

Zweitveröffentlichung

Koordinaten einer Gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit im Kontext von Gesundheitsförderung – Krankheitsprävention – Krankheitsbehandlung

Witteriede, Heinz

Datum der Zweitveröffentlichung: 06.03.2024

Überarbeitete und erweiterte Fassung

Zeitschriftenartikel / Journal article

Erstveröffentlichung:

Witteriede, H. (2014): Koordinaten einer Gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit im Kontext von Gesundheitsförderung – Krankheitsprävention – Krankheitsbehandlung. neue praxis - Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik, 44 (6), S. 603–611.

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Witteriede, Heinz (2024): Koordinaten einer Gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit im Kontext von Gesundheitsförderung – Krankheitsprävention – Krankheitsbehandlung. <https://doi.org/10.17883/4622>.

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC-BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC-BY Licence (Attribution). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Koordinaten einer Gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit im Kontext von Gesundheitsförderung – Krankheitsprävention – Krankheitsbehandlung

In der Sozialen Arbeit resultierte ihre Einsicht in die Interdependenz von sozialen und gesundheitlichen Problemen darin, dass das Feld der Gesundheitsfürsorge bereits eingangs des 20. Jhdts. zunächst zu einer ihrer bedeutenden Säulen avancierte, bevor es dann allerdings sukzessive weitgehend aus dem Blick geriet (Homfeldt & Sting 2005). Jüngere Arbeiten im Kontext von Sozialer Arbeit und Gesundheit bzw. einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit (exemplarisch: Sting & Zurhorst 2000; Ortmann & Waller 2005; Lützenkirchen 2005; Homfeldt & Sting 2006; Franzkowiak 2006, 2009, 2011; Franzkowiak, Homfeldt & Mühlum 2011; Jost 2013; Gahleitner & Homfeldt, 2013; Pauls 2013; DVSG 2015; Sommerfeld et al. 2016; Liel 2019; Rademaker 2020; Steiner 2021) antworten in beachtlicher Anzahl wesentlich auf zunehmend beobachtete gesundheitliche Ungleichheiten, für die eine soziale Ungleichheit als ein regelmäßiger bedeutender Risikofaktor als gesichert gelten kann, nehmen so die Profilbildung als wichtige gesundheitsrelevante Akteurin wieder auf. Das Feld ist komplex und erkennbare Handlungsbereiche/Strömungen sind differierend affin zu den drei im Gesundheitskontext leitenden Interventionslogiken: Gesundheitsförderung – Krankheitsprävention – Krankheitsbehandlung. Im Weiteren münden eine: Grundlagenklärung, kontextuelle Einordnung, konturierende Bestimmung, sektorale Verortung im Zusammenhang sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit, in einen zur Diskussion gestellten integrativen Systematisierungsentwurf einer Gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit (GSA).

Basisbestimmungen zur Sozialen Arbeit als Grundlage einer GSA

Die angestrebte Bestimmung zentraler Charakteristika einer Sozialen Arbeit zur Basisvergewisserung/als Grundlage ihres Handlungsfeldes Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit bringt in der erforderlichen Kürze nach Mühlum (2001) zusammengefasst zunächst zwei zentrale Entwicklungsstränge bzw. Kernwirkungsbereiche in den Blick:

- die im Wesentlichen jugendhilfetheoretisch begründete **Sozialpädagogik**, welche spezialisiert ist auf organisierte soziale (Ersatz-)Erziehungsleistungen, woraus ihre Affinität zum Bildungssystem und zur Bildungspolitik resultiert. Waren ihre Leistungen zunächst vor allem tertiär, Familie und Schule nachgehend kompensierend – korrigierend ausgerichtet sowie auf Kinder und Jugendliche fokussiert, so adressiert sie heute alle Altersgruppen, zunehmend mit präventiven–befähigenden Angeboten, die alltagsbegleitend-unterstützend organisiert sind.

- die im Wesentlichen fürsorgetheoretisch begründete **Sozialarbeit**, welche spezialisiert ist auf organisierte soziale (Ersatz-)Sicherungsleistungen woraus sich ihre Affinität zum sozialen Sicherungssystem und zur Sozialpolitik ergibt. Ihr Leistungsspektrum umfasste zunächst insbesondere administrativ-verwaltende und wirtschaftlich-materielle Hilfen, die zunehmend ergänzt wurden durch beratend-behandelnde Interventionen zur Bearbeitung psychosozialer Problemstellungen und aktivierend-befähigende Maßnahmen zur Förderung von Funktionsfähigkeit und Wohlergehen, die oftmals institutionell-ambulant organisiert sind.

Das Prinzip *Hilfe zur Selbsthilfe* kann sodann, als eines ihrer sie zentral leitenden und verbindenden Elemente ausgewiesen werden: Es vermittelt ihre gleichermaßen *sozialintegrativen und gesellschaftsverändernden* Grundintentionen unter dem Dach einer *kritisch-emanzipatorischen* Basishaltung. In begrifflicher Hinsicht darf der Terminus *Soziale Arbeit*, der die beiden stetig konvergierenden Bereiche als ein Handlungssystem zusammenfasst (Mühlum 2001), mittlerweile als ganz weitgehend etabliert gelten.

Historisch gewachsen und gefestigt hält diese Soziale Arbeit insbesondere Leistungen für Menschen in „erschwerten Lebenslagen“ (Erath 1996, 59) bzw. für von ‚sozialer Benachteiligung‘ und/oder ‚individueller Beeinträchtigung‘ (exempl. Schäfer 2009, §13, Rz 11, 12) betroffene Menschen vor, die sie als Personen stets *ganzheitlich* in ihrer jeweils spezifischen Lebenswelt wahrzunehmen, zu unterstützen und zu schützen sucht.

Dem Leitprinzip *Hilfe zur Selbsthilfe* entspricht hier weiterführend die grundlegende Ausrichtung an einer Entwicklung/Sicherung der Autonomie der Menschen, die u.a. eine Befähigungsorientierung bedingt und ihre möglichst umfängliche *Partizipation* fordert.

In handlungsbezogener Hinsicht lassen sich *drei grundlegende Methoden* als etablierte „handlungsmethodische »Stufenleiter«“ (Zurhorst 1997, 19) Sozialer Arbeit beschreiben, die drei „kommunikativen Grundmustern“ (Kreft & Müller 2010, 22) entsprechen:

- Soziale Einzelfallhilfe als Handeln in Einzelbeziehungen,
- Soziale Gruppenarbeit als Handeln in Gruppenbeziehungen,
- Soziale Gemeinwesenarbeit als Handeln in Sozialraumbezügen.

Entsprechend lassen sich von Fachkräften insbesondere professionelle: Unterstützungs- und anwaltschaftliche Vertretungskompetenzen, Befähigungs- und Solidarisierungskompetenzen, Sozialraumentwicklungs- und Vernetzungskompetenzen erwarten.

Der aufgespannte Rahmen sollte ungeachtet zahlreicher spezifischer Ausrichtungen von Sozialer Arbeit (Mühlum 2001; Thole 2012), als auch in Berücksichtigung der Definition der International Federation of Social Workers aus dem Jahr 2014 (FBTS & DBSH 2016) beanspruchen dürfen, für den deutschen Raum eine weitgehend konsensfähige Basisbestimmung zu bieten. Insofern kann diese der weiteren Konturierung einer GSA als grundlegender Bezugspunkt dienen.

