verbunden, die Vergleichbarkeit zwischen den vielfältigen Ausbildungs- und Studiengängen in den Mitgliedsländern der Europäischen Union zu ermöglichen. Nach der Entwicklung eines allgemeinen Qualifikationsrahmens (QR SozArb 5.1. als Vorgänger der Version 6.0) für die Soziale Arbeit erfolgte im Jahr 2015 im Auftrag der Deutschen Vereinigung Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) eine Veröffentlichung eines daraus abgeleiteten Qualifikationskonzepts gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit – das sogenannte QGSA (vgl. Dettmers et al., 2015). Darin sind neben theoretischen Aspekten und Stufen der Fachlichkeit aufgrund der Qualifikationsebenen Bachelor, Master und Promotion folgende Qualifikationsbereiche beschrieben:

- a) Wissen und Verstehen
- b) Beschreibung, Analyse und Bewertung in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit
- c) Planung und Konzeption gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit
- d) Recherche und Forschung in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit
- e) Organisation, Durchführung und Evaluation
- f) allgemeine professionelle Fähigkeiten und Eigenschaften in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit
- g) Persönlichkeitsmerkmale und Haltungen

Die Praxisorientierung der Profession steht dabei im Vordergrund, um die Beratungs- und Behandlungsbeiträge Sozialer Arbeit im Kontext von Krankheit und Gesundheit bundesweit deutlicher und nachvollziehbarer zu beschreiben und in den Studiengängen zu verankern.

1.4.2 Handlungskonzepte und Methoden

Mit der oben skizzierten Vielfalt sozialer Phänomene geht auf Seiten der Sozialen Arbeit eine Vielfalt an Methoden und Verfahren einher, die Herwig-Lempp und Kühling (2012) als sechs klientenbezogene Handlungsarten der Sozialen Arbeit beschreiben:

1. „Beraten – Perspektivenerweiterung, Informationsvermittlung, Anleitung – in Form von Gesprächen, aber auch durch üben, trainieren etc.
2. Verhandeln – die Moderation zwischen vielen Beteiligten, die Mediation zwischen unterschiedlichen Interessen sowie das Aus- und Verhandeln

3. Eingreifen – kontrollierendes und intervenierendes Handeln gegen den Willen der Betroffenen zum Schutz und zur Gefahrenabwehr
4. Vertreten – verantwortliches Handeln, stellvertretend für Klienten und Organisationen
5. Beschaffen – die Versorgung von Klienten mit Geld, Gütern und Leistungen
6. Da-sein – das Anwesend sein, das Begleiten und zur Verfügung stehen, ohne dass unmittelbar eine Veränderung angestrebt wird.“

(Herwig-Lempp; Kühling, 2012, S. 53 f.)

Die Vielfalt der Handlungsarten findet ihre Entsprechung in einer Vielfalt der Rollen, die SozialarbeiterInnen in Hilfeprozessen übernehmen können. Dorfman (1996) hat beispielsweise neun verschiedene Rollen identifiziert: *Broker, Advocate, Educator, Enabler, Case Manager, Counselor, Consultant* und *Researcher/Evaluator* (Dorfman, 1996, S. 41 ff.).

Zudem weist die Soziale Arbeit als Profession einige historisch gewachsene Besonderheiten auf, über die andere Professionen im Feld der psychosozialen Beratung und Behandlung nicht oder nicht in diesem Ausmaß verfügen. Als solche werden von Ortmann und Röh (2017) insbesondere die Folgenden genannt:

- „das große Spektrum an unterschiedlichen sozialen Unterstützungsangeboten, wie die Erschließung materieller und finanzieller Hilfen (insbesondere nach SGB) sowie die Bereitstellung von Informationen, lebenspraktischen Unterstützungen, Beziehungsangeboten, Krisenintervention etc.
- die selbstverständliche Einbindung der Mitglieder verschiedener sozialer Netze (Familienangehörige, Freunde, Kollegen etc.) in Hilfeprozesse und die Aktivierung deren Potenzial an sozialer Unterstützung
- die niedrigschwelligen, alltagsnahen Hilfeangebote durch das Aufsuchen, Beraten, Begleiten und Betreuen von Menschen mit sozialen Problemen in deren Alltags- und Lebenswelt (z. B. Hausbesuche und Streetwork)
- das aktive Angehen (sich kümmern um, sich einmischen in) sozialer Probleme und das Begleiten von Klienten (zum Amt, Jobcenter, Gericht, Arztpraxis, usw.)
- das Nachgehen bei Menschen mit gravierenden sozialen Problemen, wenn diese nicht oder nur schlecht in der Lage sind, sich auf Hilfeprozesse einzulassen und Gefahr besteht, dass sich ihre Situation dramatisch verschlechtern könnte (etwa bei schwer zu erreichenden Klienten im Sinne von „Hard to Reach“)
- die besonders schwierig zu gestaltenden sozialen Hilfeleistungen in Zwangskontexten (z. B. Jugend-, Gesundheitsamt, Strafvollzug)
- die langfristige Begleitung und Betreuung von Menschen, etwa in der ambulanten Einzelfall- oder Familienhilfe, und in stationären Einrichtungen, aber auch in Form rechtlicher Betreuungen nach § 1896 BGB
- die Vertretung der Bedürfnisse und Interessen von Menschen, die ihre Rechte nicht oder nur schwer selber vertreten und durchsetzen können

