

Günter J. Friesenhahn
Daniela Braun
Rainer Ningel (Hrsg.)

Handlungsräume Sozialer Arbeit

Ein Lern- und Lesebuch

Verlag Barbara Budrich
Opladen & Toronto 2014

Gesundheit

Peter Franzkowiak

Einleitung

Das Gesundheitssystem wird definiert als die Gesamtheit des gesellschaftlich organisierten Handelns zur Abwehr gesundheitlicher Gefahren und als Reaktion auf das Auftreten von Krankheit und chronischer gesundheitlicher Einschränkung (vgl. Busse/Schreyögg/Tiemann 2010). Es umfasst alle Personen, Organisationen, Einrichtungen, Regelungen und Prozesse, deren Aufgaben sind:

- Förderung und Erhaltung der (primär somatischen, aber auch psychischen) Gesundheit;
- Einschätzung und Früherkennung gesundheitlicher Risiken;
- Krankheitsvorsorge, Krankheitsbehandlung und -bewältigung;
- Rehabilitation und gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit chronischen Einschränkungen.

Medizinische
Dominanz

Im deutschen Gesundheitssystem dominieren historisch, rechtlich, definitiv und praktisch-institutionell die ärztlich-medizinischen Perspektiven und Dienstleistungen. Orientierend ist von einer groben dreiteiligen Gliederung auszugehen: (i) Stationäre Versorgung in Krankenhäusern (incl. Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation); (ii) ambulante ärztliche Versorgung; (iii) Integrierte Versorgung über beide Sektoren hinweg.

Das Gesundheitswesen i.e.S. umfasst die Gesamtheit der vom Staat geschaffenen Einrichtungen zur Erhaltung, Förderung oder Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung. Zu den sowohl hoheitlichen als auch fürsorglichen Aufgaben gehören hier die allgemeine Gesundheitsvorsorge und -erziehung sowie die bevölkerungsbezogene Abwehr gesundheitlicher Gefahren. Besonderer Schwerpunkt ist die Aufsicht über rechtliche Schutzbestimmungen mit Gesundheitsbezug (z.B. Infektionsschutz, Arznei- und Lebensmittelsicherheit, Arbeitsschutz). Träger der Aufgaben im Gesundheitswesen sind an erster Stelle die staatlichen Gesundheitsämter der Länder und Kreise.

Doppelcharakter
sozialarbeiterischer
Fachlichkeit

In einer Vielzahl von Einrichtungen und Handlungsfeldern des Gesundheitssystems wie des Gesundheitswesens agieren Fachkräfte der Sozialen Arbeit professionell: beratend, betreuend, unterstützend, aktivierend, vermittelnd, interprofessionell und institutionell kooperierend. In der gesundheitlichen Versorgung bleiben sie zwar überwiegend noch einer biomedizinischen

Hegemonie unterworfen, doch agieren sie auch professionell eigenständig in vielen Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung, der Betreuung, Vermittlung und im intersektoralen Schnittstellenmanagement. Nach der Jugendhilfe ist der Gesundheitsbereich zum wichtigsten Berufsfeld geworden, mit derzeit geschätzt zwischen einem Viertel bis zu einem Drittel aller Beschäftigungsformen und -verhältnisse für Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-innen.

Zur Systematik gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit

In allen Gesellschaften besteht ein sozialer Gesundheitsgradient, d.h., ein weitgehend linearer Zusammenhang zwischen sozialer Lage, sozialer Ungleichheit und ihren Auswirkungen auf die jeweiligen Gesundheitschancen, Krankheits-, Behinderungs- und Sterblichkeitsrisiken der unterschiedlich betroffenen Bevölkerungsgruppen. Sozialhistorisch wie sozialepidemiologisch ist dieser Konnex global wie national stabil und wird immer neu nachgewiesen. Der Gesundheitszustand umschriebener Gruppen und Teilkulturen ist damit bis heute ein gewichtiger Indikator für soziale Benachteiligung, ein Seismograf für soziale Problemlagen.

sozialer
Gesundheits-
gradient

Der Konnex spielt auch eine gewichtige professionshistorische Rolle. Die Soziale Arbeit bezog sich von Beginn ihrer Berufsgeschichte an eng auf gesundheitliche Belange und Belastungen im Kontext sozialer Probleme. Die so genannte Gesundheitsfürsorge war zum Anfang des 20. Jahrhunderts die dritte Säule in der Entwicklungsgeschichte der Sozialen Arbeit (vgl. Homfeldt/Sting 2006 und 2011). Gesundheit ist somit ein grundlegendes Thema aller Sozialen Arbeit.