Kontextuelle Einordnungen einer GSA

Den gesundheitswissenschaftlichen Rahmen einer GSA bilden drei analytisch differenzierbare Interventionslogiken (nach Hurrelmann, Klotz & Haisch 2007 zu GF und KP): *Gesundheitsförderung [GF] – Krankheitsprävention [KP] – Krankheitsbehandlung [KB]*. Sie lassen sich in der gebotenen Kürze wie folgt in ihren Bezügen bestimmen:

Gesundheitsförderung: In der *GF* werden Gesundheit und Krankheit grundlegend als zwei Pole eines im Fluss befindlichen *Kontinuums* begriffen, wobei die *salutogene* Fragerichtung Antonovskys (1979) dominiert: Was hält Menschen trotz ständiger Belastungen gesund? Die erste internationale Konferenz zur *GF* findet im Nov. 1986 auf Initiative der World Health Organisation [WHO] in Ottawa statt. Verabschiedet wird die folgend bemerkenswert einflussreiche „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“. Angestrebt ist, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“, welche als ein „umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“ erscheint. Leitend ist dabei ein *mehrdimensionales* und *positives Gesundheitskonzept*, dass „in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (WHO Europe 1986, 1). Auf Basis einer *demokratisch-emanzipatorischen Grundausrichtung* sollen gesundheitsförderliche Lebensbedingungen, Ressourcen und Verhaltensweisen entlang eines *Mehrebenenmodells* prioritärer Handlungsfelder (Politik, Lebenswelten, Organisationen, Gemeinschaften, Personen) und mittels *drei Kernstrategien* (Interessenvertretung, Befähigung und Ermöglichung, Vermittlung und Vernetzung) entwickelt werden. Zur einflussreichen Kernstrategie wird der so genannte *Setting-Ansatz* (Hartung & Rosenbrock 2022), in dem vor allem die *Partizipation* aller Beteiligten als prinzipielles Arbeitsprinzip erscheint.

Krankheitsprävention: Von dieser auf die Entwicklung von Gesundheitspotenzialen zielenden *GF* lässt sich die zuvor dominierende Interventionslogik der *KP* insofern unterscheiden, dass die hier angestrebten *Gesundheitsgewinne* durch den systematischen Abbau *erwartbarer Krankheitslasten* bei identifizierten Risikogruppen angestrebt sind. Auf Basis von Kenntnissen der *Ätiologie* von Erkrankungen (ihrer Ursachen als Ausgangspunkte der jeweiligen *Pathogenese*) und der positiven Beeinflussung identifizierter Risikofaktoren sowie Schutzfaktoren, soll die Wahrscheinlichkeit des Eintretens gesundheitlicher Schädigungen reduziert werden (Hurrelmann & Richter 2013).

Entsprechende Interventionsstrategien lassen sich insbesondere unterscheiden:

- nach der *Ziel-/Ansatzebene*, d.h. in eine *personale KP*, die sich auf personale Risiken bezieht; in eine *verhaltensbezogene KP*, die sich auf Risiken der Lebensweisen bezieht; in eine *verhältnisbezogene KP*, die sich auf Risiken der Lebensbedingungen bezieht und jeweils entsprechende Änderungen anstrebt (Blättner & Waller 2011);

- nach dem *Eingriffszeitpunkt*, d.h. in eine *primäre KP*, die auf Basis erkannter Risikofaktoren vorab fassbarer Schädigungen vorbeugend/vermeidend agiert; in eine *sekundäre KP*, die Frühstadien identifizierend/korrigierend/Vollbilder vorbeugend handelt; eine *tertiäre KP*, die nach Akuttherapien kompensierend/Folgen vorbeugend agiert (Hurrelmann et al. 2007; Franzkowiak 2008; Blättner & Waller 2011);
- nach der *Gefährdungswahrscheinlichkeit*, d.h. in eine *universale KP*, die Populationen allgemein notwendig/nützlich adressiert; in eine *selektive KP*, die definierte Zielgruppen mit einem mutmaßlich hohen Erkrankungsrisiko vorsorgend/früherkennend adressiert; in eine *indizierte KP*, die Personen mit belegtem Risiko bzw. klinischen Störungen schadensbeherrschend/vorbeugend adressiert (Franzkowiak 2008).

KP und *GF* können hier abschließend als zwei sich grundsätzlich wechselseitig ergänzende Strategien zur Erzielung von *Gesundheitsgewinnen* verstanden werden: durch den Abbau von Krankheitsrisiken – durch die Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten/-potenzialen (Kaba-Schönstein 2018).

Krankheitsbehandlung: Der traditionell etablierte Ansatz der *KB* besetzt den der *GF* gegenüberliegenden Pol im Spektrum der skizzierten Weisen des gesundheitsrelevanten *Eingreifens* in Lebenswelten von Menschen. Sie gründet in differenzierten Kenntnissen der *Ätiopathogenese* von Erkrankungen und deren *kurativer, rehabilitativer, palliativer Behandlung*, woraus ein spezifischer *Gesundheitsgewinn* resultiert. Je nach Erkrankung sucht sie ihre Ziele mit medizinischen, psycho- u./o. soziotherapeutischen Mitteln zu erreichen. Die Absicht Krankheitsverläufe im Frühstadium aufzulösen und die Wahrscheinlichkeit der Manifestation von Vollbildern/Folgeerkrankungen zu reduzieren darf dabei als inkludiert gelten, woraus sich eine bedeutsame strategische und praktische Nähe insbesondere zur *KP* ergibt.

GF – KP – KB: Übergreifend lässt sich positionieren, dass mit entsprechenden Interventionen die Erzielung von *Gesundheitsgewinnen* im Sinne der *Erhaltung und Verbesserung von psychischem-sozialem-physischem Wohlbefinden und physischer-psychischer-sozialer Funktionalität* (in Anlehnung an Blättner & Waller 2011) angestrebt ist, wobei sich für die *GF* die stärkste Ausprägung eines Bezuges zu dem maßgeblich subjektiven Aspekt des Wohlbefindens vorstellen lässt, während für die *KP* eher und für die *KB* primär ein objektivierbarer Funktionalitätsbezug prägend erscheint.

Es sollte unstrittig sein, dass sich dieser multidimensionalen Leitzielorientierung *nicht* monodisziplinär/-professionell hinreichend wird entsprechen lassen. Es bedarf inter-/multidisziplinärer Anstrengungen, auch in forschungsbezogener Hinsicht (Steiner 2021) bzw. eines systematischen Zusammenwirkens *kooperationsorientierter Ausführungsagent*innen*, primär aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, aber auch dem Technologiesektor. Zudem braucht es politisch grundlegend zu schaffender Ermöglichungsräume (exemplarisch sinngemäß am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe AGJ 2008).

Die folgende Abbildung 1 veranschaulicht schematisierend Kernaspekte des skizzierten Zusammenhangs – ergänzt um zentrale Interventionsstrategien und die Einordnung einer GSA nach vorliegendem Zuschnitt, deren Konturierung im Anschluss erfolgt.

