

Peter Franzkowiak

Zum Verhältnis von Sozialer Arbeit und Gesundheitsförderung

erschienen in: Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung, H. 1, 26. Jg. (2003), 25-28

Zusammenfassung: In der Sozialen Arbeit hat die Bearbeitung von Gesundheitsproblemen eine lange Tradition, aufgrund des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung. Im deutschen Gesundheitswesen wird jedoch die Tätigkeit von SozialarbeiterInnen vielfach auf paramedizinische Tätigkeiten in der Gesundheitserziehung, Prävention und Rehabilitation eingeschränkt. In der Konzeptionsphase der Gesundheitsförderung war die gemeindeorientierte Sozialarbeit eine wichtige Inspiration und Quelle. Zwischen Gesundheitsförderung und Sozialer Arbeit besteht derzeit ein wechselseitiges Spannungs- und Modernisierungsverhältnis, dessen Richtung und Ausgang noch nicht endgültig bestimmt sind.

Schlüsselwörter: Gesundheitsförderung, Soziale Arbeit, Gesundheitsfürsorge, Gemeinwesenarbeit, Setting-Ansatz, soziale und gesundheitliche Ungleichheit, Suchtprävention

Summary: Dealing with health-related problems is an integral part of social work. This connexion has a long-standing tradition, due to the interaction between social inequalities, poverty and ill health. In the German health care system, however, social workers are most often restricted to para-medical activities in health education, prevention, and rehabilitation. Community oriented social work served as a primary inspiration and source in the formative stages of health promotion. This background and the continuous tension between social work and health promotion are discussed.

Key words: health promotion, social work, social health care, community action, setting approach, social inequalities in health, primary prevention of drug addiction

Soziale Arbeit und Gesundheit

Soziale Arbeit ist professionell organisierte soziale Hilfe zur Problemlösung und Lebensbewältigung. Sie richtet sich vorwiegend an Menschen in prekären Lebenslagen und zielt auf die Entwicklung und Verbesserung der Handlungsfähigkeit von benachteiligten Menschen in ihrer Umwelt. Benachteiligungen sind alle Einschränkungen der (freien) Lebensgestaltung durch sozialisations- und bildungsbedingte Defizite und materielle, physische, psychische und/oder soziostrukturelle Barrieren. Im Zentrum der Sozialen Arbeit steht Ressourcenarbeit im Kontext einer Lebenswelt- bzw. Alltagsorientierung (Olk/Mertens 1992, Staub-Bernasconi 1986/1995, Thiersch 1992/2000). Im Gegensatz zur klassischen Prävention und Gesundheitserziehung verpflichtet sich die Soziale Arbeit nicht auf vorgegebene Normalitätsmodelle (Böllert 1995) – obwohl sie immer auch gesellschaftliche Normalisierungsarbeit leisten muss. Dies ergibt eine strukturelle Spannung, die in Theorie und Praxis zu beständiger selbstreflexiver Bearbeitung führt.

Soziale Arbeit und Gesundheit sind eng miteinander verquickt, sie stehen in einer langen gemeinsamen Tradition. Für die Profession ist der Zusammenhang von sozialer Benachteiligung und gesundheitlicher Beeinträchtigung geradezu konstitutiv, denn schon für die Sozialarbeit und Sozialpädagogik in den Pionierphasen zu Beginn des 20. Jahrhunderts

waren gesundheitliche Probleme von zentraler Bedeutung. Einerseits bestand eine zum (gesundheits-)fürsorgerischen Handeln auffordernde Verschränkung von Krankheit und Armut. Zum anderen machten kollektive gesundheitliche Probleme immer auch soziale Missstände körperlich und seelisch „sichtbar“ (Verbindung zur Sozialhygiene): der Gesundheitszustand einer Bevölkerung oder umschriebener Gruppen gilt der Sozialen Arbeit als Indikator für soziale Probleme.

Die Gesundheitsfürsorge ist eine von drei Säulen in der Entstehungsgeschichte der modernen Sozialen Arbeit, gemeinsam mit der Armen- und der Jugendfürsorge (*Mühlum et al. 1997/1998, Sting/Zurhorst 2000*). Die Bearbeitung sozialer Probleme enthält immer Überschneidungen mit anderen Bereichen wie dem Gesundheitsbereich, aber auch dem Bildungs- und dem Rechts- und Sanktionssystem. In der Regel wirkt Soziale Arbeit dann kompensatorisch und/oder nachsorgend. Zuweilen übernimmt sie auch eine Pionier- oder Pilotfunktion bei der gesellschaftlichen Regulierung von sozialen Problemen (*Hörmann 1997*).