Von gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit spricht man, wenn Gesundheit und Krankheit zum Schwerpunkt der sozialberuflichen Tätigkeit werden. Sie umfasst „alle sozialprofessionellen Eingriffe und Unterstützungsmaßnahmen, die zur Vorbeugung, Minderung und Bewältigung persönlicher, kollektiver und sozialer Gesundheitsrisiken, gesundheitlicher Problemlagen und daraus folgender Benachteiligungen und Notstände beitragen. Sie tritt in Aktion, wenn Betroffene ihre Probleme aus eigener Kraft nicht bewältigen können, und die Gesellschaft entsprechende institutionelle bzw. rechtliche Bewältigungshilfen bietet“ (Franzkowiak 2009, S. 66).

Gesundheits-
bezogene
Soziale Arbeit

Immer wird die soziale Dimension und Determination von Gesundheit und Krankheit betont: in Komplementarität, oftmals auch in Gegenposition zur naturwissenschaftlich-medizinischen Perspektive auf Körper, Entwicklung, Gesundheit, Krankheit und Tod: „Soziale Arbeit betont die soziale Funktion von Gesundheit und Krankheit in spezifischer Weise. Zentral sind Fragen der Einschränkung bzw. (Wieder-)Gewinnung von Autonomie der

Lebenspraxis und die (Un-)Möglichkeit sozialer Teilhabe. Ihre Integrationsaufgabe versteht sie nicht als Unterwerfung der Subjekte unter gesellschaftliche Zwecke, sondern als Vermittlungsleistung zwischen (kranker) Person, Gemeinschaft und Gesellschaft“ (Filsinger/Homfeldt 2001, S. 713).

komplementäre Handlungsfelder Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit wird gemeinhin in zwei komplementäre Komponenten und Handlungsfelder unterschieden (vgl. Ortmann/Waller 2005; Waller 2007; Homfeldt/Sting 2011; Franzkowiak/Homfeldt/Mühlum 2011):

- Soziale Arbeit im Gesundheitswesen: in Tätigkeitsfeldern etablierter wie neuer Gesundheitsdienste, etwa in Gestalt „integrierter Versorgung“ im Krankenhaus, in Rehabilitationseinrichtungen, in der Suchtkrankenhilfe, im Öffentlichen Gesundheitsdienst, in der ambulanten und komplementären psychiatrischen Versorgung, in der Frühförderung/Sozialpädiatrie, z.T. auch in der Pflege – Sozialstationen/Pflegestützpunkte, Betreutes Wohnen – und in Hospizdiensten;
- Gesundheitsarbeit im Sozialwesen: durch intentionale, aktive Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte in etablierten Feldern Sozialer Arbeit wie der Familienhilfe, Kinder- und Jugendarbeit, Sucht- und Gewaltprävention, Gemeinwesenarbeit, Behinderten- und Altenhilfe und ihren entsprechenden Beratungs- und Förderstellen; hinzu tritt die (sozialpädagogische) Gesundheitsförderung in der Gemeinwesen- und Netzwerkarbeit, durch Empowerment von einzelnen und Gruppen, als Entwicklung neuer Strategien und Handlungskonzepte in der schulischen und außerschulischen Prävention, als sozialprofessioneller Beitrag zur Gesundheitsförderung in Betrieben und Organisationen.

Die doppelte Verortung der Sozialen Arbeit in Gesundheits- und Krankheitskontexten ist vorrangig pragmatisch angelegt. Sie kann aus systematischer Sicht keinesfalls zufriedenstellen, ist zum jetzigen Stand aber auch noch nicht weiter auflösbar.