- der selbstverständliche professionelle „Blick über den Tellerrand“, also die Wahrnehmung psychischer und somatischer Problemanteile und bei Bedarf die Weiterleitung von Klienten in dafür geeignete Hilfebereiche (Medizin, Psychotherapie etc.) bzw. die selbstverständliche Kooperation mit Vertretern anderer Berufsgruppen.“ (Ortmann; Röh, 2017, S. 6)

Der Sozialen Arbeit ist es mit diesen Eigenschaften, Konzepten und Methoden gelungen, insbesondere Menschen anzusprechen und zu unterstützen, die sozial verletztlich oder verletzt sind. Diese Menschen sind nicht immer in der Lage, (Arbeits-)Beziehungen aufzubauen, zu halten und ggf. zu beenden und haben zudem großen Hilfebedarf. Genau diese Menschen werden von den psychotherapeutischen und medizinischen Hilfeangeboten oft nicht so erreicht, wie es wünschenswert ist (vgl. Ortmann; Röh, 2017, S. 6).

1.5 Perspektiven der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit

Soziale Benachteiligung kann zu erhöhten Krankheitsrisiken führen. Trotz dieser Erkenntnis, findet das Soziale in der Gesundheitsversorgung wenig Beachtung:

„Das Soziale ist (so gut wie) kein Thema im Gesundheitssystem, weil dieses in erster Linie auf die Behandlung körperlicher Erkrankungen ausgerichtet ist. Allenfalls werden dort noch psychische Störungen wahrgenommen und psychosomatisch bzw. psychotherapeutisch bearbeitet. Eine praktische Sozialmedizin hingegen, die sich den sozialen Störungen einzelner Menschen widmet, gibt es gar nicht. Damit fehlt es an systematischer Unterstützung von Menschen in sozialen Notlagen bzw. an der Berücksichtigung sozialer Faktoren in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung. Wer sich dieser Themen in der Gesundheitsversorgung verstärkt annehmen möchte, kann also nicht auf große Unterstützung von anderen Professionen in der Gesundheitsversorgung hoffen. Und tatsächlich sind dies genau die Erfahrungen, die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung gemacht haben und täglich machen. Sie müssen sich ihre Positionen im beruflichen Alltag eher erkämpfen und behaupten, als dass ihnen Türen zur Zusammenarbeit geöffnet werden. So ist es der Sozialen Arbeit bisher nicht gelungen, Kooperationen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in nennenswertem Umfang zu etablieren.“ (Ortmann, 2015a, S. 7)

Der öffentliche Gesundheitsdienst galt einst als eine wichtige Säule der Gesundheitsversorgung. Sie war von größter Bedeutung für die bevölkerungsbezogene Prävention, beispielsweise in der Säuglingsfürsorge, der Tuberkulosebekämpfung oder bei Schuleingangsuntersuchungen. Hierbei wurden soziale Faktoren systematisch beachtet und zunächst durch FürsorgerInnen und später von SozialarbeiterInnen bearbeitet. Leider hat der öffentliche Gesundheitsdienst an Bedeutung verloren. Dieser verfügt nicht mehr über die nötige Reichweite, um die Gesundheit der Bevölkerung wirkungsvoll zu fördern (vgl. Ortmann, 2015a, S. 7). Daher ist es wichtig, dass sowohl Akteure im Gesundheitswesen als auch Akteure im Sozialwesen erkennen, dass das Soziale in der Gesundheitsversorgung thematisiert werden muss:

„So wie sich die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen schwertun, soziale Aspekte in ihr Denken und (Be-)Handeln systematisch einzubeziehen, tun sich die Akteurinnen und Akteure im Sozialwesen umgekehrt schwer, in ihren Arbeitsfeldern, in denen es ja häufig genau um Menschen geht, die von sozialer

Ungleichheit betroffen sind und Hilfe benötigen, Gesundheit und Krankheit systematisch zu thematisieren. Kindergärten und Schulen beispielsweise sind Einrichtungen, die fast alle Kinder und Jugendlichen erreichen, bilden und betreuen, ohne, dass das dort vorhandene Potenzial zur Förderung der Gesundheit von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen systematisch genutzt und ausgeschöpft wird. (...)