Gesundheit war und bleibt für die Soziale Arbeit ein Kernthema. Mit der Lebensweltorientierung nimmt sie für sich in Anspruch, immer auch Gesundheits(sozial)arbeit zu leisten, also eine eigenständige und unverzichtbare Anwendungsdisziplin im weiten Feld zwischen Primärprävention und Rehabilitation/Pflege zu sein. Soziale Arbeit als „Gesundheitsarbeit per se“ (*Stecher-Gil 1995*) zu gewichten, dürfte allerdings überzogen sein – diese Auffassung hat sich im gegenwärtigen Diskurs nicht halten können.

Gesundheitsbezogene Arbeitsfelder und Einrichtungen der Sozialen Arbeit

Geschichtlich wie gegenwärtig bilden präventive, beratende und vermittelnde sowie rehabilitative gesundheitsbezogene Interventionen einen zentralen Schwerpunkt im sozialarbeiterischen Handeln. Hiermit sind alle Eingriffe und Unterstützungsmaßnahmen zur Vorbeugung und Bewältigung persönlicher, kollektiver oder sozialer Gesundheitsrisiken und gesundheitsrelevanter Problemlagen gemeint.

Die Bearbeitung von Gesundheitsproblemen als Schwerpunkt sozialprofessioneller Tätigkeit findet in einer Vielzahl von Arbeitsfeldern und Einrichtungen des Gesundheitswesens statt (*Brieskorn-Zinke/Köhler-Offierski 1997, DVSK 2001, Hey 1997, Kardorff 1999, Klüsche/Schubert 2001, Oppl/Weber-Falkensammer 1986, Ortmann/Waller 2000, Reinicke 1994/2001, Weber-Falkensammer 1987* – vgl. Abb. 1).

- Öffentlicher Gesundheitsdienst (als Behindertenarbeit, Suchtberatung und –betreuung, im Sozialpsychiatrischen Dienst);
- Sozialarbeit im medizinischen Akutbereich (im Krankenhaussozialdienst),
- Behinderten- und Wiedereingliederungshilfe bei körperlich, geistig und seelisch Behinderten (in Werkstätten für Behinderte, Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken und weiteren ambulante bzw. stationären Einrichtungen);
- Stationäre und ambulante Altenbetreuung (in Altentagesstätten, Alten- und Pflegeheimen, ambulante Soziale Diensten, über gemeinwesenorientierte Altenarbeit);
- Soziale Arbeit in der Pflege und in der Hospizarbeit;
- Suchtberatung und Einrichtungen der therapeutischen Kette der Suchtkrankenhilfe;
- Lebens-, Familien-, Partnerschafts- und (Schwangerschafts-)Konfliktberatung;
- Gemeindepsychiatrie und Sozialtherapie;

- Soziale Arbeit in psychosomatischen Fachkliniken und in der klinischen Rehabilitation von chronischen Erkrankungen (sowohl als Sozialberatung zur Wiedereingliederung als auch in der psychosozialen Beratung/Beratung und Co-Therapie);
- Weitere gesundheitsrelevante Versorgungsstrukturen innerhalb von Gemeinwesen und Regionen (Sozialstationen, Allgemeine Hilfezentren, Beratungs- und Koordinationsstellen u.v.a.m.).

Abb. 1 Ausgewählte Handlungsfelder für Soziale Arbeit mit primärem Gesundheitsbezug

Zusätzlich ist die gemeindebezogene Gesundheitsförderung i.e.S., mit starker Beteiligung von SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen, zu erwähnen. Hier lagen die Aktions-schwerpunkte insbesondere in den 1980ern und in der ersten Hälfte der 1990er Jahre:

- als explizit gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit (vgl. *Geiger 1982, Waller et al. 1989, Buchholz-Weinert 1997, Trojan 2003*);
- in lokalen Gesundheitstreffpunkten bzw. Gesundheitshäusern (vgl. *Laugsch 1992*);
- integriert in Gesunde-Städte-Projekte (vgl. *Heinemann et al. 1995/1996, Steen 1994, Stender 2003*).

In Abb. 2 sind wichtige Tätigkeitsfelder mit nicht primärer Gesundheitsausrichtung, aber einem partiell oder zeitweise hohem Anteil an präventiver bzw. nachsorgender Gesundheitsarbeit zusammengefasst.