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Gesundheitsdienste als sekundäre Settings Soziale Arbeit in der gesundheitlichen Versorgung ist der historisch früheste und am breitesten ausgebaute Bereich der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Heute findet sie sich in einer Vielzahl ambulanter, teilstationärer und stationärer Einrichtungen, zumeist im Kontext von Armut, Krankheit, Gefährdung, sozialer Benachteiligung oder Behinderung. Homfeldt sieht Gesundheitsdienste als für die Soziale Arbeit sekundäre Settings, da sie vorrangig krankenversorgend oder pflegebezogen sind. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen „wird tätig bei kranken Menschen, die aus ihren lebensweltlichen

Bezügen gerissen wurden und die in Bezug auf den Wiedergewinn alltagsbezogener Balance zu unterstützen sind: sozial, ökonomisch, rechtlich, verwaltungsbezogen“ (Homfeldt 2011, S. 489).

Sozialarbeit im Gesundheitswesen entstand und ist bis heute gesellschaftlich legitimiert, um das mit Krankheit verbundene Risiko einer sozialen, beruflichen und finanziellen Benachteiligung zu vermeiden bzw. im Sinne der tertiären Prävention abzumildern. Der Krankenhaussozialdienst (historisch: Gesundheitsfürsorge) zählte zu den ersten anerkannten Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit überhaupt.

Gesellschaftlicher Auftrag und methodischer Kern von Sozialarbeit im Akutkrankenhaus und in der Rehabilitation ist die Bearbeitung sozialer Folgeprobleme von Krankheit, Krisen oder dauerhafter Einschränkung. Dies umfasst:

Bearbeitung sozialer Folgeprobleme von Krankheit

- psychosoziale Beratung der Klienten/-innen und Patienten/-innen;
- Erkennen und Klärung von Schnittstellenproblemen im sequenziellen Krankheits(versorgungs)prozess zwischen stationären und ambulanten Settings;
- Unterstützung von Klienten bei der Bewältigung sozialer und beruflicher (Re-)Integrationsprobleme;
- Sicherung und Erhöhung ihrer gesellschaftlicher Teilhabe nach Krankheit und Krise oder im Angesicht einer fortdauernden gesundheitlichen Einschränkung.

Damit trägt diese Soziale Arbeit zur Minimierung krankheitsbedingter sozialer Ungleichheit bei.

Im stark reglementierten, professionell wie institutionell fremdbestimmten Gesundheitswesen übernimmt die Soziale Arbeit nicht nur klassische soziale Hilfe- und Versorgungsaufgaben oder Teilaspekte sozialstaatlicher Kontrolle. Im Einklang mit dem professionellen Wertekanon und ihrer Ethik orientieren sich die Fachkräfte, wo immer möglich, an Empowerment und Befähigung, fördern Netzwerkarbeit, sind ihrer Sozialraum- und Lebensweltorientierung verpflichtet und sind hoch aufmerksam gegenüber den sozialen Determinanten von Gesundheit (vgl. Bals/Hanses/Melzer 2008; Kickbusch/Engelhardt 2009). Soziale Arbeit versteht sich gerade auch in ihren Sekundärsettings wie dem Krankenhaus, der Rehabilitation, im Rahmen psycho- und sozioedukativer Interventionen bei und mit ihren Klienten als „Befähigungs- und Bewältigungshilfe, um Personen darin zu unterstützen, ihre eigenen Belange besser erkennen und gestalten zu können – auch in gesundheitlicher Hinsicht“ (Franzkowiak/Homfeldt/Mühlum 2011, S. 139).

Empowerment, Befähigungs- und Bewältigungshilfe

Gesundheitsarbeit und Gesundheitsförderung im Sozial- und Bildungswesen

Gesundheit und Krankheit sind nicht nur in der Krankenversorgung, sondern in allen Feldern der Sozialen Arbeit ein potenzielles Thema. Homfeldt/Sting (2011) sprechen von einer „Profilierung“ tradierter und etablierter Interventionen in Familienhilfe, Jugendarbeit und Gemeinwesenarbeit durch gesundheitsbezogene Wahrnehmung und Reflexion. Der Fokus liegt auf der gesundheitsbezogenen Sensibilität in bestehenden Handlungsfeldern und Arbeitsweisen der Sozialen Arbeit.