GESUNDHEITSGEWINNE		
<i>Entwicklung von Gesundheitspotenzialen</i>	<i>Reduzierung von Erkrankungsrisiken</i>	<i>Kurative, rehabilitative, palliative Erkrankungsbearbeitung</i>
Gesundheitsförderung (GF)	Krankheitsprävention (KP)	Krankheitsbehandlung (KB)
<i>Salutogenese und Ressourcenbildung</i>	<i>Ätiologie und Risiko-, Schutzfaktoren</i>	<i>Ätiopathogenese und Physiologie</i>
↑ Interventionslogik(en) ↓		
Verhältnis- und verhaltens- sowie personenbezogene Interventionsstrategien/-verfahren		
Gesundheitserziehung/-bildung, Gesundheitskompetenzentwicklung, Gesundheitstraining	Gesundheitshilfe, Gesundheitsrisikoaufklärung, Gesundheitsverhaltensberatung, Gesundheitsselbsthilfe	Konservative, invasive Therapien; Psychotherapie, Pharmakotherapie, Pflege, Psychoedukation
gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung, Quartiersentwicklung	risikoreduzierende Organisationsentwicklung, Quartiersentwicklung	Verursachereliminierung im jeweiligen Lebensraum erkrankter Personen / Populationen
Gesundheitsversorgung und Gesundheitsforschung, Gesundheitspolitik und internationale Gesundheitskooperationen		
Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (GSA)		
als eine kooperationsorientierte Ausführungsagentin von GF – KP – KB im Sozial- und im Gesundheitswesen		
<i>Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit</i>	— <i>Krankheitspräventive Soziale Arbeit</i> —	<i>Klinische Sozialarbeit</i>

Abb.1: Charakteristika, Abgrenzungen und Bezüge von GF – KP – KB, inklusive Verortung einer GSA

Konturierende Bestimmung einer GSA

Grundsätzlich stellt eine GSA einen thematisch fokussierenden Handlungsbereich Sozialer Arbeit dar, der durch die Kombination des Substantivs Gesundheit mit dem Suffix *-bezogen* markiert ist. In der Entwicklung und Ausführung ihrer Aktivitäten findet sie demzufolge ihre leitende Orientierung in - den skizzierten - Grundlagen Sozialer Arbeit *und* in einschlägigen Wissensbeständen im Kontext von GF – KP – KB über: salutogenetische und pathogenetische Dynamiken, Gesundheits- und Krankheitsmodelle/-konzepte, entsprechenden Handlungskonzepten und Arbeitsverfahren (siehe Waller & Ortmann 2005 für einen beitragspezifischen Überblick; siehe grundlegend: Franke 2012; Blättner & Waller 2011; Trabert & Waller 2013; Schwarzer 2016) sowie in epidemiologischen Befundlagen – besonders zu sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit (Mielck 2005, 2012; Lampert & Kroll 2010; RK-I 2017; Lampert, Hoebel & Kroll 2019).

Als eine *Ausführungsagentin* von GF - KP - KB, *nicht* als eine weitere Eingriffslogik, kann eine kooperationsorientierte, *nicht* solitär agierende GSA (s.a. Rademaker 2014 nach Gahleitner & Homfeldt 2013) auf der bis hier skizzierten Basis einen spezifischen Beitrag zur Erzielung von *Gesundheitsgewinnen* im bezeichneten Sinn leisten. Ihre besondere Bedeutung und Schlüsselaufgabe kann dabei darin bestimmt werden, dass sie aus ihrer historischen Basis heraus über gewachsene Erfahrungen verfügt, benachteiligte, oftmals „defensiv, fast resignativ als „hard-to-reach“ be- und teilweise auch abgeschriebene“ (Franzkowiak 2009, 69) Bevölkerungsgruppen zu erreichen (exempl.: Der Paritätische Gesamtverband 2019; Gurr et al. 2016; Niebauer 2015) und damit der in SGB V § 20 Prävention und Selbsthilfe gesetzten Forderung der „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ vermehrt Geltung zu verschaffen (siehe Ehlen & Rehaag 2020; Sörensen, Barthelmes, & Marschall 2018 für im Kontext von GF und KP entsprechend begrifflich als *vulnerable Menschen* erscheinende *Zielgruppen*).

Einschlägigen Arbeiten lassen sich exemplarisch folgende Binnendifferenzierungen im Kontext entnehmen: a) nach Spezialisierungsstufen Sozialer Arbeit im Gesundheitsfeld (Mühlum 2001); b) nach sektoralen Aktivitätsschwerpunkten in eine „Sozialarbeit im Gesundheitswesen“ und eine „gesundheitsbezogene Sozialarbeit“ bzw. „Gesundheitsarbeit“ „im Sozialwesen“ (Ortmann & Waller 2005, 2, 4); c) in eine „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“ (SAGW), „Gesundheitsarbeit im Sozialwesen“ (GASW), „Sozialpädagogische Gesundheitsförderung“ (Homfeldt & Sting 2006, 17, i.O. kursiv); d) in eine SAGW, GASW und Klinische Sozialarbeit (Franzkowiak et al. 2011, zudem thematisiert ist eine „Krankheits- und störungspräventive“ und eine „Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit“, 231); e) in eine SAGW, „settingbezogene Gesundheitsförderung mit Sozialer Arbeit“, GASW, Klinische Sozialarbeit und eine „Gesundheitsselbsthilfe“ (Gahleitner & Homfeldt 2013, 494); f) in eine SAGW, GASW und Klinische Sozialarbeit als die „heute als zentral“ gesehenen Ansätze zur „Differenzierung“ (Borgetto & Ehlers 2021, 118).

Eine differenzierte Würdigung dieser Arbeiten kann hier nicht erfolgen. Perspektivisch wird allerdings angeregt, eine kategorial einheitliche kontextuell kompatible Systematik zu etablieren. Es lässt sich vorschlagen, diese aus den skizzierten Basiskoordinaten des Zusammenhanges von GF – KP – KB und Grundbestimmungen einer Sozialen Arbeit zu entwickeln und damit auch das Anschlusspotenzial einer GSA im Gesundheitskontext zu steigern. Vor dieser Folie lassen sich drei Handlungsbereiche/Interventionsansätze als Binnendifferenzierungsoptionen konturieren:

Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit [GfSA]: Für Soziale Arbeit und GF lassen sich tragfähig erscheinende Gemeinsamkeiten erkennen, insbesondere auf der Ebene:

- ihrer Leitprinzipien; kritisch-emanzipatorische und an Hilfe zur Selbsthilfe orientierte Soziale Arbeit <-> demokratisch-emanzipatorische und an der Befähigung von Menschen zur gesundheitsbezogenen Selbstbestimmung orientierte GF.
- ihrer Arbeitsverfahren; sozialintegrierende *und* gesellschaftsverändernde Grundintentionen sowie drei Methodenstufen Sozialer Arbeit <-> fünf entsprechend aufbauende Handlungsfelder und drei Kernstrategien der GF gemäß Ottawa-Charta sowie der integriert auf Verhalten- *und* Verhältnisebene ansetzende Setting-Ansatz (s.o.).
- ihres Bestrebens; Partizipationsoptionen und soziale Ressourcen zu erschließen, Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten zu erweitern, Autonomie und Selbstbestimmung so weit als möglich zu entwickeln, Belastungen zu senken und soziale wie gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren/aufzuheben (Franzkowiak 2011).

Einer spezifisch qualifizierten GfSA kann folglich ein nennenswertes Potenzial zuerkannt werden, im Sinne von GF zu agieren. Diesen Handlungsbereich umfänglich systematisch ausdifferenzierende Arbeiten dürfen noch vermisst werden. Entsprechend verortbare und beachtenswerte Ansätze und Beispiele finden sich aber durchaus, exemplarisch zu folgenden Themen und Feldern: GF in der Kinder- und Jugendhilfe (Rademaker 2020); Soziale Arbeit als Profession der GF (Liel 2019); Verbindungslinien und -optionen für ein Zusammenwachsen von GF und Sozialer Arbeit (Staats 2019); gemeinsame biopsychosoziale Befähigungsgerechtigkeit (Rademaker 2014); Gesundheitskompetenz (Ney 2013); psychische Gesundheit (Lenz & Rademaker 2013); Arbeit in bildungsnahen/ Sozialpädagogik affinen Feldern (Ziethen 2013; Paulus 2009; Witteriede 2005, 2002; Hoehne, 2005); Setting-Ansatz basierte Arbeit (Dörr 2009; Lützenkirchen 2005; Witteriede 2003); sozialräumliche, gemeinde- und quartiersbezogene Arbeit (Franzkowiak 2011, Bär et al. 2009; Homfeldt 2005), Selbsthilfe-Unterstützung (Burmeister 2000).