- Arbeit mit Wohnungslosen (darin z.B. „medical street work“);
- Arbeit mit Migranten und AussiedlerInnen;
- Jugendsozialarbeit, Kinder- und Jugendhilfe
- Sozialpädagogische Familienhilfe;
- Streetwork / Aufsuchende Hilfen;
- HIV/Aids-Prävention und –Beratung;
- Berufsbetreuung (u.a. mit Übernahme der Gesundheits-sorge) und Amtspfleg-schaften;
- Suizidprävention;
- Frauenhäuser;
- Betriebssozialarbeit, z.B. als SozialreferentIn in Wirtschaft und Verwaltung (mit den Teilschwerpunkten Suchtberatung und Suchtkrankenhilfe im Betrieb);
- Allgemeine Soziale Dienste der Kommunen.

Abb. 2 Ausgewählte Handlungsfelder für Soziale Arbeit mit partiellem oder zeitweiligem Gesundheitsbezug

Fremdbestimmte Gesundheits- und Krankheitskonzepte

Soziale Arbeit ist kein Heilberuf i.e.S., schließt jedoch in ihrer beeindruckenden Vielfalt von Tätigkeitsfeldern (s. Abb. 1 und 2) direkt an das präventive, kurative und rehabilitative Handeln im Gesundheitssystem an. Die Gesundheitskonzepte und Krankheitsmodelle der Profession sind bis in die jüngste Zeit allerdings nicht als weitgehend eigenständig zu gewichten.

Einerseits gründet sich die gegenwärtige Soziale Arbeit auf ein – der Gesundheitsförderung und den Gesundheitswissenschaften eminent nahestehendes – bio-psycho-soziales Verständnis von Krankheit, Gesundheit und der Wiederherstellung von (bedingter) Gesundheit. In den Tätigkeitsfeldern des Gesundheitswesens übernahmen die PraktikerInnen allerdings vielfach und notgedrungen die Gesundheits-, Risiko- und Krankheitsdefinitionen anderer hegemonialer Wissenschaften: in der Gesundheitserziehung und Rehabilitation v.a. das biomedizinische Paradigma, in der psychiatrischen Arbeit die medizinisch-psychiatrischen Krankheitsmodelle. Als einzige Ausnahme ist die gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit herauszuheben. (Es darf jedoch nicht unter den Tisch gekehrt werden, dass auch in der Gesundheitsförderung der zentrale Wert Gesundheit „dunkel bleibt“ (Sting 2000), die hegemonialen biomedizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Bestrebungen konsequent und durchgängig auf eine Verkürzung der emanzipatorischen Gesundheitsziele auf verhaltensnahe und interventionstypische Risikofaktoren hinarbeiten.)

Über Jahrzehnte hat sich die gleichermaßen missliche wie widersprüchliche Situation herausgebildet, dass SozialarbeiterInnen in weiten Teilen des Gesundheitswesens zu paramedizinischer Arbeit verpflichtet waren, obwohl sie beanspruchen können, als primäre Akteure sozialer Gesundheitshilfe und Lebensbewältigung im Gesundheitswesen zu wirken. Traditionelle Gesundheitserziehung und die Risikofaktorenmedizin instrumentalisieren die beteiligten nicht-medizinischen Fachkräfte in erheblichen Maße, engen deren Tätigkeit vielfach auf „technologische Medicopädagogik“ ein (Hörmann 1997). Ortmann/Schaub (2002) finden dafür die pointierte Formulierung einer Ableistung „jahrzehntelanger Magddienste für die Medizin“; Hörmann (1997) sieht SozialarbeiterInnen als „Handlanger zur Umsetzung vorgegebener medizinischer Expertokratie“.

Die aktuelle Diskussion in der Sozialen Arbeit um „Klinische Sozialarbeit“ als neuer innerberuflicher Spezialisierung in Ausbildung und Praxis versucht diese Misere fachlich und berufspolitisch offensiv zu überwinden (vgl. Ansen 2000, DGS 2001, Mühlum 2001, Pauls 2001). In diesem Professionalisierungsbestreben wird der weite Fokus der Gesundheitsförderung allerdings zugunsten einer Fachsozialarbeit mit engerem Gesundheits- und Krankheitsbezug aufgegeben.

Soziale Arbeit als eine Quelle von Gesundheitsförderung

Die Ottawa-Charta baut auf langjährigen programmatischen und gesundheitspolitischen Vorarbeiten der WHO auf. Drei ihrer wichtigsten Quellen sind:

- die WHO-Gesundheitsdefinition von 1946/48;
- die Deklaration von Alma Ata (1978) mit ihrem Handlungsauftrag zur weltweiten Entwicklung und Sicherstellung einer nationalen und regionalen Primären Gesundheitsversorgung;
- das Programm „Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000“, welches Ende der 70er Jahre beschlossen und in Europa erstmals 1981 in einen europäischen Aktionsplan überführt wurde mit Modifikationen und Aktualisierungen 1985 und 1991.