implizite
Gesund-
heitsarbeit

Diese Arbeitsfelder und Sozialen Dienste sind systemisch zwar nicht primär auf Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung, Kuration oder Rehabilitation ausgerichtet. Gleichwohl weisen sie – zumindest implizit – einen hohen Anteil von Tätigkeiten und Wirkungen auf, die Merkmale einer präventiven, begleitenden oder nachsorgenden Gesundheitsarbeit sind. Beispiele für entsprechende Umsetzungen finden sich in den sozialräumlichen Ansätzen, im Aufbau kommunaler Präventionsketten, in allen sozialarbeiterischen Beiträgen zu einer für Menschen wie Organisation gleichermaßen „guten gesunden Schule“, nicht zuletzt in der präventiven Kinder- und Jugendhilfe. Dauerhafte Herausforderung für die Gesundheitsarbeit im Sozialwesen ist jedoch das praktisch unausgewogene und in der Regel konzeptionell noch unvollständig systematisierte Verhältnis (noch wenig) expliziter zu (einer Vielzahl) impliziter Gesundheitsbezüge und entsprechender Gesundheitsförderung.

Praxisfelder und
Interventions-
settings

Exemplarische Praxisfelder und institutionelle Settings von Gesundheitsarbeit im Sozialwesen mit ausgeprägten Anteilen von sozialpädagogischer Gesundheitsbildung und -förderung sind (vgl. Franzkowiak 2009):

- sozialräumliche und gemeinwesenorientierte Soziale Arbeit und Netzwerkbildung in lokalen Lebensräumen, Wohnquartieren, Nachbarschaften; Aktivierung und Empowerment von z.T. marginalisierten Bevölkerungsgruppen;
- Beratung, Unterstützung und Vernetzung in Allgemeinen Sozialen Diensten der Kommunen, Sozialstationen, Allgemeine Hilfe Zentren, Integrationsämtern;
- Beratung und Koordinierung in Pflegestützpunkten;
- kultursensible Sozialarbeit, Alltagsberatung und direkte (auch gesundheitliche) Hilfen bei Migranten/-innen, Aussiedlern, Zuwanderern und Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus;
- Kinder- und Jugendhilfe, kommunaler Kinder- und Jugendschutz und Frühe Hilfen, Schulsozialarbeit, Jugendsozialarbeit, Sozialpädagogische Familienhilfe sowie Ehe-, Familien-, Konflikt- und Lebensberatung;
- gendersensible Soziale Arbeit, z.B. Mädchenarbeit, Jungen- und Männerarbeit;

- aufsuchende Hilfen und Streetwork mit unterschiedlichen Klienten/-innengruppen, z.B. Wohnungslosen;
- Beratung und Betreuung von Klienten/-innen und Betroffenen von Gewalt im Geschlechterverhältnis oder im sozialen Nahraum;
- Initiativen gegen Armut, Ausgrenzung und soziale Benachteiligung.

Waller (2007) betont die besondere Relevanz der genuin sozialarbeiterischen Professionalität und ihrer Interventionsansätze für die Prävention und Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Er bezieht sich auf all jene für klassische Gesundheitserziehung oder medizinische Therapie-Compliance schwer zu erreichenden und aufzuschließenden Problemklienten und -gruppen. Eigenständige Praxen zeigen sich gerade hier in der zielgruppenspezifischen Ansprache und lebenslagensensiblen Motivierung, der Informationsvermittlung und (Gesundheits-)Bildung, der Reduzierung ungesunder Lebensstile und einer Entwicklung und Umsetzung kompensatorischer Gesundheitshilfen.

Professionalität
und
Zielgruppen-
ansprache

Exkurs: Klinische Sozialarbeit

Einen dritten, in die pragmatisch-duale Systematik gewissermaßen quer hineinragenden Professionalisierungs- und Handlungsraum bildet die Klinische Sozialarbeit. Angeregt von der US-amerikanischen clinical social work hat sie sich in den letzten zwei Jahrzehnten auch in Deutschland als Fachsozialarbeit und Ausbildung auf BA- und MA-Niveau entwickelt und etabliert.