Krankheitspräventive Soziale Arbeit [KpSA]: Soziale Arbeit ist genuin auf eine Unterstützung von Menschen in erschwerten Lebenslagen (s. S. 2) ausgerichtet. Diese Ausgangslage entfernt sie im praktischen und strategischen Zugriff von einer GF und bringt sie einer KP näher. Prinzipiell erscheinen allerdings beide Zugänge mal mehr oder

weniger angemessen und aussichtsreich (Hurrelmann & Richter 2013). Ihre systematische Kombination stellt zumeist die sinnvollste Vorgehensweise dar. Die zur *GfSA* genannten Beispiele spiegeln bereits vielfach diese Positionierung. Soziale Arbeit ist generell mit präventiven Vorgehensweisen vertraut (exempl.: Bolay et al. 2005, Kap. 5 - inkl. Abschnitt ‚GF als Prävention‘), so dass eine *KpSA* bei spezifischer Qualifizierung erfolgsversprechend im Sinne von *KP* tätig werden kann. Eine „Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“, „Präventive Soziale Gesundheitsarbeit“ ist von Franzkowiak bestimmt worden „als Gesamtheit aller präventiven (Teil-)Leistungen, die von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen in definierten Einrichtungen und Handlungsfeldern des Gesundheitswesens geleistet werden“ (2006, 25; im Original kursiv). Felder wie: Suchtprävention, HIV-Prävention, Gewaltprävention (zur Vorbeugung psychischer Probleme) haben sich ebenfalls relativ gut in Settings des Sozialwesens wie Schulen, Jugendhilfeeinrichtungen und Betrieben etablieren können (Franzkowiak et al. 2011).

Klinische Sozialarbeit [KlinSa]: Seit geraumer Zeit gewinnt eine insbesondere dem Handlungsbereich der Sozialarbeit (s. S. 1) affine *KlinSa* Gestalt als eine gesundheits-spezifische „Fachsozialarbeit“ (Pauls 2013, 12; Gahleitner 2012, 13; Mühlum, Gahleitner 2008, 95; Geißler-Piltz et al. 2005, 9; Mühlum 2001, 117). Diese sucht auf der Basis der „Ziele aller *Sozialarbeit* [...] die Expertise in der psycho-sozialen Beratung, Behandlung und Prävention bei schweren Belastungen, Krisen und psychischen, sozio- und psychosomatischen sowie chronischen Erkrankungen“ zu profilieren; der Terminus *klinisch* verweist dabei nicht zuvorderst auf eine Sozialarbeit in Kliniken, sondern bedeutet eine „direkt *beratend-behandelnde* Tätigkeit in der *Fallarbeit*“ (Pauls, 2013, 16; Kursivsetzung v. Vf.) in Arbeitsbereichen des Gesundheitswesens und Sozialwesens – so einer ihrer profiliertesten Apologeten. Ungeachtet zwischenzeitlicher Bestrebungen ihr genuines Spektrum zu erweitern (z.B. Mühlum 2008), ihr früh explizierter Kernbereich: „im strengen Sinne wird dagegen von *KlinSA* nur bei *eigenständiger Behandlung oder Therapie* gesprochen“ (2001, 117; Geißler-Piltz et al. 2005, 43; Kursivsetzung v. Vf.) bleibt unverkennbar. So positioniert auch die Sektion „Klinische Sozialarbeit“ in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA): „Von *Klinischer Sozialarbeit* wird gesprochen, wenn die Soziale Arbeit in Behandlungskontexten erfolgt und eigene Beratungs- und Behandlungsaufgaben wahrnimmt“ (DGSA, o.J., online; Pauls, 2013). Die gebotene Kurzcharakterisierung verweist auf eine basale Verortung der *KlinSa* im Feld der *KB* und entsprechender Nähe zu einer tertiären *KP*.

Sie ist mit ihrer Sektion via entsprechender Internetpräsenz gut sichtbar präsentiert (DGSA o.J.). Die dort einsehbare Auflistung nun langjährig und stetig realisierter Fachtagungen lässt systematische Entwicklungsarbeiten erkennen, ebenso: eine Jahrbuchreihe, eine Zeitschrift *Klinische Sozialarbeit*, Fachpublikationen, Handbücher *Soziale Diagnostik im Kontext Sozialer Arbeit*. Ein Handbuch zur *Klinischen Sozialarbeit* ist zum Zeitpunkt angekündigt.

Diesen Abschnitt schließend wird hier grundsätzlich angeregt, die skizzierten Binnendifferenzierungsoptionen nicht statisch trennend gleichsam zu ‚versäulen‘, sondern als mögliche wechselseitig offene Schwerpunktsetzungen zu verstehen und zu verwenden. Dies scheint dem behandelten Gegenstand von GF – KP – KB auch in praxisbezogener Hinsicht angemessener. Sind die Übergänge doch jeweils eher fließend; Gleichwohl eine *KlinSa* einer *KpSA* affiner erscheint als einer *GfSA*, lässt sich aus dem Verständnis von *Gesundheit und Krankheit als einem Kontinuum* ableiten, dass jeder Mensch zu jeder Zeit förderungsfähige Gesundheitspotenziale aufweist, eine Gesundheitsförderung also auch in einem krankheitspolnahen Stadium möglich ist (Blättner & Waller 2011). Weiterhin ist das strategische Ergänzungsverhältnis von *GfSA* und *KpSA* derart bedeutsam, dass ihre Kombination oftmals als die sinnvollste Vorgehensweise – ihre Trennung in der Praxis eher als kontraproduktiv im vielfältigen Bestreben der Erzielung umschriebener *Gesundheitsgewinne* anzusehen ist.

Grundsätzlich lässt sich eine *GSA* sowohl für ein Engagement im Gesundheitswesen als auch im Sozialwesen (inkl. Bildungswesen) denken und legitimieren, wie folgend unter anderem thematisiert werden soll.

Gesundheitliche Ungleichheit und Arbeitssektoren einer GSA

Seit einigen Jahren lässt sich für Deutschland eine Zunahme von in Armut lebenden oder davon bedrohten Menschen feststellen und tendenziell ein entsprechend überproportional gestiegenes Risiko besonders gefährdeter Personen konstatieren, wie Menschen, die langjährig arbeitssuchend und/oder beruflich gering qualifiziert sind (Lampert & Kroll 2010). Gesundheitsrelevante empirische Befunde zeigen dazu einen weitreichend konsistent belegten Einfluss von Armut auf die Gesundheit von Menschen. Dieser macht sich insbesondere bemerkbar in: einem vermehrten Vorkommen vieler Erkrankungen, gesundheitlicher Beschwerden, entsprechender Risikofaktoren; einer schlechteren Selbstbewertung des Gesundheitszustandes und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität; einer früheren Sterblichkeit. Zudem erscheinen diese Menschen in der Folge gesundheitlicher Probleme häufiger in der Bewältigung von Alltagsaufgaben eingeschränkt. Teilweise finden sich „auch Unterschiede zwischen Personen mit mittleren und hohen Einkommen, so dass von einem *sozialen Gradienten der Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken* gesprochen werden kann“ (Lampert & Kroll 2010, 6; Kursivsetzung v. Vf.). Zudem hat sich in empirischen Arbeiten gezeigt, in denen die Lebenslagen von Menschen mehrdimensional untersucht worden sind, „dass die Gesundheitschancen in den Bevölkerungsgruppen am geringsten sind, in denen soziale Nachteile kumulieren, also z. B. ein geringes Einkommen mit einer niedrigen Bildung und beruflichen Stellung einhergeht“ (Lampert & Kroll 2010, 6; Robert Koch-Institut 2017; Lampert, Hoebel & Kroll 2019).