Ohne die Erfahrungen der sozialen Emanzipationsbewegungen in den Industriegesellschaften der 1960er bis 1980er Jahre wäre Gesundheitsförderung indes auch nicht denkbar, nicht in der vorliegenden Form entwickelt worden. Hier sind v.a. Impulse und Strategien aus der Frauenbewegung, den Selbsthilfebewegungen, der Gesundheitsladen- und

Patientenbewegung, der Psychiatriekritik und -reform sowie der Ökologie- und Verbraucherbewegungen zu nennen (*Kaba-Schönstein* 2003).

Einen Großteil seiner gemeindeorientierten und sozial-ökologischen Fundierung verdankt die Gesundheitsförderung primär dem Arbeitsprinzip Gemeinwesenarbeit. Die strategischen Prinzipien der Ottawa-Charta weisen eine große Nähe zu den Grundlagen von Sozialarbeit/Sozialpädagogik auf. In weiten Teilen besteht Deckungsgleichheit, etwa in der Anwaltschaft (advocacy), dem Lebensweisen-/Lebensweltkonzept, auch in der Orientierung auf die Beseitigung sozialer (und gesundheitlicher) Ungleichheiten. „Gesundheitsarbeit kann den Fokus der Sozialen Arbeit – gesellschaftliche Benachteiligung und individuelle Überforderung – nicht ignorieren: Eine integrierte Gesundheitsperspektive ist für Sozialarbeit, eine Gerechtigkeitsperspektive für Gesundheitsarbeit unerlässlich. Die Komplementärfunktion ist offensichtlich .. Das Thema Lebensbewältigung kann nicht ohne Gesundheitsperspektive, das Thema Wohlbefinden nicht ohne psychosoziale Perspektive bearbeitet werden“ (*Mühlum et al.* 1998, 120).

Auf diesem Hintergrund versucht *Mühlum* (1997) eine sozial-ökologische Definition des gemeinsamen Fokus beider Handlungsfelder. In beiden Bereichen habe man es primär mit „Personen in belastenden Situationen“ und „Lebensbewältigung unter erschwerten Bedingungen“ zu tun. Der diesbezügliche Primat sei jedoch der Sozialen Arbeit zuzuweisen, ohne damit die Gesundheitsförderung zu kolonisieren.

Bei den Vorarbeiten zur Ottawa-Charta diene die Soziale Arbeit in vielfältiger Weise als Bezug. *Trojan* vertrat noch 1984 die Auffassung, Gesundheitsförderung sei „soziale Arbeit im weitesten Sinn“. Im Zuge der Eingemeindung sozial-ökologischer Arbeitsprinzipien durch die Gesundheitsförderung wurde sie, ähnlich wie die Gemeindepsychologie, als „ahnungslose Leihmutter“ (*Franzkowiak/Wenzel* 1989) instrumentalisiert. Die Ottawa-Charta von 1986 und ihre erste Rezeption im (west-)deutschen Gesundheitswesen kann in weiten Teilen als Paraphrase von emanzipatorischer Gemeinwesenarbeit mit einem neuen Gesundheitsfokus gelesen werden.

Ein gebrochenes Verhältnis

Dieses Selbstbewusstsein und die Bewusstheit für wechselseitige Relevanz findet sich allerdings (noch) nicht in allen Selbstzeugnissen und Systematiken der sozialen Arbeit wieder. Schon bei den beiden führenden Fachlexika zeigt sich ein gespaltenes Bild. Im *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (1. Auflage 1980, 5. Auflage 2002) sind „Gesundheit“, „Gesundheitliche Aufklärung“, „Gesundheitserziehung“, „Gesundheitsfürsorge“ und „Gesundheitshilfe“ – neben dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und dem Gesundheitswesen – seit Anbeginn fest verankerte Stichworte. „Gesundheitsförderung“ kam als Stichwort erst in der 4. Auflage des Fachlexikons von 1997 hinzu.