Arbeitsagenturen und Sozialämter sind ebenfalls Orte, an denen die Verbindungslinien zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit/Krankheit mit Klientinnen und Klienten thematisiert und mehr Gesundheit und Gesundung gefördert werden könnten. Letztlich ließe sich mehr erreichen, wenn Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ihre Arbeit auch und immer als Gesundheitsarbeit verstehen würden.“ (Ortmann, 2015a, S. 7 f.)

Hier ist die Soziale Arbeit gefordert, um einen Wandel voranzutreiben, sodass die Themen Gesundheit und Krankheit verstärkt in der Sozialversorgung Beachtung finden, denn

„[e]s gibt keine andere Profession, die sich explizit mit der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit befasst und über so reichliche Erfahrungen in der Beratung und Unterstützung von sozial beeinträchtigten Menschen verfügt. Angesichts der eindeutigen empirischen Befunde über die Zusammenhänge zwischen sozialen Beeinträchtigungen und erhöhten Gesundheitsrisiken ist die „Bescheidenheit“ der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit fachlich und berufsethisch nicht mehr vertretbar.“ (Ortmann, 2015a, S. 8)

Das Ziel der Sozialen Arbeit sollte dementsprechend wie folgt lauten:

„Ziel der Sozialen Arbeit muss es deshalb sein, ihre Teilhabe (und das ist mehr als die Teilnahme) an der gesundheitlichen Versorgung zu vergrößern und mit anderen Professionen auf Augenhöhe zu agieren und zu kooperieren.

Dazu dürfen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sich in ihrem fachlichen Handeln nicht mehr auf die Erschließung sozialrechtlicher Leistungen (medizinische Reha, Anschlussheilbehandlungen, Grundsicherung) reduzieren lassen, sondern müssen sich den anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen und natürlich den hilfesuchenden Menschen fachlich offensiv präsentieren und ihre spezifischen Hilfeangebote benennen können.“ (Ortmann, 2015b, S. 16)

In diese Richtung weist auch das von der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) in Auftrag gegebene Rechtsgutachten zu den Voraussetzungen und Anforderungen an die rechtliche Regulierung von Aufgaben und Tätigkeiten der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen hin (vgl. Igl, 2014). Das Gutachten kommt zu dem Ergebnis, dass die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen die Voraussetzungen für eine Anerkennung als Heilberuf im Sinne der Heilberufegesetzgebung nicht erfüllt. Als Begründung wird genannt, dass Soziale Arbeit „(...) oft nur diffus wahrgenommen“ werde (Igl, 2014, S. 2) und mit ihr „(...) kein spezifisches prägnantes Bild verbunden [ist, Anm. d. Verf.], wie es etwa beim Arzt oder beim Krankenpfleger der Fall ist“ (Igl, 2014, S. 2).

Um die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen rechtlich stärker zu verankern, benennt das Gutachten drei Handlungsstrategien. Diese werden im Folgenden vorgestellt und mit dem Stand der Weiterentwicklung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit verglichen:

„An erster Stelle muss die Stärkung der Wahrnehmbarkeit der Gesundheitssozialarbeit stehen. Zwar ist Gesundheitssozialarbeit in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung breit akzeptiert. Dennoch werden die Funktionen und Einsatzmöglichkeiten der Gesundheitssozialarbeit oft nur begrenzt oder undifferenziert wahrgenommen. Gerade vor dem Hintergrund einer mittlerweile fast nicht mehr zu überblickenden Proliferation an Ausbildungsgängen und Weiterbildungen im Gesundheitsbereich ist es erforderlich, die wesentlichen Elemente der Gesundheitssozialarbeit herauszustellen und damit Gesundheitssozialarbeit stärker sichtbar werden zu lassen.“ (Igl, 2014, S. 11)

Die gesundheitsbezogene Sozialarbeit hat ihr Profil in jüngster Zeit bereits deutlich geschärft. So sind im Zuge der Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit z.B. sozialarbeitsspezifische Diagnoseverfahren und Interventionskonzepte wie die Sozialtherapie entwickelt worden, mit denen dann auch die Teilhabe der Sozialarbeit an der Gesundheitsversorgung auf Augenhöhe mit den etablierten Heilberufen vorstellbar wird. In diesem Prozess muss darauf geachtet werden, die besondere Fachlichkeit der Sozialen Arbeit sichtbar zu machen (vgl. Ortmann, 2015b, S. 16).