Die Sektion Klinische Sozialarbeit in der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit definiert zusammenfassend: „Von Klinischer Sozialarbeit wird gesprochen, wenn die Soziale Arbeit in Behandlungskontexten erfolgt und eigene Beratungs- und Behandlungsaufgaben wahrnimmt. Ausgehend von einem bio-psycho-sozialen Grundverständnis von Gesundheit, Störung, Krankheit und Behinderung liegt ihr Fokus auf der psychosozialen Diagnostik, Beratung und Behandlung von Personen im Kontext ihrer Lebenswelt. Ihre Adressaten sind Klienten und Patienten, deren Belastung reduziert und deren Bewältigungsverhalten durch methodisch geleitete Einflussnahme verbessert werden soll. Auch wenn die Trennschärfe zur allgemeinen Sozialarbeit nicht immer eindeutig ist, bemisst sich die Notwendigkeit und Eigenart klinisch-sozialen Handelns zum einen an der Indikation (z.B. schwer zugängliche Person), zum anderen an der Vorgehensweise und Intensität der personalen Einflussnahme (z.B. Therapieverfahren) sowie insgesamt am Nutzen für die behandelten Patienten und ihre soziale Umgebung (z.B. verringertes Leidensdruck)“ (vgl. SKS-DGSA 2013).

Umrisse
Klinischer
Sozialarbeit

Eigenständigkeit
klinischer
Diagnose und
Intervention

Entscheidend ist, dass die Klinische Sozialarbeit eigene Beratungs-, Kriseninterventions- und Behandlungsaufgaben wahrnimmt – mit Fokus auf die bereits angesprochenen „hard-to-reach“-Personen und soziokulturell, ethnisch oder gesundheitlich marginalisierte Gruppen. Auf Basis einer umfassenden psycho-sozialen Diagnose (mit kategorialer, biographischer und lebensweltbezogener Problem- und Ressourcenanalyse) werden Klienten/-innen mittels Case-Management darin unterstützt, ihren durch Gesundheitsstörungen, dauerhafte Einschränkungen und deren soziale Folgen prekär gewordenen Alltag produktiv zu bewältigen. Klinische Sozialarbeit ist somit keine „Zuarbeit“ (mehr) für eine hegemoniale Medizin, nicht identisch mit Sozialer Arbeit im Krankenhaus, nicht an tradierte Krankheitsdefinitionen gebunden (vgl. Homfeldt 2011, S. 492ff; Franzkowiak/Homfeldt/Mühlum 2011, S. 181ff).

Verankerungen und Potenziale

Sozialarbeit im Gesundheitswesen beansprucht, die Risiken krankheitsbedingter sozialer Benachteiligung zu vermindern. Gesundheitsarbeit im Sozialwesen und Gesundheitsförderung zielen darauf, die Gefahren sozial bedingter gesundheitlicher Benachteiligung zu vermeiden. Handlungsführend, professionell weitgehend autonom bzw. gleichberechtigt im medizinisch hegemonial bestimmten Gesundheitssystem ist die Soziale Arbeit bislang in wenigen Teilsektoren: in der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe, der gesundheitlichen Bildung im Kontext von Kinder- und Jugendhilfe, in der gemeinde- und sozialpsychiatrischen Beratung und Vermittlung, zunehmend auch in der Altenhilfe im Kontext Sozialer Gerontologie.

Sozialräumliche
und netzwerk-
stärkende
Gesundheits-
förderung

Vor allem in den sozialräumlichen und netzwerkfördernden Ansätzen der Gemeinde- und Stadtteilentwicklung ist die gesundheitsfördernde Soziale Arbeit verankert: „Die AdressatInnen werden in ihren realen, komplexen Settings und Lebenswelten unterstützt und aktiviert. Ziele sind verbesserte Lebensführung und Lebensbewältigung sowie Belastungssenkung und Ressourcenstärkung unter schwierigen Bedingungen oder in prekären Lebenslagen. Das gesundheitsbezogene Handeln von Menschen – ob individuell oder in Gruppen- und Kulturzusammenhängen – kann eben nicht, wie in der biomedizinischen Prävention geläufig, von den persönlichen und gesellungsgeprägten Lebensweisen und Lebenspraxen abgespalten werden. Sozialräumliche und soziallagenbezogene Sozial- und Gemeinwesenarbeit (mit und ohne expliziten Gesundheitsbezug) betonen daher Befähigung, Vernetzung und gemeindebezogenes Empowerment ... In allen sozialräumlich aktivierenden Ansätzen liegen immer auch genuin gesundheitsförderliche Wirkungen, Handlungsfelder und Praxisstärken Sozialer Arbeit“ (Franzkowiak/Homfeldt/Mühlum 2011, S. 231).