Allerdings wird das Konzept (1997 wie 2002, von jeweils unterschiedlichen Autoren) nicht sauber definiert, ist nicht trennscharf formuliert, zudem eng an die gesetzlichen Ausführungsbestimmungen im SGB V angelegt. Gesundheitsförderung wird heruntergebrochen auf Primärprävention bzw. Setting-Interventionen mit Risikofaktoren hintergrund. Die Ottawa-Charta wird nicht einmal erwähnt (!), von den sozialarbeiterischen Wurzeln der Gesundheitsförderung sind in diesem Kernnachschlagewerk für Studierende wie PraktikerInnen der Sozialen Arbeit keine Spuren aufzufinden.

Anders stellt sich die Lage beim *Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik* dar, das 1984 erstmals erschien und 2001 in zweiter, stark erweiterter und völlig überarbeiteter Auflage veröffentlicht wurde. Gesundheitsförderung wird hier umfassend, relativ aktuell und in Gegenüberstellung zur Gesundheitserziehung vorgestellt. Die sozialarbeiterischen Wurzeln werden herausgestellt, und Theorie wie Praxis werden kritisch für die Zukunft gewichtet (*Franzkowiak/Wenzel 2001*).

Stand und Ausblick

Die Gesundheitsförderungs-Bewegung um Übergang zu den 1990er Jahren hatte starke und nachhaltige Auswirkungen in der Suchtprävention, einem Arbeitsfeld mit traditionell hoher Durchdringung durch SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen (*Nöcker 1991, Franzkowiak 2002, Franzkowiak/Sabo 1999, Laging-Glaser 2001*; s. auch eine Vielzahl von Aufsätzen in dieser Zeitschrift seit Mitte der 1980er Jahre). Keinen nennenswerten Einfluss hat die neue Orientierung hingegen in den traditionellen präventiven, kurativen und rehabilitativen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit gewinnen können (vgl. Abb. 1).

Seither hat die fortschreitende Domestizierung von Gesundheitsförderung als ein von der biomedizinischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention kaum noch zu unterscheidendes Anwendungsfeld der Public Health/Gesundheitswissenschaften (und nicht mehr ein Sektoren wie Themen übergreifendes Gestaltungs- und Veränderungsprinzip) die Gesundheitsförderung von ihren sozialarbeiterischen Quellen und Arbeitsprinzipien entfernt bis entfremdet. Derzeit dominiert die Orientierung auf Settings (*Kaba-Schönstein 2003*), wodurch sozialarbeiterischen Zugängen, Methoden und Kompetenzen – trotz partiell gegenläufiger Tendenzen in der Suchtprävention sowie im Netzwerk „Gesunde Städte“ – wieder eine nachgeordnete Bedeutung zukommt.

SozialarbeiterInnen agieren in der Gesundheitsförderung und der medizinisch dominierten Gesundheitsversorgung als „Partner“ (*Reinicke 1994*). Sie sind keine professionell und sozialrechtlich eigenständigen Akteure, wie es etwa die niedergelassenen PsychotherapeutInnen seit ihrer gesetzlich abgestützten Professionalisierung 1999 sind. Diese neue alte Tendenz ist als Rückschritt für gleichermaßen beide Konzepte, Handlungsfelder und Akteursgruppen zu werten. Von einer gleichrangigen Position im Gesundheitswesen gegenüber der Medizin, aber auch der Klinischen Psychologie/Psychotherapie, ist die Soziale Arbeit weiterhin weit entfernt. Darüber hinaus stehen jedwede Anstrengungen der konzeptionellen Abgrenzung bzw. Professionalisierung gerade in der Gesundheitsförderung vor dem grundsätzlichen Problem, dass gelingende, im Sinn des Wortes und der Taten „ganzheitliche“ Gesundheitsarbeit immer eine inter-disziplinäre, inter-sektorale und multi-professionelle Aufgabe sein kann und muss.

In Teilbereichen und v.a. in ausgewählten Diskursen innerhalb der Sozialpädagogik und der Sozialarbeitswissenschaft wirkt Gesundheitsförderung als Modernisierungs- und Expansionsimpuls. Sie wird von vielen als genuine Anschluss- bzw. Schnittstelle zwischen Sozialer Arbeit und Gesundheitswissenschaft/en angesehen (*Brieskorn/Zinke 1997, Mühlum et al. 1998, Sting/Zurhorst 2000*). Für *Sting (2000)* verbinden sich damit sogar übergreifende professionelle und interdisziplinäre Hoffnungen. Er stellt zur Diskussion, ob die Verbindung von sozialen und lebensweltorientierten Zugängen und salutogenetischer Akzentuierung im Kontext von Gesundheitsförderung nicht als „neue Leitfigur“ in pädagogischen und sozialpädagogischen Diskursen dienen könnte.