In der Fachdiskussion erscheint der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit (dem sich wesentlich in den Dimensionen Bildung, Beruf, Einkommen abbildenden Sozialstatus) und dem Gesundheitszustand von Menschen (ihrer Morbidität, Mortalität) begrifflich als „»gesundheitliche Ungleichheit«“ (Mielck 2012, 129). Unter einschlägigen Erklärungsmodellen wird in Deutschland oftmals auf das Modell von Mielck (2005, 53; 2012, 136) rekurriert, das in Abb. 2 modifiziert inklusive den zwei am Ort formulierten Zusammenhangsannahmen (2005, 49) abgebildet ist. Folgend postuliert er dazu, dass die „Richtung »Armut macht krank« [...] für die Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit wichtiger“ ist, als die „Richtung »Krankheit macht arm«“ (ebd. 2012, 135).

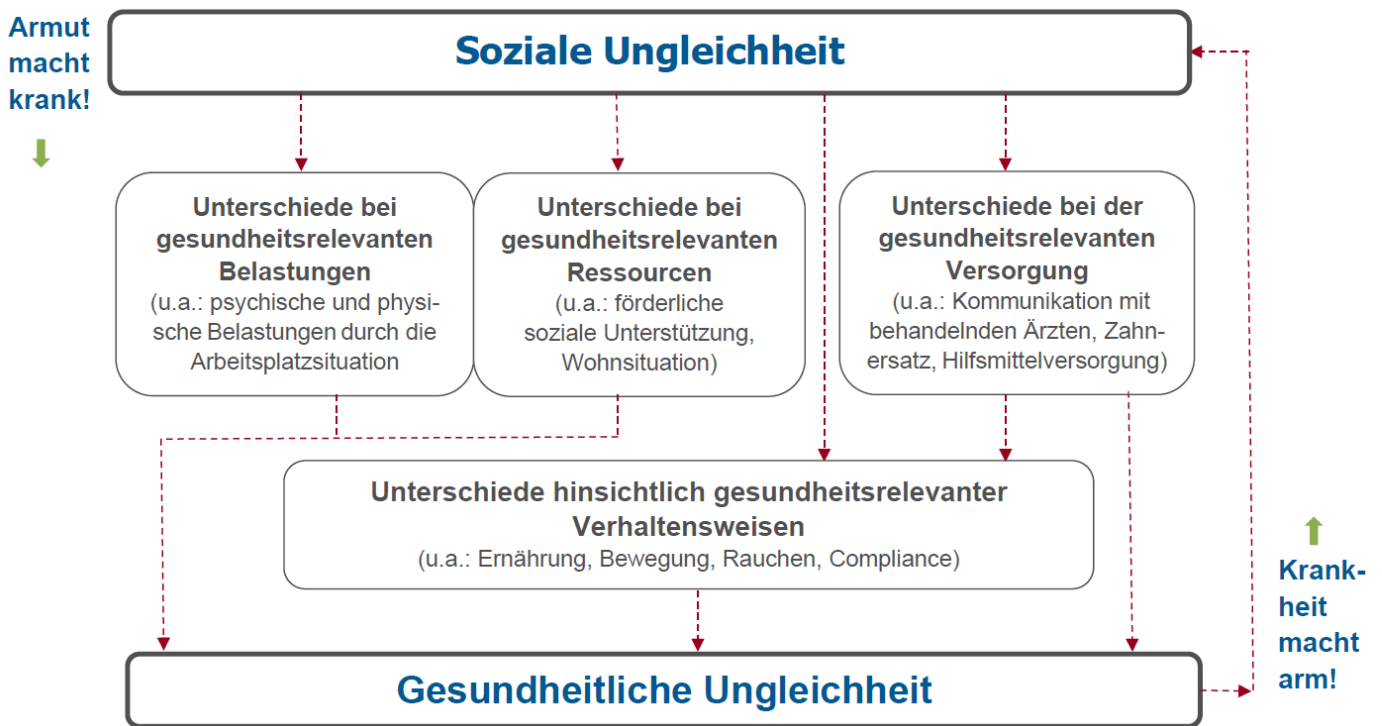


Abb.2: Das Modell zur Erklärung des Zusammenhanges von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit von Mielck (2005, 2012) in modifizierter Darstellung

Aus den abgebildeten Zusammenhängen lässt sich – insbesondere auch mit Blick auf eine GSA – prinzipiell ableiten, dass Bemühungen um eine Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit im Sozialwesen *und* im Gesundheitswesen/-sektor ansetzen müssen.

Für eine **GSA im Sozialwesen** lässt sich grundsätzlich die Aufgabe beschreiben, aus einer ganzheitlich ausgerichteten Sozialen Arbeit heraus, sozial bedingte gesundheitliche Probleme zu verhindern/vorzubeugen bzw. diese zu vermindern, indem sie die gesundheitliche Relevanz der traditionell von ihr bearbeiteten sozialen Probleme ihrer Klienten systematisch mitberücksichtigt. Folglich wesentlich präventiv und gesundheitsfördernd agierend (Ortmann & Waller 2005) kann sie „mit direktem oder implizitem Gesundheitsbezug“ (Franzkowiak 2009, 67) in ihren traditionellen Arbeitsfeldern wirksam werden, z.B.: in Schulen, Jugendzentren, Heimeinrichtungen, Betrieben, Justizvollzugsanstalten, in der Straßensozialarbeit, Stadtteil-/Quartiersarbeit.

Für eine **GSA im Gesundheitswesen** kann als kennzeichnende Aufgabe die Vermeidung bzw. Milderung sozialer, beruflicher und ökonomischer Benachteiligungen infolge von Erkrankungen beschrieben werden (Ortmann & Waller 2005). Ihren Platz findet sie „vor allem über das soziale Schnittstellen- und Patientenmanagement“ im Übergang aus bzw. im Nachgang von Akutbehandlungen und im Verlauf nachgehender Rehabilitationsmaßnahmen sowie in der funktionalen „Zuarbeit in den psycho- und sozioedukativen Maßnahmen“ (Franzkowiak 2009, 66) während des Krankheitsversorgungs- und Gesundungsprozesses, z.B.: in Allgemeinversorgungskliniken, Fachkliniken, Rehabilitationseinrichtungen, Hilfezentren, Pflegestützpunkten, Hospizeinrichtungen, Gesundheitsämtern, ambulante Beratungseinrichtungen.

Mag sich hier abschließend grundsätzlich für einige Maßnahmen Sozialer Arbeit, die nicht unmittelbar ersichtlich Gesundheitsprobleme bearbeiten/lösen bzw. nicht intentional entsprechend ausgewiesen sind, bereits eine bedeutsame Gesundheitsrelevanz plausibilisieren lassen: „jede vermittelte Wohnung, jeder erhaltene Arbeitsplatz, jede verhinderte Ausgrenzung, jede bewältigte Kränkung beinhaltet Chancen für mehr Gesundheit und weniger Krankheit“ (Waller zit. n. Sting, Zurhorst 2000, 225; Mühlum 2001; Franzkowiak 2006); Zur Vorbeugung einer im Hinblick auf ihre Entwicklung abträglichen Konturlosigkeit ihres Gegenstandes wird hier abschließend dafür plädiert, allein solche Interventionen in Arbeitsbereichen Sozialer Arbeit als Leistungen einer GSA auszuweisen, die explizit *als gesundheitsintentional* im oben skizzierten Sinn ausgewiesen und begründet sind.