Gesundheitsförderung und Soziale Arbeit haben eindeutige Gemeinsamkeiten. Beide sind psychosoziale und sozialpolitische Aktivierungsstrategien, die auf Erschließung von Teilhabechancen und die Mobilisierung sozialer Ressourcen abzielen. Sie intervenieren für die Entfaltung und Erhöhung individueller Kompetenzen sowie eine Erweiterung von „Lebenskohärenz“ und selbstkontrollierten Handlungsmöglichkeiten. Damit zielen sie auf autonome Lebensführung und weitestgehende Selbstbestimmung. Eine ethisch-konzeptionelle Gemeinsamkeit ist die Befähigungsgerechtigkeits- und Menschenrechtsperspektive in der Wahrnehmung, Anprangerung und angestrebten Aufhebung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten oder Ungleichbehandlungen. Gesundheitsförderung enthält in Konzeption und Umsetzungsstrategien etliche sozialarbeitsaffine Anteile – gleichermaßen sind jeder Sozialen Arbeit beiläufige oder intentionale gesundheitsförderliche Wirkungen zu attestieren. In der Leitorientierung einer Einheit von Belastungssenkung und Ressourcenerhöhung trifft sich die Gesundheitsförderung mit der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit.

Gemeinsamkeiten Sozialer Arbeit und Gesundheitsförderung

Problemfelder und Zukunftsaufgaben

Wichtiges Ziel in der kontinuierlich fortschreitenden Etablierung und Professionalisierung der Sozialen Gesundheitsarbeit bleibt, dass eine Mitwirkung der Sozialen Arbeit sich nicht „auf die Rolle des Türöffners zu schwer erreichbaren Zielgruppen beschränkt, während der individualisierende und medizinische dominierte Blick auf Gesundheitsprobleme unhinterfragt bestehen bleibt“ (Homfeldt/Sting 2011, S. 586).

Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit sieht sich – nach Homfeldt/Sting (2011), Homfeldt (2013), Gahleitner (2013) – gegenwärtig und zukünftig mit vier komplexen Problemfeldern konfrontiert:

Problemfelder und Herausforderungen

- die Weiterentwicklung eigener Wirkungsforschung, Qualitätsermittlung und Qualitätssicherung (s. auch die „What Works?“-Debatte) – ohne Unterwerfung unter das abschnürende Dogma der Evidenzbasierung der Medizin, vielmehr in „selbstbewusster Positionierung“ (Gahleitner) in der Wirkungsforschung mit eigener guter Praxis und im Kontext partizipativer Qualitätsentwicklung;
- eine Rekonstruktion und analytische Vertiefung ihres körper-, gesundheits- und störungsbezogenen Blicks – mit Konzeptionierung von Körper und Körperwelten als sozialen, sozioökonomisch determinierten und je (sub-)kulturell hergestellten Wirklichkeiten, einschließlich einer (Selbst-)Reflexion der bisherigen Leib- und Körperferne Sozialer Arbeit als Wissenschaft sowie Profession;

- die Ausformulierung eigener Theorien und Praxeologien zum Zusammenhang von Lebenswelt und Lebensverlauf – mit der Identifizierung von komplexen Belastungs- und Risiko-, aber auch von Bewältigungs- und Befähigungs-„Ketten“ sowie einer Vertiefung der biographischen und „Körperwelten-“Orientierung in der Arbeit mit Klienten/-innen in spezifischen Handlungsfeldern;
- die Netzwerkbildung und interprofessionelle Kooperation – im Rahmen systemübergreifender, intersektoraler Vernetzungen, primär auf Gemeinwesen- und Quartiersebene, mit erstem Schwerpunkt auf sozialräumlicher Prävention und Gesundheitsförderung.