Fleischer (1997) wertet die Gesundheitsförderung als externen Impuls zur Rückbesinnung der Sozialpädagogischen Familienhilfe auf ihre Wurzeln und Vorläufer: die „Settlement“-Bewegung. In gleicher Richtung, wenn auch von Seiten der Gesundheitsförderung, argumentiert *Trojan* (2003) mit Blick auf die Gesundheitsorientierte Gemeinwesenarbeit. *Trojan* vermerkt aber auch, dass mittlerweile ein Rückgang der konfliktorientierten und emanzipatorischen Ansätze zu beobachten sei. Der Schwerpunkt liege auf lokalen Ansätzen und Kooperationsstrukturen, wie sie im Rahmen der „Gesunde Städte-Projekte“ und der Agenda21-Ansätze weiterentwickelt wurden.

Der Sozialen Arbeit kommt eine Schlüsselfunktion bei der Bekämpfung der in unserer Gesellschaft immer ausgeprägter werdenden gesundheitlichen Benachteiligung bestimmter Bevölkerungsgruppen zu. Mit ihren spezifischen Methoden und Diensten können SozialarbeiterInnen diese Bevölkerungsgruppen besser erreichen als alle anderen therapeutischen oder beratenden Berufsgruppen. Nach *Waller* sollte die Soziale Arbeit nicht nur ihre eingeführte „Sozialarbeit im Gesundheitswesen“ betreiben und konsolidieren, sondern eine „Gesundheitsarbeit im Sozialwesen“ ausweiten und profilieren: „Während die Sozialarbeit im Gesundheitswesen versucht, die Gefahren krankheitsbedingter sozialer Benachteiligung zu reduzieren, will Gesundheitsarbeit im Sozialwesen die Gefahren sozial bedingter gesundheitlicher Benachteiligung vermeiden helfen“ (*Waller*, in *Sting/Zurhorst* 2000, 226).

Strukturell problematisch für eine Durchsetzung dieser Idee bleiben die eher transdisziplinäre Position der Sozialen Arbeit, ihre Kernorientierungen der Lebensweltnähe und „Ganzheitlichkeit“. Das gilt nicht nur für die Zugänge und Methoden, sondern auch im Gesundheits-/Krankheits-Verständnis. Dieses prinzipielle Positivum ermöglicht(e) einerseits die Nähe zur ursprünglichen Gesundheitsförderung. Es ist andererseits sperrig bis partiell unverträglich gegenüber den Zielen, Indikatoren und Methoden der Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege im gegebenen Gesundheitswesen. Die Systeme der Gesundheitsversorgung und der sozialen Sicherung folgen einer gänzlich anderen Logik: „der biologische Zugang (kann als) der gesellschaftlich akzeptierte, der psychologische der in Grenzen gewollte und der soziale als der vernachlässigte angesehen werden“ (*Ortmann/Schaub* 2002, 68).

Zwischen Sozialer Arbeit und Gesundheitsförderung existiert ein auf mehreren Ebenen z.T. ergänzendes und unterstützendes, manchmal aber auch widersprüchliches und kaum einfach zu lösendes Spannungsverhältnis. Richtung und Ausgang dieser Gegenseitigkeit können noch nicht genau bestimmt werden. Sinnvoll erscheint eine Doppelstrategie in Wissenschaft und Praxis. Dabei operieren Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung als autonome, jedoch sich überschneidende und z.T. ergänzende Erklärungs-, Professionalisierungs- und Interventionsgebäude. Sie sind gemeinsamen Oberzielen verpflichtet und wollen diese in ihren Handlungsfeldern gleichermaßen zur Durchsetzung bringen: Beseitigung von Ungleichheit und Ausgrenzung und ihren sozialen/gesundheitlichen Folgen, soziale und gesundheitliche Problemlösung und Problemverminderung, Ressourcenförderung und Kompetenzentwicklung, soziale Unterstützung und Netzwerkbildung, Empowerment für Lebensbewältigung und gelingendes Leben.