Es ist wichtig, dass die Fachlichkeit der Sozialen Arbeit von anderen Professionen erkannt wird. Dadurch werden Kooperationen möglich, die zwingend erforderlich sind und als sektorenübergreifende Versorgung und Unterstützung längst gefordert werden. Gesundheitliche Probleme können sich nämlich – gerade unter dem Aspekt der sozialen Benachteiligung – „zu komplexen biopsychosozialen Problembündeln formieren, die nur sektorenübergreifend, im Zusammenwirken von verschiedenen Sozialleistungsträgern wie im Zusammenwirken verschiedener Professionen, bestmöglich bearbeitet werden können“ (Ortmann, 2015b, S. 16). Die zweite Handlungsstrategie lautet entsprechend wie folgt:

„An zweiter Stelle geht es um Ausbildungsfragen. Bisher existiert keine Rahmenordnung für die Ausbildung in der Gesundheitssozialarbeit. Hier sind wichtige Weichenstellungen einzuleiten, auch vor dem Hintergrund des Deutschen Qualifikationsrahmens und der Hochschulfachqualifikationsrahmen.“ (Igl, 2014, S. 11)

Dettmers hat im Auftrag der DVSG das „Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA“ (DVSG, 2015) erarbeitet, das detaillierte und umfassende Vorschläge für die Qualifizierung von SozialarbeiterInnen in gesundheitsbezogenen Arbeitsfeldern enthält. Dies wird zur fachlichen und fachpolitischen Stärkung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit beitragen.

„An dritter Stelle stehen verschiedene Fragen der beruflichen Tätigkeit in der Gesundheitssozialarbeit. Hier geht es um die Einführung eines Berufsbezeichnungsschutzes, wie er etwa im Heilberufrecht zu finden ist und insgesamt darum, ob Gesundheitssozialarbeit eine heilkundliche Tätigkeit darstellt und deshalb als Heilberuf gesetzlich zu gestalten wäre. Weiter geht es um den Einbezug der Gesundheitssozialarbeit in das Leistungsrecht des Gesundheitssozialrechts.“ (Igl, 2014, S. 11)

Die Realisierung der letzten Handlungsempfehlung benötigt eine lange zeitliche Perspektive. Igl (2014) sieht hier „klassische Verbandstätigkeit gefordert“ (Igl, 2014, S. 15), um bei Gesetzgebungsvorhaben „(...) die Alleinstellungsmerkmale der Gesundheitssozialarbeit zu verdeutlichen“ (Igl, 2014, S. 15).

Dies könnte durch die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit beschleunigt werden. Ohne an dieser Stelle auf Details zur Theorie und Konzeption Klinischer Sozialarbeit einzugehen, geht es in der Klinischen Sozialarbeit um eine eigenständige Fachlichkeit, die sich in sozialarbeitsspezifischen Formen der Behandlung von psychosozialen, soziosomatischen und körperlichen Störungen, Erkrankungen und Behinderungen entfaltet. Behandlung steht in der Klinischen Sozialarbeit für eine Vielfalt von Konzepten und Methoden – z. B. Beratung, psychosoziale Therapie, Case Management, Krisenintervention, Formen sozialer Unterstützung u. v. m. –, die fallbezogen und flexibel eingesetzt werden können (vgl. Lammel; Pauls, 2017). Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, bedarf es zusätzlicher Aus- und Weiterbildungen für SozialarbeiterInnen, die auf einer grundständigen Ausbildung und einschlägigen Berufserfahrung aufbauen und für professionelles klinisches Denken und Handeln qualifizieren.

Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde gezeigt, dass die Soziale Arbeit zur Plausibilisierung ihrer professionellen Tätigkeit unterschiedliche Modelle zu Krankheitsentstehung und Gesundheitsentwicklung einbindet und über eigene Qualifikationsrahmen und -konzepte den fachlichen Standard definiert. Sie wissen, dass es neben Theorien Sozialer Arbeit insbesondere Grundlegungen aus gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen benötigt, um den komplexen Beratungszugang zu Menschen mit gesundheitlichen Störungen zu begründen. Daneben zeigt sich, dass der generalistische Zugang über grundständige Qualifikation die Möglichkeit bietet, in verschiedenen Praxisfeldern nützlich zu agieren. Trotz dieser Expertise werden soziale Faktoren in der Gesamtbehandlung noch nicht im gleichen Maße berücksichtigt wie biomedizinische und psychologische Aspekte. Hier sind fachliche Weiterentwicklungen, z. B. durch die Einführung von Masterstudiengängen und Forschungsoptionen sowie die rasante Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit in Deutschland künftig erforderlich, um die Notwendigkeit Sozialer Arbeit in der gesundheitlichen Versorgung stärker zu etablieren.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Wie lauten die drei Komponenten des Kohärenzgefühls im Modell der Salutogenese?
- 1.2 Was versteht man unter „instrumenteller Unterstützung“ im Kontext sozialer Unterstützung?