Vor dieser Folie erscheint die skizzierte GSA zusammenfassend als ein spezifischer Handlungsbereich einer Sozialen Arbeit und als eine kooperationsorientierte Ausführungsagentin von GF – KP – KB im Sozial- und im Gesundheitswesen, deren Angebote sich als Beitragsleistungen zur Erhaltung und Verbesserung von psychischem-sozialem-physischem Wohlbefinden und physischer-psychischer-sozialer Funktionalität von Menschen verstehen sowie legitimieren lassen, wobei sie insbesondere Personen(-gruppen) in erschwerten Lebenslagen ganzheitlich in deren Lebensweltbezügen zu erreichen sucht.

Interventionsbezogene Qualitätsüberlegungen

Im skizzierten Rahmen kann eine gewachsene Aufmerksamkeit für Qualitätsfragen und ein Zuwachs an Instrumenten und Verfahren wahrgenommen werden (exemplarisch: gesundheitsfokussiert BVPG 2011; Blitzer et al. 2012; Tempel et al. 2013; Dadaczynski & Witteriede 2015; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2021 / sozialarbeitsbezogen: DBSH 2009; Meinhold & Matul 2011; Merchel 2013 / beitragsbezogen: Franzkowiak et al. 2011; DVSG 2011, 2019). Es geht fachlich und ökonomisch begründet darum, mit Interventionen eine bestmögliche und nachhaltige Wirksamkeit (Effektivität) unter optimalem Mitteleinsatz (Effizienz) zu erzielen. Ein „Goldstandard“ (BVPG 2011, 3) ist zumindest für die *GF* und *KP* noch nicht erkennbar. Einheitlicher erscheint das Bild in der eher naturwissenschaftlich geprägten *KB*.

Interventionsbezogene Qualitätsverfahren sollen zur: *Qualitätsentwicklung* (Verbesserung/Optimierung) und *Qualitätssicherung* (primär Erfüllungskontrolle gesetzter Anforderungen und Ausführungsstandards, ggfs. sodann Einleitung QE) von Interventionen beitragen, können aber auch Neuentwicklungen fundieren. Angeregt werden kann hier die Konstruktion eines Rahmenmodells entlang einer Qualitätskette mit den Elementen:

- *Qualitätsdimensionen* (übergeordnete Basiskategorien) ->
- *Qualitätsbereiche* (differenzierende Unterkategorien) ->
- *Qualitätsmerkmale/-kriterien* (bereichsspezifische Anforderungen) ->
- *Qualitätsindikatoren* (eindeutige Messgrößen bzgl. Anforderungsgraderfüllungen).

Im Hinblick auf die erste Ebene können die folgenden vier Dimensionen als weitgehend etabliert gelten: *Konzept, Struktur, Prozess, Ergebnis* (Dadaczynski & Witteriede 2013; Loss et al. 2007) und zur entsprechenden Verwendung vorgeschlagen werden. Die sodann zu leistende Bestimmung zentraler Qualitätsbereiche und Spezifizierung basaler Qualitätsmerkmale/Qualitätsanforderungen an eine kunstgerechte GSA und die schließlich differenziert zu leistende Operationalisierung möglichst evidenzbasierter Indikatoren sollte zur entsprechenden Beachtungssteigerung in Ausführungskontexten auf Basis diskursiver Abstimmungsprozesse der Fachgemeinschaft erfolgen.

Ein solches spezifisches Qualitätsmodell: ließe sich in Form von Kernprozessbeschreibungen (Meinhold & Matul 2011) in konkrete Handlungsanleitungen übersetzen; ermöglichte den Anschluss eines objektiven Bewertungssystems (exempl. Dadaczynski & Witteriede 2013), auf dessen Grundlage Modelle guter Praxis einer GSA systematisch identifiziert werden könnten und ein wiederum der Qualitätsverbesserung zuträgliches Benchmarking (Merschel 2013) möglich würde; böte eine transparente Erfüllung der von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung an Qualitätsverfahren gesetzten Anforderungen (BVPG 2011) und würde so zu einer kontextbezogenen Profilierung und Steigerung des Anschlusspotenzials einer GSA beitragen.

Fazit

In dem angebotenen Entwurf zur Systematisierung einer GSA und ihrer Verortung in dem skizzierten komplexen Feld, erscheint diese als eine beachtenswerte Akteurin und Kooperationspartnerin in dem vielgestaltigen Bemühen, um eine bevölkerungsweite Steigerung von *Gesundheitsgewinnen*, insbesondere mit Blick auf eine Reduzierung regelmäßig beobachteter sozial bedingter Anteile gesundheitlicher Ungleichheiten. Grundlegende Handlungsbereiche/Strömungen, Anliegen, Strategien, Ansätze und Verfahren ließen sich als wechselseitig kompatibel und auch insofern als aussichtsreich erkennen. Die für erfolgversprechende Einbringungen in vielfach erforderliche interprofessionelle, interdisziplinäre Kooperationen angezeigten, entsprechenden wechselseitigen Kenntnisnahmen jeweiliger Akteure, scheint im Ergebnis vorbereitend unterstützt. Ansatzpunkte/Anregungen für kritisch-konstruktive Aufnahmen sollten geboten worden sein.

Literatur

AGJ – Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (Hrsg.) (2008). *Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen - Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe.* (2. Aufl.). Berlin, Meckenheim: AGJ, DCM.

Bär, G.; Böhme, C. & Reimann, B. (2009). *Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil - Arbeitshilfe.* Berlin: Difu (Deutsches Institut für Urbanistik).

Blättner, B.; Waller, H. (2011). *Gesundheitswissenschaft - Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung.* (5. vollst. überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Blitzer, E. M.; Schwartz, F.W.; Dörning, H. & Walter, U. (2012). Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (5. vollst. überarb. Aufl., S. 1123–1154). München, Weinheim: Juventa.

Bolay, E.; Bitzan, M. & Thiersch, H. (2005). *Landesjugendbericht Baden-Württemberg für die 13. Legislaturperiode* (hrsg. vom Sozialministerium Baden-Württemberg). Tübingen: Institut für Erziehungswissenschaft der Univ. Tübingen; Institut IRIS e.V. Abgerufen 26.02.2024: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:21-opus-17832>

Borgetto, B. & Ehlers, C. (2021). Soziale Arbeit und Public Health. In H. Schmidt-Semisch & F. Schorb (Hrsg.), *Public Health. Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung* (S. 105–124). Springer VS, Wiesbaden.

Burmeister, J. (2000). Gesundheit, Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung. In St. Sting & G. Zurhorst (Hrsg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit: Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern sozialer Arbeit* (S. 71–78). München: Juventa.

BVPG - Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2011). *Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung, Statusbericht 4.* Bonn. Abgerufen 26.02.2024: <https://repository.publisso.de/resource/fri:5877990-1/data>

Dadaczynski, K. & Witteriede, H. (2013). *Q^{GPS} - Ein Verfahren zur Qualitätsentwicklung gesundheitsbezogener Programme in Schulen.* Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.

Dadaczynski, K. & Witteriede, H. (2015). Programmbezogene Qualitätsentwicklung in der schulischen Gesundheitsförderung: Entwicklung und Evaluation des QGPS – Verfahrens. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10 (2), 110–117.

- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (2009). Dokument 9: Qualitätskriterien des DBSH; Grundraster zur Beurteilung der Qualität in den Handlungsfeldern Sozialer Arbeit. In DBSH (Hrsg.), *Grundlagen für die Soziale Arbeit des DBSH e.V.* (S. 29–39). Essen: DBSH. Abgerufen 26.02.2024: http://www.dbsh-hessen.de/uploads/tx_xpctypedownloadssimple/Grundlagen_Soziale_Arbeit_DBSH.pdf
- Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg.) (2019). *In gemeinsamer Verantwortung – Jobcenter und Jugendhilfe fördern zusammen schwer zu erreichende junge Menschen*; Praxisbeispiele. Abgerufen 26.02.2024: https://jugendsozialarbeit.de/wp-content/uploads/2019/08/broschuere_schwer-erreichbare-jugendliche-2019_web.pdf
- DGSA – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (o.J.). *Sektionen: Klinische Sozialarbeit*. Abgerufen 26.02.2024: <https://www.dgsa.de/sektionen/klinische-sozialarbeit/>
- Dörr, M. (2009). *Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe, Heime als Orte für Salutogenese* (Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, S. 927–988). Abgerufen 26.02.2024: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/Expertisenband_Kap_5_2_Doerr_AK_LK_P.pdf
- DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (2011). *DVSG-Qualitätsmanagement: Leitfaden zum Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems für Klinische Sozialarbeit*. Berlin: Eigenverlag.
- DVSG (2015). *Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA*. Berlin: Eigenverlag. [Digitale Edition]. Abgerufen 26.02.2024: https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Arbeitshilfen/QGSA/Qualifikationsprofil-2015.pdf
- DVSG (2019). *DVSG Qualitätsmanagement – Handbuch der Sozialen Arbeit zu Zertifizierungen im Gesundheitswesen*. Berlin: Eigenverlag.
- Ehlen, S. & Rehaag, R. (2020). *Gesundheitsförderung und Prävention bei vulnerablen Zielgruppen in Kitas und Schulen. Strategien zur Erhöhung der Reichweite - Ein Scoping Review*. Berlin: GKV-Spitzenverband. Abgerufen 26.02.2024: https://www.gkv-buendnis.de/media/pdf/publikationen/Bericht_Erreichbarkeit_Kita_Schule_barrierefrei.pdf
- Erath, P. (1996). Armut in Deutschland als Herausforderung an die Sozialarbeit. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, (27) 1, 57–68.
- Fachbereichstag Soziale Arbeit (FBTS) & Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) (2016). *Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit des Fachbereichstag Soziale Arbeit und DBSH*. Abgerufen 26.02.2024: https://www.dbsh.de/media/dbsh-www/redaktionell/bilder/Profession/20161114_Dt_Def_Sozialer_Arbeit_FBTS_DBSH_01.pdf
- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (3. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Franzkowiak, P. (2006). *Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. München; Basel: Reinhardt.
- Franzkowiak, P. (2008). Prävention im Gesundheitswesen. Systematik, Ziele, Handlungsfelder und die Position der Sozialen Arbeit. In G. Hensen & P. Hensen (Hrsg.), *Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit* (S. 195–219). Wiesbaden: VS. Abgerufen 26.02.2024: https://www.hs-koblenz.de/fileadmin/media/profiles/sozialwissenschaften/franzkow/franzkowiak_2008_praevention_im_gesundheitswesen_hensen_hensen_hg_.pdf
- Franzkowiak, P. (2009). Soziale Gesundheitsarbeit und Gesundheitsförderung. Standortbestimmung und Praxisübersicht. *Prävention*, 03, 66–69.

- Franzkowiak, P. (2011). Gesundheitsförderung. In R. Bieker & P. Floerecke (Hrsg.), *Träger, Arbeitsfelder, Zielgruppen der Sozialen Arbeit* (S. 259 – 272). Stuttgart: Kohlhammer. Abgerufen 26.02.2024: https://www.hs-koblenz.de/fileadmin/media/profiles/sozialwissenschaften/franzkow/franzkowiak_2011_gesundheitsfoerderung__kohlhammer_-_bieker_floerecke_.pdf
- Franzkowiak, P.; Homfeldt, H.G. & Mühlum, A. (2011). *Lehrbuch Gesundheit*. Weinheim; Basel: Beltz Juventa.
- Gahleitner, S. B. (2012). Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit. *Sozialarbeit in Österreich*, 3, 13–19.
- Gahleitner, S. B. & Homfeldt, H.G. (2013). Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit und soziale(s) Netzwerke(n). In J. Fischer & T. Kosellek (Hrsg.), *Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen* (S. 494–516). Weinheim: BeltzJuventa.
- Geißler-Piltz, B.; Mühlum, A. & Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München; Basel: Reinhardt.
- Gurr, Th.; Kaiser, Y.; Kress, L. & Merchel, J. (2016). *Schwer erreichbare junge Menschen: eine Herausforderung für die Jugendsozialarbeit*. Weinheim; Basel: Beltz Juventa.
- Hartung, S. & Rosenbrock, R. (2022). Settingansatz–Lebensweltansatz. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. [Digitale Edition]. Abgerufen 26.02.2024: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i106-2.0>
- Hoehne, R. (2005). Gesundheitsarbeit in Kindergärten. In K. Ortmann, & H. Waller (Hrsg.), *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder*. (S. 102–113). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Homfeldt, H. G. (2005). Gesundheitsarbeit im Stadtteil. In Ortmann, K. & Waller, H. (Hrsg.), *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder* (S. 143–160). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Homfeldt, H. G. & Sting, St. (2005). *Soziale Arbeit und Gesundheit: Vergessene Zusammenhänge und Forschungsaufgaben*. *SozialExtra* 29, 41–45.
- Homfeldt, H. G. & Sting, St. (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit: eine Einführung*. München: Reinhardt.
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie: eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung* (8. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Hurrelmann, K.; Klotz, Th. & Haisch, J. (2007). Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann; Th. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (2. Aufl., S. 11–19). Bern: Huber.
- Jost, A. (2013). *Gesundheit und Soziale Arbeit*. Ein Lehrbuch mit Beispielen aus allen Lebensphasen (Mitwirkende: Frahnöw, B.; Ney, M.; Pütter, N.) Stuttgart: Kohlhammer.
- Kaba-Schönstein, L. (2018). Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Abgerufen 26.02.2024: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i033-1.0>
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.) (2021). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit* (4. Auflage). Abgerufen 26.02.2024: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf

- Kreft, D. & Müller, C. W. (2010). *Methodenlehre in der sozialen Arbeit: Konzepte, Methoden, Verfahren, Techniken.* München; Basel: E. Reinhardt.
- Lampert, T. & Kroll, L.E. (2010). Armut und Gesundheit. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin. *GBE kompakt*, 5, 1 - 10 (Stand: 01.12.2010). Abgerufen 26.02.2024: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2010_5_Armut.pdf?__blob=publicationFile
- Lampert T., Hoebel J., Kroll L.E. (2019). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. *Journal of Health Monitoring* 4 (1), 3–15. Abgerufen 26.02.2024: DOI 10.25646/5868
- Lenz, A. & Rademaker, A.L. (2013). Förderung psychischer Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen – eine Aufgabe der Jugendhilfe. In A. Schneider; A.L. Rademaker; A. Lenz & I. Müller-Baron (Hrsg.), *Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit, Forschung: bio-psycho-sozial* (S. 79–96). Opladen u.a.: Verlag Barbara Budrich.
- Liel, K. (2019). Das Soziale der Gesundheit stärken. Soziale Arbeit als Profession der Gesundheitsförderung. *FORUM sozialarbeit + gesundheit*, 2, 6–9.
- Loss, J., Eichhorn, C., Reisig, V., Wildner, M. & Nagel, E. (2007). Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. Entwicklung eines multidimensionalen Qualitätssicherungsinstruments für eine landesweite Gesundheitsinitiative. *Prävention & Gesundheitsförderung*, 2, 199–206.
- Lützenkirchen, A. (2005). Gesundheitsförderung im institutionellen Setting. Organisationsentwicklung durch Gesundheitsförderung als Aufgabe der betrieblichen Sozialarbeit, dargestellt am Beispiel Krankenhaus. In: A. Lützenkirchen (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Zielgruppen - Praxisfelder – Institutionen* (S. 176–184). Stuttgart: Kohlhammer.
- Meinhold, M & Matul, Chr. (2011). *Qualitätsmanagement aus der Sicht von Sozialarbeit und Ökonomie.* (2. überarb. und aktual. Aufl.). Baden-Baden: Nomos.
- Merchel, J. (2013). *Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit.* (4. Auflage). Weinheim und Basel: BELTZJuventa.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit.* Bern: Huber.
- Mielck, A. (2012). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung. In E. Brähler; J. Kiess; C. Schubert & W. Kiess (Hrsg.), *Gesund und gebildet* (S. 129–145). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Abgerufen 26.02.2024: https://www.pedocs.de/volltexte/2015/11103/pdf/Mielck_Soziale_Ungleichheit_und_Gesundheit.pdf
- Mühlum, A. (2001). *Sozialarbeit und Sozialpädagogik: ein Vergleich.* (3. überarb. und aktual. Aufl.). Frankfurt am Main: Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge.
- Mühlum, A. (2008). Klinische Sozialarbeit und Gesundheitsförderung. In S.B. Gahleitner, & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit: Zielgruppen und Arbeitsfelder* (S. 62–74). Bonn: Psychiatrie-Verl.
- Mühlum, A. & Gahleitner, S. (2008). Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit – Professionstheoretische Annäherung und professionspolitische Folgen. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit: Zielgruppen und Arbeitsfelder* (S. 44–59). Bonn: Psych.-Verl.
- Ney, M. (2013). Junge Erwachsene mit intellektueller Beeinträchtigung – Soziale Arbeit als Unterstützung von Gesundheitskompetenz. In A. Jost (Hrsg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit* (S. 85–121). Stuttgart: Kohlhammer.

Niebauer, D. (2015). Von "hard-to-reach" zu "how-to-reach". In *TUP - Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 06, 412–421. Abgerufen 26.02.2024: <https://content-select.com/de/portal/media/view/5666bdce-9160-4ed0-a96c-0a81b0dd2d03>

Ortmann, K. & Waller, H. (Hrsg.) (2005). *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder.* Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung.* (3. Aufl.). Weinheim, München: Juventa Verlag.

Paulus, P. (2009). Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern (Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, S. 537–621). Abgerufen 26.02.2024: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/Expertisenband_Kap_3_4_Paulus_AK_LK%20_P.pdf

Rademaker, A.L. (2014). Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung – eine gemeinsame bio-psycho-soziale Befähigungsgerechtigkeit. *Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung*, (10) 3, 7–9.

Rademaker, A. L. (2020). Gesundheitsförderung: Ein fachlicher Standard in der Kinder- und Jugendhilfe. In K. Liel & A. L. Rademaker (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe* (S. 184 – 198). Weinheim: Beltz/Juventa.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2017). *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen.* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). (Autoren: Lampert, Th.; Hoebel, J.; Kuntz, B.; Müters, St. & Kroll, L. E.). Berlin: RKI. Abgerufen 26.02.2024: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/gesundheitliche_ungleichheit_lebensphasen.pdf?__blob=publicationFile

Schäfer, K. (2009). Erster Abschnitt: Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit, erzieherischer Kinder- und Jugendschutz. In J. Münder; Th. Meysen & Th. Trenczek (Hrsg.), *Frankfurter Kommentar SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe.* (6. Aufl., S. 145–177). Baden-Baden: Nomos, Juventa.

Schwarzer, W. (Hrsg.) (2016). *Medizinische Grundlagen für soziale Berufe.* (2. verbesserte und erweiterte Aufl.). Dortmund: verlag modernes lernen

Staats, M. (2019). Soziale Gesundheitsarbeit – gesunde Sozialförderung. Wie finden Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung zusammen? *FORUM sozialarbeit + gesundheit*, 2, 11 - 14.

Steiner, E. (2021). Forschungsperspektiven in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. In St. Dettmers & J. Bischkopf (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit.* (2. aktual. Aufl., S. 87–92). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Sommerfeld, P.; Dällenbach, R.; Rügger, C. & Hollenstein, L. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis.* Wiesbaden: Springer VS.

Sörensen, J.; Barthelmes, I. & Jörg Marschall, J. (2018). *Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. Ein Scoping Review.* Berlin: GKV-Spitzenverband. Abgerufen 26.02.2024: https://www.gkv-buendnis.de/media/pdf/publikationen/Handlungsempfehlungen-Praxis-Strategien-Erreichbarkeit-Vulnerable-Gruppen-Prävention-Gesundheitsfoerderung-Kommunen-HEmpf_VulnGruppen_BF.pdf

Sting, St. & Zurhorst, G. (Hrsg.). (2000). *Gesundheit und soziale Arbeit: Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern sozialer Arbeit.* Weinheim; München: Juventa.

Tempel, N.; Bödeker, M.; Reker, N.; Schaefer, I.; Klärs, G. & Kolip, P. (2013). *Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings.* Köln: BZgA.

Thole, W. (2012). Die Soziale Arbeit - Praxis, Theorie, Forschung und Ausbildung, Versuch einer Standortbestimmung. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Sozialer Arbeit: ein einführendes Handbuch* (4. Aufl., S. 19–72). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Trabert, G. & Waller, H. (2013). *Sozialmedizin: Grundlagen und Praxis*. (7. aktualisierte und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

WHO Europe (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986* [autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und Badura sowie Milz]. Abgerufen 26.02.2024: https://intranet.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

Witteriede, H. (Hrsg.) (2002). *Drei Jahre Schul Soziale Arbeit zur Gestaltung einer gesunden und erfolgreichen Lebensphase Schulzeit für alle Schülerinnen und Schüler* (Abschlussbericht zu einem Kooperationsprojekt des Lohner Jugendtreff e.V., der Stegemannschule und der Stadt Lohne mit 25 Beiträgen der Projektbeteiligten). Norderstedt: BoD.

Witteriede, H. (2003). *Schul Soziale Arbeit und Gesundheitsfördernde Schule: Gesunde und erfolgreiche Lebensphase Schulzeit für alle Schülerinnen und Schüler*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Witteriede, H. (2005). Gesundheitsarbeit in Schulen. In K. Ortmann, & H. Waller (Hrsg.), *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder* (S. 128–142). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Ziethen, P. (2013). Gesundheit als Thema der Jugendsozialarbeit. Gesundheitsförderliche Perspektiven in der sozialpädagogischen Praxis. In DRK e.V. (Hrsg.), *Reader Schulsozialarbeit – Band 1*. (S. 107–112). Berlin: DRK. Abgerufen 26.02.2024: https://drk-wohlfahrt.de/fileadmin/Publikationen/reader-schulsozialarbeit-2013-band1_01.pdf

Zurhorst, G. (1997). Soziale Arbeit und Gemeindepsychologie als Fundamente der Gesundheitsförderung – Wider den Verlust des Sozialen in der Gesellschaft. *Journal für Psychologie*, (5) 3, 13–21. Abgerufen 26.02.2024: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/2910>

Der *Verfasser* erwarb Berufserfahrungen und Qualifikationen im Gesundheits- und Sozialwesen, bevor er von der TU Dortmund promoviert wurde. Im Anschluss an eine Phase als wissenschaftlicher Mitarbeiter des Zentrums für Angewandte Gesundheitswissenschaft (ZAG) der Leuphana Universität Lüneburg folgte die Berufung an die Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Paderborn, Lehrgebiet: Fachwissenschaft Soziale Arbeit, Gesundheitswissenschaft: <https://katho-nrw.de/witteriede-heinz-prof-dr>