Literatur

- Ansen, H. (2000): Klinische Sozialarbeit und methodisches Handeln. In: sozialmagazin, 25. Jg., H. 2, 16-26
- Böllert, K. (1995): Zwischen Intervention und Prävention – Eine andere Funktionsbestimmung sozialer Arbeit. Neuwied (Luchterhand)
- Brieskorn-Zinke, M./Köhler-Offierski, A. (1997): Gesundheitsförderung in der sozialen Arbeit. Freiburg (Lambertus)
- Buchholz-Weinert, M. (1997): „Hauptsache gesund“? Ansätze zur Gesundheitsförderung durch Gemeinwesenarbeit in benachteiligten Stadtgebieten. In: Homfeldt/Hünersdorf 1997, 269-285
- DGS Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit – Arbeitskreis Soziale Arbeit und Gesundheit (2001): Plädoyer für Klinische Sozialarbeit. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins, H. 2, 22-25
- DVSK Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (2001): (Hg.) Von der Krankenhausfürsorge zur klinischen Sozialarbeit – Jubiläumskongress 2001 in Berlin – Kongressband, Mainz (DVSK)
- Fleischer, K. (1997): Gesundheitsförderung – eine Rückführung der Sozialpädagogischen Familienhilfe zu ihren historischen Vorläufern. In: Homfeldt/Hünersdorf 1997, 251-268
- Franzkowiak, P. (1998): Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit zwischen Public Health und Gesundheitswissenschaft. In: neue praxis, 28. Jg., H. 2, 171-179
- Franzkowiak, P. (2002): Zwischen Abstinenz und Risikobegleitung – Präventionsstrategien im Wandel. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Drogenkonsum in der Partyszene. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 19, Köln (BZgA), 107-124
- Franzkowiak, P. / Sabo, P. (1999): Von der Drogenprävention zur Entwicklungsförderung und Risikobegleitung. In: Prävention, 22. Jg., H. 3, 90-94
- Franzkowiak, P./Wenzel, E. (1989): In Zukunft Gesundheit? In: Böllert, K./Otto, H.-U. (Hg.), Soziale Arbeit auf der Suche nach Zukunft, Bielefeld (KT-Verlag), 113-128
- Franzkowiak, P./Wenzel, E. (2001): Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. In: Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hg.), Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik, 2. völlig überarb. Auflage, Neuwied (Luchterhand), 716-722
- Geiger, A. (1982): Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit. In: Prävention, 5. Jg., H. 4, 114-118
- Heinemann, H. / Geiger, I. / Doorduijn, A. (1995/1996): Gesundheitsförderung – Vom alltäglichen Umgang mit der Utopie. Frankfurt/M. (VAS), Das Handbuch (1995) – Das Arbeitsbuch (1996)
- Hey, G. (1997): Sozialdienst im Krankenhaus als Aufgabenfeld Sozialer Arbeit. In: Homfeldt/Hünersdorf 1997, 29-40
- Homfeldt, H. G./Hünersdorf, B. (1997): (Hg.) Soziale Arbeit und Gesundheit, Neuwied (Luchterhand)
- Hörmann, G. (1997): Zur Funktion der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen – Von der Gesundheitsfürsorge zur Gesundheitsförderung. In: Homfeldt/Hünersdorf 1997, 11-27
- Kaba-Schönstein, L. (2003): Gesundheitsförderung II / Gesundheitsförderung V. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, 4. überarb. und erw. Aufl., Schwabenheim (Sabo)
- Kardorff, E.v. (1999): Soziale Arbeit und Soziale Dienste im Gesundheitswesen. In: Chassé, K. A./Wensierski, H.-J. v. (Hg.), Praxisfelder der Sozialen Arbeit, Weinheim (Juventa), 343-359