Resümee

Ganzheitliche
Praxeologie

Auch in Würdigung dieser noch offenen Aspekte zeichnet sich die Soziale Gesundheitsarbeit – zusammenfassend betrachtet – vor anderen Professionen im Gesundheitssystem und Gesundheitswesen durch ihre komplexe, nicht-reduktionistische, interprofessionelle, also im besten Sinn ganzheitliche Praxeologie aus. Nach Franzkowiak/Homfeldt/Mühlum (2011, S. 129ff) vereinigt sie:

- die bio-psycho-soziale Dimensionierung von Gesundheit und Krankheit, mit diagnostischem und interventivem Schwerpunkt auf den sozialen Determinanten;
- ein komplexes Verständnis von Gesundheit, Risiko und Krankheit als immer auch sozialhistorisch gewordene und determinierte, sich verändernde gesellschaftliche Konstrukte;
- eine Bewusstheit gegenüber dem Doppelcharakter von (Gesundheits-) Verhalten und Verhältnissen sowie individueller und öffentlicher Gesundheit in Gerechtigkeits- und Agency-Perspektive;
- eine Multiproblemperspektive in Diagnose, Handlungsplanung, Intervention und Ergebnissicherung;
- die eigenständige, besonders in Problem- und Risikokonstellationen hoch wirkungsmächtige Sozialraum- und Lebensweltorientierung;
- Gender- und Diversitysensibilität und Interkulturalität;
- die Praxis und Methodik von Befähigungshilfe und sozialer Aktivierung;
- das Streben nach gleichwertiger Multiprofessionalität, Kooperation und Koordination im Gesundheitswesen; eine Offenheit für transdisziplinäre Erkenntniswege und Handlungsrationalitäten.

Mit Homfeldt lässt sich resümieren: „Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit hat eine zentrale Funktion in der Bekämpfung einer sich zunehmend mit der Verschärfung sozialer Ungleichheit gleichermaßen zuspitzenden gesundheitlichen Ungleichheit“ (2013, S. 31).

Literatur

- Bals, T./Hanses, A./Melzer, W. (2008) (Hrsg.): Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Weinheim u. München.
- Busse, R./Schreyögg, J./Tiemann, O. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen. Heidelberg.
- Filsinger, D./Homfeldt, H. G. (2001): Gesundheit und Krankheit in der Perspektive Sozialer Arbeit. In: Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik, 2. völlig überarb. Auflage. Neuwied u. Kriftel, S. 705-715.
- Franzkowiak, P. (2009): Soziale Gesundheitsarbeit und Gesundheitsförderung – Standortbestimmung und Praxisübersicht. In: Prävention, 32. Jg./Heft 3, S. 66-69.
- Franzkowiak, P./Homfeldt, H. G./Mühlum, A. (2011): Lehrbuch Gesundheit. Weinheim u. Basel.
- Gahleitner, S. B. (2013): Forschung „bio-psycho-sozial“: Bestandsaufnahme und Perspektiven aus Sicht der Sozialen Arbeit. In: Schneider, A. et al. (Hrsg.): Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit. Leverkusen-Opladen, S. 49-66.
- Homfeldt, H. G. (2011): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In: Thole, W. (Hrsg.), Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch, Wiesbaden, S. 489-503.
- Homfeldt, H. G. (2013): Forschungsfacetten einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Orientierungspunkte – Einblicke – Aufgaben. In: Schneider, A. et al. (Hrsg.): Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit. Leverkusen-Opladen, S. 15-33.
- Homfeldt, H. G./Sting, S. (2011): Gesundheit und Krankheit. In: Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hrsg.), Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik, 4. überarb. Aufl. München u. Basel, S. 577-589.
- Kickbusch, I./Engelhardt, K. (2009): Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. In: Meyer, K. (Hrsg.): Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern, S. 19-33.
- Ortmann, K./Waller, H. (Hrsg.) (2005): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Hohengehren.
- SKS-DGSA (2013): Sektion Klinische Sozialarbeit in der DGSA – Inhalt. http://dgsainfo.de/sektionen/klinische_sozialarbeit/inhalt.html [letzter Zugriff: 02.09.2013].
- Waller, H. (2007): Der Beitrag der Sozialen Arbeit zur Prävention gesundheitlicher Benachteiligung. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 43, S. 74-85.