- Klüsche, W./Schubert, F.-C. (2001): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe Sozialer Arbeit. In: Prävention, 23. Jg., H. 3, 84-88
- Laging-Glaser, M. (2001): Drogen in der Jugendhilfe – Jugendliche in der Drogenhilfe. In: Konturen, 22. Jg., H. 3-4, 18-21
- Laugsch, B. (1992): Der Gesundheitstreffpunkt Mannheim. In: Prävention, 15. Jg., H. 2, 68-71
- Löcherbach, P. (1996): Gesundheit 2000 – eine Herausforderung für die Soziale Arbeit. In: sozialmagazin, 21. Jg., H. 1, 45-51
- Mühlum, A. (1997): Soziale Arbeit und Gesundheit – Zum Verhältnis von Sozialarbeitswissenschaft und Gesundheitswissenschaft(en). Arbeitspapier für den Fachbereichstag Sozialwesen, Frankfurt/M., Mai 1997
- Mühlum, A. (2001): Klinische Sozialarbeit als notwendige Spezialisierung? In: DVSK 2001, 53-60
- Mühlum, A./Bartholomeyczik, S./Göpel, E. (1997): Sozialarbeitswissenschaft Pflegewissenschaft Gesundheitswissenschaft. Freiburg (Lambertus)
- Mühlum, A./Franzkowiak, P./Köhler-Offierski, A. et al. (1998): Soziale Arbeit und Gesundheit - Versuch einer Positionsbestimmung. Blätter der Wohlfahrtspflege, 145. Jg., H. 5/6, 116-121
- Nöcker, G. (1991): Richtungswechsel – Über die Notwendigkeit einer inhaltlichen Neuorientierung der Suchtprävention. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.), Prävention zwischen Genuss und Sucht. Düsseldorf (MAGS NW), 163-174
- Olk, T./Merten, R. (1992): Modernisierung der Sozialpädagogik. In: Otto, H.-U. et al. (Hg.), Zeit-Zeichen sozialer Arbeit. Neuwied (Luchterhand), 135-144
- Oppl, H./Weber-Falkensammer, H. (1986): (Hg.) „Ganzheitliche“ Arbeit im Gesundheitswesen – Ansätze, Aufgaben, Rahmenbedingungen. Frankfurt/M. (Diesterweg)
- Ortmann, K.-H./Waller, H. (Hg.): Sozialmedizin in der Sozialarbeit. Berlin (VWF)
- Ortmann, K.-H./Schaub, H.-A. (2002): Klinische Sozialarbeit – Eine kritische Sicht auf ein neues Fachgebiet. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, H. 1, 66-72
- Pauls, H. (2001), Klinische Sozialarbeit konkret – Anmerkungen zu Gegenstandbestimmung, Inhalten und Qualifikationsstufen. In: DVSK 2001, 62-69
- Reinicke, P. (1994): Krankenhaus – Sozialarbeiter als Partner in der Gesundheitsversorgung. Weinheim (Beltz)
- Reinicke, P. (2001): Soziale Arbeit im Krankenhaus. Freiburg (Lambertus)
- Staub-Bernasconi, S. (1986): Soziale Arbeit als eine besondere Art des Umgang mit Menschen, Dingen und Ideen. In: Sozialarbeit, H. 18, 2-71
- Staub-Bernasconi, S. (1995): Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit – lokal, national, international. Bern (Haupt)
- Sticher-Gil, B. (1995): Soziosomatik – Schnittstellen zwischen Gesundheitsarbeit und Sozialarbeit. In: Wendt, W. R. (Hg.), Lehre und Praxis als Partner in der sozialen Arbeit, Rudersberg, 82-99
- Steen, R. (1994): Gemeindenahe Gesundheitsförderung. In: Knörzer, W. (Hg.), Ganzheitliche Gesundheitsbildung in Theorie und Praxis, Heidelberg (Haug), 101-119
- Stender, K.-P. (2003): Kommunalpolitische Perspektive – Leitbild Gesunde Stadt. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, 4. überarb. und erw. Aufl., Schwabenheim (Sabo)

- Sting, S. (2000): Gesundheit als Aufgabenfeld sozialer Bildung. In: Sting, S./Zurhorst, G. (Hg.), Gesundheit und Soziale Arbeit, Weinheim (Juventa), 55-68
- Sting, S./Zurhorst, G. (2000): Einführung: Gesundheit – Ein Kernthema Sozialer Arbeit? In: dies. (Hg.), Gesundheit und Soziale Arbeit, Weinheim (Juventa), 7-11
- Thiersch, H. (1992): Schon wieder – und noch einmal – alltagsorientierte Sozialpädagogik. In: Otto, H.-U. et al. (Hg.), Zeit-Zeichen sozialer Arbeit, Neuwied (Luchterhand), 33-41
- Thiersch, H. (2000): Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit – als radikalisiertes Programm. In: Müller, S. et al. (Hg.), Soziale Arbeit – Gesellschaftliche Bedingungen und professionelle Perspektiven, Neuwied (Luchterhand), 529-545
- Trojan, A. (2003): Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, 4. überarb. und erw. Aufl., Schwabenheim (Sabo)
- Weber-Falkensammer, H. (1987): Welchen Beitrag leistet die Sozialarbeit in der Prävention und Rehabilitation Koronarkranker? In: Prävention, 10. Jg., H. 1, 12-14
- Waller, H. (1995): Gesundheitswissenschaft. Stuttgart (Kohlhammer)
- Waller, H. / Wendt, G. / Laaser, U. (1989): Gesundheitsförderung durch Gemeinwesenarbeit. In: neue praxis, 19. Jg., 205-221

Verfasser

Prof. Dr. Peter Franzkowiak, Dipl.-Psych.
Fachhochschule Koblenz
Fachbereich Sozialwesen
Rheinau 3-4
D-56075 Koblenz
Franzkowiak@fh-koblenz.de